

INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE - ILMD/FIOCRUZ AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAUDE

RICARDO DOS SANTOS FARIA

A INTERIORIZAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS
PARA O BRASIL: O CASO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS EM
COARI (AM)

Manaus, Amazonas

Junho, 2019

RICARDO DOS SANTOS FARIA

A INTERIORIZAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS
PARA O BRASIL: O CASO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS EM
COARI (AM)

Dissertação de Mestrado Profissionalizante apresentado ao curso de Mestrado Profissionalizante - ProfSaúde, área de Saúde da Família da Fiocruz Amazônia - Instituto Leônidas e Maria Deane - ILM, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Manaus, Amazonas

2019

RICARDO DOS SANTOS FARIA

A INTERIORIZAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS
PARA O BRASIL: O CASO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS EM
COARI (AM)

Dissertação de Mestrado Profissionalizante apresentado ao curso de Mestrado Profissionalizante - ProfSaúde, área de Saúde da Família da Fiocruz Amazônia - Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 08 de Junho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Pesquisador da Fiocruz Amazônia - ILMD - **Presidente**

Prof. Dr. Júlio César Schweickardt

Pesquisador da Fiocruz Amazônia - ILMD - Membro Titular

Prof. Dr. Luiz Fernando de Souza Passos

Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Amazonas - Membro Titular

Dedico este trabalho às pessoas que me incentivaram ao exercício da docência, desde minha caminhada na graduação do Curso de Medicina, como o Professor Doutor Dirceu Benedicto Ferreira e a Professora Heliana Nunes Feijó.

Dedico, também, a minha família que sempre compreendeu minha ausência para as atividades profissionais e acadêmicas.

À Senhora Suzy, companheira no cuidar dos filhos, Ricardo Vinícius e Bianca Faria, sendo uma grande mãe, mesmo na ausência frequente da figura paterna.

Também dedico, *in memoriam*, ao meu avô, Senhor Francisco Santos, e a minha mãe, Marileide, pelos ensinamentos de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço os conselhos do Professor Doutor Luiz Fernando Passos pela inspiração e acompanhamento no processo de implantação do curso de Medicina em Coari.

Agradeço, também, ao Professor Rodrigo Tobias, grande mestre da Fiocruz, que me incentivou e me direcionou com suas orientações durante o curso de mestrado.

Ao Professor Júlio Schweickardt pelo incentivo e apoio.

Agradeço, ainda, ao enfermeiro Marcelo Brendew pelo apoio pessoal em atividades acadêmicas e em especial no desenvolvimento do Mestrado.

"E eu, que estou de bem com a vida, creio que aqueles que mais entendem de felicidade são as borboletas e as bolhas de sabão e tudo que entre os homens se lhes assemelhem". Friedrich Nietzsche.

RESUMO

Novos cursos de Medicina têm sido implantados, em todo o Brasil, com a autorização do Ministério da Educação em consonância com as diretrizes propostas pelo Programa Mais Médicos para o Brasil - PMMB - e realizados pelo Ministério da Saúde desde 2013. A carência de médicos no Brasil é um problema persistente. O objetivo deste trabalho é analisar a experiência institucional e curricular de implantação do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), no contexto da interiorização, na Cidade de Coari - AM. Como metodologia, efetuamos um estudo de caso, de caráter qualitativo, sobre o processo de implantação do curso de Medicina, nesta localidade. Esse estudo foi realizado no Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) dessa Universidade Federal, localizado nesta cidade, distante 421 Km de Manaus, por via fluvial. A técnica utilizada foi de entrevistas abertas, de forma individual, análise de documentos técnicos, de relatórios, do Projeto Político Pedagógico (PPC) do curso, propriamente dito, das atas de reuniões do colegiado e dos relatórios internos do ISB. Quanto aos resultados obtidos, apuramos, depois de analisarmos o PPC, que o curso adotou regime de créditos. A estruturação curricular utiliza a lógica de organização de conhecimento em períodos letivos. Tem duração mínima de 12 e máxima de 18 períodos letivos. O aluno precisa integralizar 8.115 horas/aula, equivalentes a 312 créditos. O PPC vem atendendo às novas diretrizes curriculares, em que 30% das aulas estão sendo desenvolvidas com atividades voltadas para atenção primária em saúde. Do total de 8.115 horas do curso, 1.555 horas estão destinadas à disciplina de Família e Comunidade, do primeiro ao oitavo período. Verificamos que o número de vagas oferecidas para os docentes de áreas básicas (Não Médicos) foram 100% preenchidas. Na sua maioria, equivalente a 54 %, por professores com titulação em Doutorado. Dos 21% de vagas preenchidas para Docentes Médicos, 100% tinham algum tipo de especialização (Pós-Graduação ou Residência Médica). A falta de Docentes Médicos é um problema sério na atual conjuntura. Depois desse estudo, chegamos à conclusão de que o curso de Medicina em Coari enfrenta grande dificuldade na captação de Docentes Médicos. Medidas mitigadoras precisam ser amplamente discutidas e implementadas, com a maior brevidade possível, com entidades governamentais (Município, Estado, Governo Federal) buscando sanear a dificuldade de captação de Docentes Médicos.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos para o Brasil; Educação Médica; Interiorização do Ensino Médico.

ABSTRACT

New medical courses have been implemented throughout Brazil, with the authorization of the Ministry of Education in line with the guidelines proposed by the More Doctors for Brazil Program - PMMB - and conducted by the Ministry of Health since 2013. The shortage of doctors in the Brazil is a persistent problem. The aim of this paper is to analyze the institutional and curricular experience of implantation of the Medical Course of the Federal University of Amazonas (UFAM), in the context of internalization in the city of Coari - AM. As a methodology, we conducted a qualitative case study on the process of implementation of the medical course in this locality. This study was conducted at the Institute of Health and Biotechnology (ISB) of this Federal University, located in this city, 421 km from Manaus, by water. The technique used was individual interviews, analysis of technical documents, reports, the Pedagogical Political Project (PPC) of the course itself, the minutes of collegiate meetings and internal reports from ISB. Regarding the results obtained, we verified, after analyzing the PPC, that the course adopted a credit regime. Curriculum structuring uses the logic of knowledge organization in academic periods. It has a minimum duration of 12 and a maximum of 18 academic periods. The student must complete 8,115 class hours, equivalent to 312 credits. The PPC has been complying with the new curriculum guidelines, in which 30% of classes are being developed with activities focused on primary health care. Of the 8,115 hours of the course, 1,555 hours are devoted to Family and Community discipline from the first to the eighth period. We found that the number of places offered to teachers of basic areas (Non-Medical) were 100% filled. Most of them, equivalent to 54%, by professors with doctorate degrees. Of the 21% vacancies filled for medical teachers, 100% had some type of specialization (Postgraduate or Medical Residency). The lack of medical teachers is a serious problem at the current juncture. After this study, we came to the conclusion that the medical course in Coari faces great difficulty in attracting medical faculty. Mitigating measures need to be widely discussed and implemented, as soon as possible, with government entities (Municipality, State, Federal Government) seeking to remedy the difficulty in attracting Medical Teachers.

Keywords: More Doctors Program for Brazil; Medical education; Internalization of Medical Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Número de médicos atuando nos países da OECD em 2000 e 2011.....	20
Figura 2 - Distribuição de médicos em alguns países do mundo, por mil habitantes.	21
Tabela 1 - Situação da distribuição de médicos nos países da Europa, América Latina e Austrália, 2014.	22
Figura 3 - Distribuição de Médicos ao redor do mundo.....	23
Figura 4 - Evolução do número de registros de médicos e da população entre 1920 e 2017.....	25
Figura 5 - Evolução da população, do número de registros de médicos e da razão médico por mil habitantes entre 1980 e 2015.....	26
Figura 6 - Distribuição de médicos generalistas por Unidade da Federação e por faixas.....	27
Quadro 1 - Distribuição de Médicos por área no Município de Coari, Amazonas, janeiro de 2019	31
Figura 7 - Evolução das vagas de graduação autorizadas e previsão de expansão, por tipo de município	35
Figura 8 - Vagas em cursos de graduação em Medicina por 10.000 habitantes conforme Unidade Federativa. Brasil, 2012 e 2015.	36
Quadro 2 - Distribuição de vagas para cursos de Medicina no Estado do Amazonas, 2019.	39
Figura 9 - Mapa do Estado do Amazonas	44
Figura 10 - Base Petrolífera de Urucu, localizada no município de Coari	53
Figura 11 - Mapa da localização geográfica do município de Coari, Amazonas.	54
Tabela 2 - Distribuição de vagas para Docentes não Médicos do Curso de Medicina - ISB/UFAM 2015	73
Tabela 3 - Distribuição de vagas para Docentes Médicos do Curso de Medicina - ISB/UFAM 2015	73
Tabela 4 - Distribuição de vagas para docentes do Curso de Medicina - ISB/UFAM - Edital 047/2017	74
Quadro 3 - Especialidades Médicas Ofertadas pelo SUS de Coari - AM e Vagas Ofertadas pelos Concursos para Docentes da UFAM.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CES	Conselho Estadual de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSUNI	Conselho Superior da UFAM
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FAMETRO	Faculdades Metropolitana de Manaus
HRC	Hospital Regional de Coari
HUGV	Hospital Universitário Getúlio Vargas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	Instituição de Ensino Superior
IFES	Instituição Federal de Ensino Superior
ISB	Instituto de Saúde e Biotecnologia
LDB	Lei de Diretrizes Básicas da Educação
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OECD	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional
PETROBRAS	Petróleo Brasileiro S.A.

PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNE	Programa Nacional de Educação
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPC	Projeto Pedagógico de Curso
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROGESP	Pró-reitora de Gestão de Pessoas - UFAM
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
SAMU	Serviço Móvel de Atendimento de Urgência
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SESU	Secretaria de Ensino Superior do MEC
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSAM	Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEA	Universidade Estadual do Amazonas
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNINilton Lins	Centro Universitário Nilton Lins
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
2.1 Panorama educacional geral no Brasil	18
2.2 Distribuição de médicos no mundo	19
2.3 Distribuição de médicos no Brasil	25
2.4 Distribuição de médicos na Região Norte	27
2.5 Distribuição de médicos no Amazonas	30
2.6 Distribuição de médicos em Coari	31
2.7 Programa Mais Médicos para o Brasil e novas escolas médicas	32
2.8 Escolas médicas no estado do Amazonas - breve histórico da formação médica no Amazonas	37
2.9 Novas diretrizes curriculares e o Programa Mais Médicos para o Brasil	39
2.9.1 Interiorização da Formação Médica no Amazonas	40
3 OBJETIVOS	43
3.1 Objetivo geral	43
3.2 Objetivos específicos	43
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	44
4.1 Cenário do estudo	44
4.2 Desenho do estudo	45
4.3 Sujeitos da pesquisa	45
4.4 Critérios de inclusão	46
4.5 Critérios de exclusão	46
4.6 Roteiro de observação	46
4.7 Aspectos éticos	47
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1 A implantação do curso de medicina no município de Coari	49
5.2 Diagnóstico da infraestrutura do município de Coari	51
5.2.1 Desenvolvimento econômico no município de Coari	52
5.2.2 Diagnóstico da infraestrutura de saúde no município de Coari	54
5.2.3 Justificativa do curso de medicina no Campus do Médio Solimões ISB/UFAM	57
5.2.4 O Projeto Político Pedagógico do curso de medicina de Coari (PPC)	61
5.3 Análise crítica-reflexiva do Projeto Pedagógico de Curso (PPC) do curso de medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB)	69
5.4 Processo de captação de docentes	72
5.4.1 Parceria com a Prefeitura Municipal de Coari e SEMSA	81
5.5 Medidas mitigatórias sugeridas para o processo de implantação do curso de medicina	84
6 CONCLUSÃO	85

REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE PESQUISA	90
APÊNDICE B - TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	97
ANEXO A — PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	100

1 INTRODUÇÃO

Novos cursos de Medicina têm sido implantados, em todo o Brasil, com a autorização do Ministério da Educação, em consonância com as diretrizes propostas pelo Programa Mais Médicos para o Brasil - PMMB, e realizados pelo Ministério da Saúde, desde 2013 (Brasil¹,2014). Tal medida representa uma ação governamental para enfrentar problemáticas, tais como: a fixação e provimento de profissionais médicos; a má distribuição dos profissionais que se concentram em áreas urbanas, com o enfoque ao processo de interiorização e reformulação de currículos de novos cursos, bem como à democratização do acesso ao ensino médico com novas vagas em localidades estratégicas (Brasil², 2001).

É recorrente, na história da saúde pública do Brasil, a dificuldade da formação e fixação de profissionais médicos em áreas de grande vulnerabilidade social. Em 1965, o Brasil possuía 40.809 médicos para uma população de 80.113.000 habitantes, o que resultava em uma relação de 1/1.963, ou seja, 1 médico para 1.963 habitantes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza, como parâmetro ideal de atenção à saúde da população, a relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes. Para centros com uma rede de serviços bem estruturada, os técnicos defendem a ampliação deste parâmetro. O País, realmente, precisava de mais médicos para atender à população.

A política de corte nos gastos sociais fez com que os investimentos públicos, no ensino superior, fossem reduzidos. Neste âmbito, a demanda social por mais vagas para o ensino superior desencadeou o movimento dos excedentes dos vestibulares. A saída encontrada pela junta militar, que governava o País, foi determinar o aumento de matrículas no ensino superior privado e público. A lógica era a do mercado e o credenciamento das escolas realizado sem maiores verificações da qualidade dos cursos oferecidos (Queiroz³, 2011). Assim, a expansão dos cursos de Medicina, ocorrida nos anos 1960, baseou-se em um crescimento de instituições privadas da ordem de 400% (de 4 para 20) e no desenvolvimento da prática médica nas regiões mais ricas e populosas, principalmente no Sudeste.

O Brasil iniciou a década de 1970 com 62 cursos de Medicina em funcionamento, dos quais 35 foram autorizados na década anterior. Ante tal crescimento acelerado, a Associação Médica Brasileira (AMB) encaminhou às

autoridades responsáveis o documento “Problemática do Ensino Médico no Brasil”, cuja repercussão ensejou a criação, pelo MEC, em 1971, da Comissão de Ensino Médico, que, após investigar profundamente o assunto, produziu um documento que serviu de subsídio para a portaria ministerial que suspendia a criação de escolas médicas. Somente aquelas que haviam requerido autorização de funcionamento, antes da nova regra, conseguiram se implantar. Deste modo, durante 13 anos, de 1971 a 1976 e de 1979 a 1987, nenhum curso de Medicina recebeu autorização de funcionamento no País (Queiroz³, 2011).

A carência de médicos no Brasil é um problema persistente. Carlos Gentile de Mello, ainda nos anos 1970, já demonstrava uma estreita vinculação entre a distribuição de médicos e o nível de renda da população: o número de médicos aumentava na medida do crescimento da renda. Em 1973, por exemplo, o Brasil contava com um médico para cada 2.040 habitantes, sendo que, em São Paulo, essa relação era de um médico para 1.570 habitantes; e, no Rio de Janeiro, de um médico para 610 habitantes (Campos, Machado, Girardi⁴, 2009).

Em tal contexto, a emissão da Portaria MEC/SESU nº 109, de 5 de junho de 2012, ao dispor sobre a expansão de vagas em cursos existentes de Medicina e a criação de novos cursos de Medicina em Universidades Federais, tem o indiscutível mérito de sinalizar para um novo ciclo de expansão das IES (Instituições de Ensino Superior) federais, em que os objetivos da interiorização, com universalização de cursos universitários e de atendimento às reais necessidades de egressos em todas as áreas da educação superior, possam prover as âncoras efetivas de articulação, entre a presença da Universidade e as necessidades patentes da sociedade brasileira. A inclusão da UFAM entre as IES responsáveis pela implantação de cursos novos de Medicina em Campi do interior colabora para o alcance dos interesses e objetivos da instituição, expressamente sistematizados no seu Plano de Desenvolvimento Institucional (UFAM⁵, 2015).

Nessa conjuntura desafiadora de implantar um novo curso de Medicina em uma área remota da Amazônia, é de grande importância conhecer o percurso inicial da instituição frente às inúmeras demandas, sejam elas de infraestrutura ou de funcionamento.

Este estudo buscou, basicamente, conhecer alguns desafios institucionais na implantação do Curso de Medicina na Universidade Federal do Amazonas, na cidade

de Coari-AM (o curso encontra-se em implantação estando no terceiro ano de funcionamento).

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Panorama educacional geral no Brasil

Tem havido uma clara expansão dos ensinos fundamental, médio e superior no Brasil. Nas últimas duas décadas, houve uma ampliação da escolaridade que impactou todos os grupos socioeconômicos (Bassuna⁶, 2014; Moreira et al.⁷, 2017). Assim, tem-se 94,4% de menores, de 7 a 14 anos, matriculados no ensino fundamental, com uma proporção de jovens no ensino médio que é o dobro do que se observava na década de 1990. Os dados da PNAD/IBGE de 2009 mostram que o percentual de jovens de 18 a 24 anos, que ingressaram no ensino superior, é 19%, contrastando com 13% em 2003. Andrade⁸ (2015) demonstrou que dos 33% de jovens, nesta faixa etária e que concluíram o ensino médio entre 1995 a 2012, 21%, tiveram acesso ao ensino superior. No entanto, no Chile, Venezuela e Argentina, a taxa de jovens correspondente a essa faixa etária e ao mesmo nível de ensino é de 20,6%, 26% e 40%, respectivamente, enquanto nos EUA e na Coreia do Sul atinge 45%, 69% ou até 80% (Moreira et al.⁷; Bassuna⁶, 2014). De acordo com relatório de Monitoramento de Educação para Todos 2000-2015 publicado pela UNESCO, as oportunidades na educação superior, acima de 18 anos, cresceram 161% de 2000 a 2012, no Brasil, e os maiores incrementos foram observados entre pretos, pardos e indígenas e entre os 25% mais pobres, embora ainda persistam disparidades regionais, sociais e econômicas acentuadas (Marteleteo⁹, 2012, Brasil¹, 2014).

No entanto, reconhece-se que o Brasil é um dos países com a maior desigualdade na educação. Quanto maior a faixa de renda familiar, maior é o acesso ao ensino superior e este efeito da renda é superior ao da cor. Foi um dos 53 países que esteve longe de conseguir cumprir os seis objetivos de Educação para Todos até 2015: intensificar os cuidados e a educação na primeira infância; garantir que todas as crianças (especialmente meninas pertencentes às minorias) tivessem acesso à educação primária pública de qualidade; assegurar, de maneira equânime, as necessidades educacionais de jovens e adultos; elevar, em 50%, o índice de alfabetização de adultos; alcançar a igualdade de gênero na educação primária de boa qualidade; e incrementar a qualidade da educação assegurando excelência mensurável, especialmente na alfabetização linguística e matemática (Bassuna⁶, 2014; Brasil¹⁰, 2015; Marteleteo⁹, 2012).

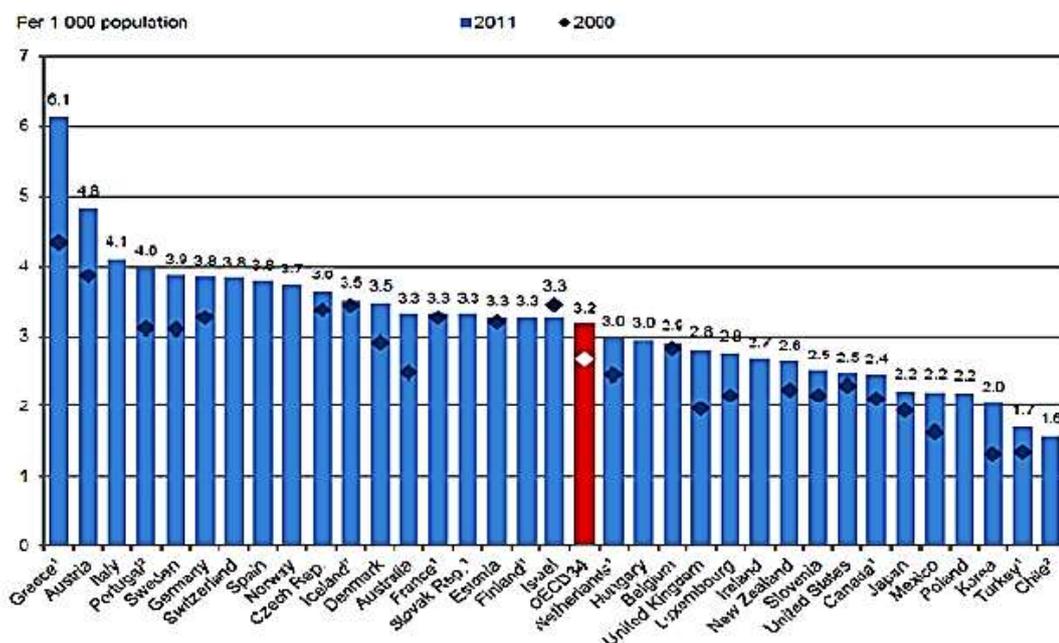
2.2 Distribuição de médicos no mundo

Verificar a situação do Brasil no contexto internacional também ajuda a entender esse quadro. Apesar de não haver uma recomendação internacional específica sobre o número de médicos por 1.000 habitantes, ao analisar 35 países pesquisados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), verifica-se uma média de 3,2 médicos por 1.000 habitantes, no ano de 2011 (Figura 1), número bem acima do verificado no Brasil (OECD¹¹, 2013). Mesmo assim, países com índices acima desta média têm incrementado iniciativas para ampliar o número de profissionais em suas áreas remotas, entendendo que, apesar da variação na necessidade de médicos por país (a depender de fatores como características demográficas e organização do sistema de saúde de cada local), as políticas públicas dos diferentes Estados têm se orientado pela ampliação do número de médicos (OECD¹¹, 2013).

Na mesma pesquisa, quando os representantes dos países foram questionados sobre problemas na área de gestão do trabalho e da educação, todos responderam que necessitavam de mais médicos, exceto a Holanda, país que há mais tempo desenvolve políticas regulatórias e educacionais na área (OECD¹¹, 2013). Os demais países mencionaram a necessidade de políticas para melhorar a distribuição dos médicos e, também, para melhorar a proporção de médicos generalistas ou de médicos de família nos seus sistemas de saúde.

Entende-se que são oportunas as iniciativas, de acordo com a realidade de cada país, bem como a organização de cada sistema de saúde local. Não é possível, portanto, delimitar uma estratégia única ou parâmetro global que deva ser utilizada da mesma forma para todos os países que buscam enfrentar a problemática da atração e retenção de profissionais em áreas remotas, conforme demonstrado na Figura 1, na próxima página.

Figura 1 - Número de médicos atuando nos países da OECD em 2000 e 2011.

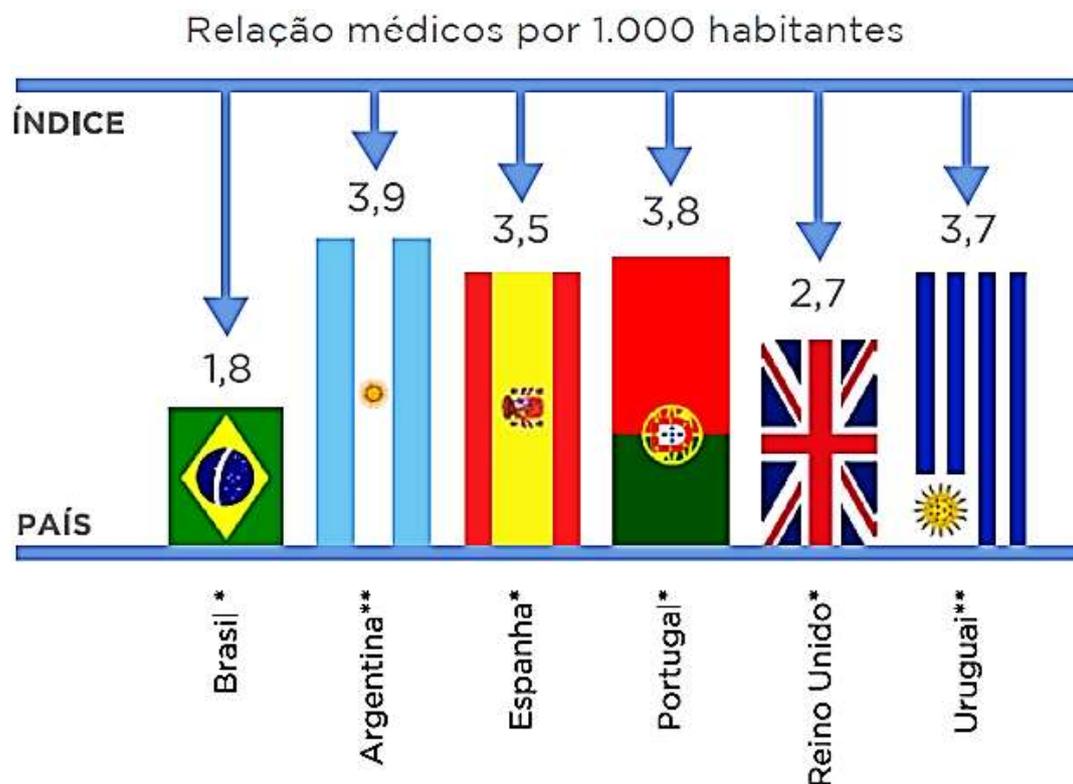


Fonte: OECD, 2013

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - (OMS¹², 2012; Lueddeke¹³, 2016) -, 50% dos médicos estão concentrados em territórios com menos um quinto da população mundial. Regiões, onde a carga de doenças é maior, são atendidas por somente 2% dos médicos do mundo, aproximadamente 9 milhões (Da Mota, Ribeiro¹⁴, 2016).

Quando avaliamos o panorama mundial da distribuição de médicos, observamos que os dados da OMS demonstram a disparidade existente na proporção de médico para cada 1000 habitantes, quando comparados aos países que possuem sistemas de saúde públicos e universais. Podemos observar, na Figura 2 da próxima página, que na Argentina, por exemplo, existem mais que o dobro de médicos por 1.000 habitantes, em comparação com o nosso País.

Figura 2 - Distribuição de médicos em alguns países do mundo, por mil habitantes.



Fonte: Brasil (2015) (a)

O Brasil apresenta 1,8 médicos para cada 1.000 habitantes, enquanto o Canadá com 2,0; Reino Unido com 2,7; Portugal com 3,9; Espanha com 4,0, conforme apresentado na Figura 2 acima. O descompasso é observado, também, na concentração do médico em grandes centros urbanos e tecnológicos, ao passo que metade da população mundial habita áreas rurais, sendo atendida por menos de $\frac{1}{4}$ do número total de médicos, conforme tabela da próxima página.

O adequado provimento de serviços de saúde a regiões remotas, pobres e periféricas é um problema em quase todo o mundo. Situações de carência e má distribuição geográfica de provedores de serviços, especialmente médicos, têm sido apontadas como problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento pelos governos da maioria dos países e regiões. Países com distintos sistemas econômicos e políticos e níveis de riqueza e desenvolvimento vivenciam esse drama comum (Campos, Machado, Girardi¹⁵, 2004).

Tabela 1 - Situação da distribuição de médicos nos países da Europa, América Latina e Austrália, 2014.

Países	Médicos por 1.000 hab.
Peru	0,9
Chile	1,0
Paraguai	1,1
Bolívia	1,2
Colômbia	1,4
Equador	1,7
Brasil	1,8
Venezuela	1,9
México	2,0
Canadá	2,0
Estados Unidos	2,4
Reino Unido	2,7
Austrália	3,0
Argentina	3,2
Itália	3,5
Alemanha	3,6
Uruguai	3,7
Portugal	3,9
Espanha	4,0
Cuba	6,7

Fonte: Brasil, 2014.

A situação da distribuição geográfica irregular de médicos se deve por algumas razões estruturais. Evidências empíricas mostram que a qualidade de vida, lazer, distância até às áreas centrais das cidades, renda médica e existência de um hospital, dentre outras variáveis, são significativas para explicar a probabilidade de, pelo menos, um médico estar presente em determinada localidade. Revisões apontam que não existem respostas únicas, nem mesmo sustentáveis de longo prazo, para garantir a presença de médicos em regiões desassistidas. Vários países têm adotado medidas combinadas para incidir, desde a formação inicial do médico, passando por recrutamento, fixação e manutenção no local do trabalho (Maciel, Pierantoni¹⁶, 2004).

Quando observamos a Figura 3, na próxima página, observamos que existe uma grande variação em números de médicos por habitantes nas diferentes regiões do mundo, evidenciando que as características geográficas, políticas, econômicas e

sociais estão diretamente relacionadas com a formação e fixação desses profissionais nas diferentes regiões mundiais.

Figura 3 - Distribuição de Médicos ao redor do mundo



Fonte: Adaptado pelo Autor – Fonte: BRASIL (2014).

Desde os anos 1990, após um período de suprimento excessivo de profissionais de saúde em diversos países mais desenvolvidos, houve aumento da

demanda desses profissionais para suprir a carência dos serviços de saúde em decorrência do aumento da população idosa (Grignon, Owusu, Sweetman¹⁷, 2012).

Na maioria dos países, a remuneração dos especialistas é mais elevada e cresce mais rapidamente que a dos generalistas. Além da vantagem financeira, explicam, em parte, o crescimento do número de especialistas: prestígio do título, melhores condições de trabalho e grande oferta de postos de trabalho no setor privado. Preocupados com o risco de escassez de médicos generalistas, essenciais em sistemas de saúde, ordenados a partir da atenção primária, alguns países têm regulado a formação de especialistas, priorizando determinadas especialidades (Sheffer¹⁸, 2015). Além disso, os países adotaram diferentes políticas sobre a migração de profissionais da saúde. Exemplificando, para deter a saída permanente de pessoal, países como a Índia e a África do Sul definiram que seus profissionais cumprissem, após a graduação, um período de serviço em seu próprio território. Alguns mercados receptores, tais como os Estados Unidos, encorajaram algumas categorias específicas com a introdução de vistos especiais. Dessa forma, houve incentivo para enfermeiros e técnicos provenientes da Índia, Jamaica e Filipinas e para médicos especialistas do Canadá e do Reino Unido (Chanda¹⁹, 2002).

Outro fenômeno observado é a emergência de escolas médicas que oferecem educação para exportação. Essas instituições proveem educação médica para estudantes estrangeiros que, ao final do curso, retornam aos países de origem ou decidem exercer sua profissão em um terceiro país. Nesse contexto, destacam-se escolas médicas do Caribe e da Irlanda e, mais recentemente, da Austrália (Grignon, Owusu, Sweetman¹⁷, 2012).

De fato, a comparação da densidade de médicos no Brasil, em relação a outros países, mostra que diversos países da região das Américas e outros países com sistemas universais têm densidade de médicos maior que o Brasil, indicador que permite aproximação com o provimento e a fixação desses profissionais nos serviços de saúde, em particular em regiões com menor índice de desenvolvimento econômico, com menor urbanização e com menor renda (Collar²⁰, 2015). Além dessa escassez, há uma grande desigualdade na distribuição de médicos no território nacional. Segundo dados do Ministério da Saúde, a realidade na maior parte das Unidades da Federação (81%) apontava uma densidade de distribuição de médico por habitante abaixo da média nacional. Desses, cinco estados dispunham de menos de 1 médico

por 1.000 habitantes. Essa situação estava particularmente associada às condições sociais, econômicas e sanitárias de cada região (De Oliveira²¹, 2018).

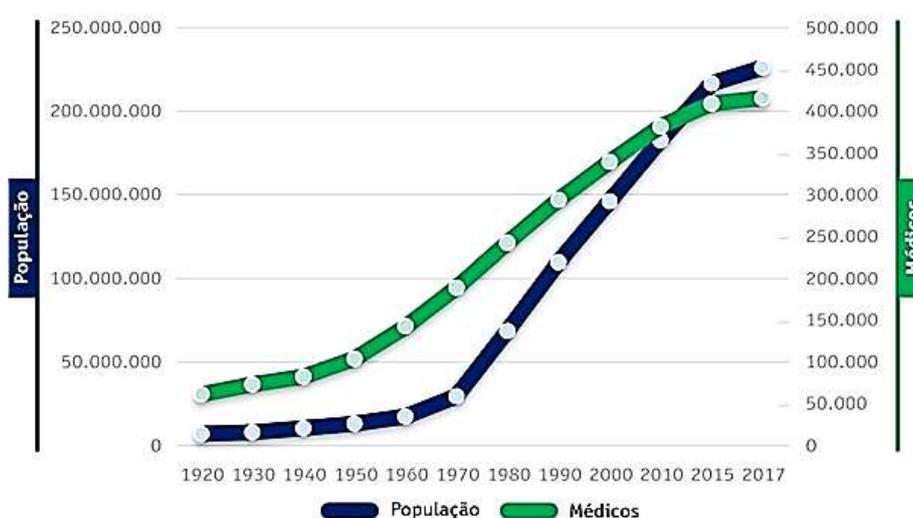
2.3 Distribuição de médicos no Brasil

O Brasil contava, em janeiro de 2018, com 452.801 médicos, o que corresponde à razão de 2,18 médicos por 1.000 habitantes. Na mesma data, o número de registros de médicos nos Conselhos Regionais de Medicina chegava a 491.468. A diferença de 38.667 entre o número de médicos e o de registro (Sheffer²², 2018) refere-se às inscrições secundárias de profissionais registrados em mais de um estado da federação. Em 2017, eram 414.831 médicos e 451.777 registros de médicos (Sheffer²², 2018).

Um aumento mais acelerado da população se dá a partir de 1950, enquanto o contingente de médicos cresce mais rapidamente a partir dos anos 1970 (Figura 4, abaixo). Nesses últimos 47 anos, o número de médicos cresceu 665,8%, ou 7,7 vezes o contingente inicial, enquanto a população aumentou 119,7%, ou 2,2 vezes (Sheffer²², 2018).

A Figura 4, abaixo, expõe a evolução do número de registros de médicos e da população entre 1920 e 2017.

Figura 4 - Evolução do número de registros de médicos e da população entre 1920 e 2017



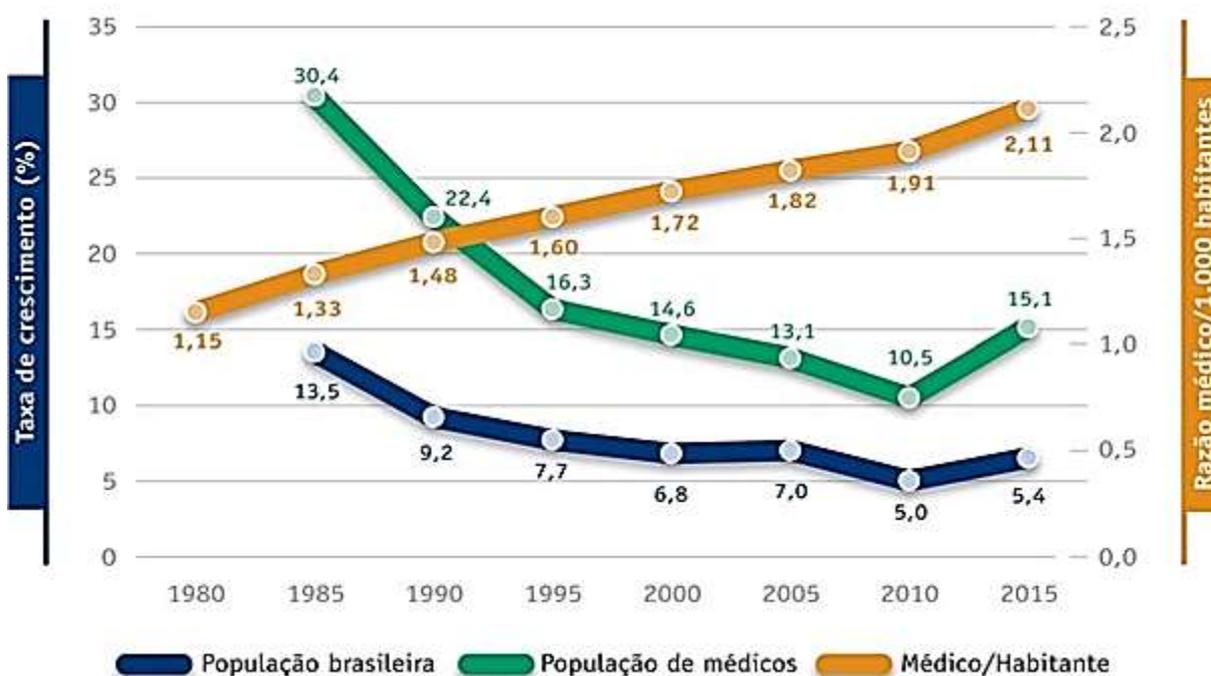
Fonte: Scheffer (2018)

No período analisado, a taxa de crescimento da população passou de 13,5%, de 1980 a 1985, para 5,4%, de 2010 a 2015. Já a taxa de crescimento de médicos, no mesmo período, oscilou de 30,4%, de 1980 a 1985, para 10,5%, de 2005 a 2010, aumentando, novamente, para 15,1%, de 2010 a 2015.

Em todos os quinquênios, a taxa de crescimento do número de médicos é, no mínimo, duas vezes a da população. Em 2015, por exemplo, a taxa de médicos foi de 15,1% e a da população de 5,4% em relação a 2010. A diferença nas taxas de crescimento leva a um aumento constante na razão médico/habitante (Figura 5, abaixo).

O ritmo mais lento de crescimento da população geral está relacionado a alterações significativas nos níveis e padrões dos eventos vitais de fecundidade e mortalidade. Já o ritmo mais acelerado do aumento da população de médicos ocorre em períodos subsequentes à abertura de novos cursos de Medicina e à autorização de mais vagas de graduação (Sheffer²², 2018).

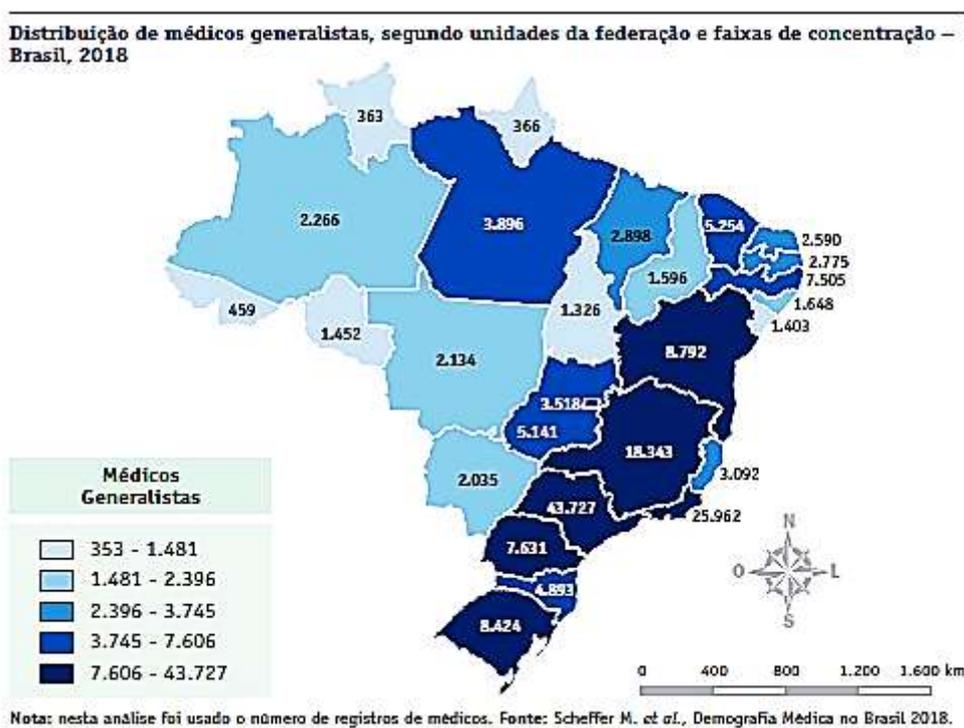
Figura 5 - Evolução da população, do número de registros de médicos e da razão médico por mil habitantes entre 1980 e 2015.



Fonte: Scheffer (2018)

Quando observamos a distribuição de médicos, entre as 27 unidades da federação e as cinco grandes regiões do País (Figura 6, na página seguinte), comparada à distribuição de médicos generalistas por Unidade da Federação, há imensas desigualdades na distribuição dos médicos pelo território nacional, reforçando tendências já observadas em edições anteriores da Demografia Médica no Brasil. Enquanto em todo o País existem 2,18 médicos por 1.000 habitantes, há capitais com mais de 12 médicos por 1.000 habitantes, como Vitória, no Espírito Santo, e regiões do interior do Nordeste, com valores inferiores a 1 médico por 1.000 habitantes (Sheffer²², 2018).

Figura 6 - Distribuição de médicos generalistas por Unidade da Federação e por faixas.



Fonte: Scheffer (2018)

2.4 Distribuição de médicos na Região Norte

Na outra ponta, estão os estados do Norte e Nordeste. O Maranhão mantém a menor razão entre as unidades, com 0,87 médico por 1.000 habitantes, seguido pelo Pará, com razão de 0,97. Nos dois casos, há menos de um médico por grupo de 1.000 moradores.

Quando se compara as porcentagens de médicos e da população por região (ou estado) com os números do conjunto do País, as desigualdades são mais visíveis. Por exemplo: na região Sudeste, onde moram 41,9% dos brasileiros, estão 54,1% dos médicos, ou mais da metade dos profissionais de todo o País. Na região Norte, ocorre o oposto: aqui moram 8,6% da população brasileira e estão 4,6% dos médicos. No Nordeste, vivem 27,6% dos habitantes do País – mais de 1/4 de toda a população – e ali estão 17,8% do conjunto de médicos. Nas regiões Sul e Centro-Oeste, a porcentagem de habitantes é bastante próxima da parcela de médicos (Sheffer²², 2018).

A Região Norte é a que possui os piores indicadores, com todos os estados abaixo de 1,4 médicos por 1.000 habitantes. E suas capitais estão entre as capitais com as piores relações no Brasil. Esses números evidenciam um panorama de maior vulnerabilidade, com importantes dificuldades no acesso a médicos na região. Além disso, essa realidade repousa num contexto complexo, em que predomina uma grande extensão de floresta intocada e rios caudalosos, com longas distâncias e dificuldades de transporte, numa área que ocupa, praticamente, 60% do território brasileiro e onde 30% da população vive em meio rural (Brasil²³, 2013).

Em relação à Região Norte, ao se analisar o percentual dos médicos que atuam no interior em cada estado, verifica-se que representa a minoria em todos eles, exceto no Tocantins, o último a ser oficializado, numa emancipação do antigo Estado de Goiás, tendo sua capital, apenas, 24 anos de existência. A parcela de médicos registrados no interior representa 26,9% na Região Norte, como um todo, e se mantém, na maioria dos estados, entre 5% e 30%, sendo o Amazonas aquele que tem o menor percentual (6,9%). Em Rondônia, esse percentual representa quase a metade dos médicos do estado e, no Tocantins, chega a quase 65%, apontando uma diferença estrutural no interior desses estados em relação aos outros (Silveira, Pinheiro²⁴, 2014).

Nas capitais da Região Norte, existem, atualmente, 2,5 médicos por 1.000 habitantes, variando entre 1,4, em Macapá, e 3,4, em Belém. No interior, essa relação é muito inferior, havendo apenas 0,4 médicos por 1.000 habitantes. Em todos os estados, essa relação se mantém abaixo de 0,5, excetuando-se, novamente, os estados de Rondônia e Tocantins. Analisando-se a razão entre capitais e interior, verifica-se que a relação é mais de seis vezes superior nas capitais, quando se

considera toda a região, permanecendo bem superior em todos os estados, desta vez, sem exceção. As maiores diferenças estão nos maiores estados da região, Pará e Amazonas, onde essas relações são dez vezes ou mais nas capitais. No interior, os percentuais excedem 100%, na região como um todo, ocorrendo em quatro estados: Acre, Amazonas, Pará e Roraima, sendo que, no Amazonas, superiores a 200%. Esses dados indicam que, na Região Norte, uma parcela significativa de médicos mora nas capitais, mas trabalha em municípios do interior (Silveira, Pinheiro²⁴, 2014).

Quando se coloca uma lente de aumento na Região Norte e, mais ainda, no interior da Amazônia, constata-se o extremo dessa desigualdade no Brasil. Os índices no interior da região chegam bem perto do nível dos países de renda baixa (0,28/1.000 habitantes), e alguns locais podem chegar a ter menores relações, como é o caso do interior do Estado do Amazonas, que possui 0,2 médicos por 1.000 habitantes. Além disso, a diferença entre capital e interior é uma das maiores do Brasil, havendo mais de seis vezes mais médicos por habitantes na capital em relação ao interior, perdendo, apenas, para a Região Nordeste. Algumas capitais da região chegam a ter níveis maiores que a média dos países de renda alta (2,86/1.000 habitantes), como no caso de Belém e Palmas (Silveira, Pinheiro²⁴, 2014).

O percentual de médicos no interior e as comparações da relação de médicos por mil habitantes mostram uma heterogeneidade entre os estados da região. Rondônia e Tocantins têm índices sensivelmente maiores que os demais, o que, mesmo com diferentes justificativas, mostra a força econômica de seu interior. Rondônia é uma fronteira econômica da Amazônia, tendo havido incentivo maciço ao seu desenvolvimento, a partir do agronegócio na segunda metade do século XX, com movimento migratório, principalmente dos estados do Sul, em busca de novas terras. Já Tocantins é um estado novo e possui um número bem maior de municípios que os outros Estados, sendo a maioria deles com extensão territorial e população menor (52,5% das cidades têm menos de 5 mil habitantes). No outro extremo, Amazonas e Roraima têm a assistência médica quase totalmente centralizada na capital, com menos de 10% de médicos no interior (Silveira, Pinheiro²⁴, 2014).

Esses dados deixam clara a necessidade de políticas de distribuição, recrutamento e fixação de médicos na Região Norte, principalmente em seu interior. Além disso, dão pistas sobre os locais que necessitam de maior investimento e a problemática envolvida em cada local da Amazônia. A análise demonstra que os

estados são diferentes, com contextos histórico-culturais e econômicos distintos, deixando claro que existem “algumas” “Amazônias” que, embora compartilhem o mesmo bioma, vivem realidades territoriais diferentes. O sul da Amazônia - Rondônia, sul do Pará e Tocantins - vive a realidade da pressão do modelo de desenvolvimento, havendo maiores índices de desmatamento, com conflitos de terra, mas, também, com maiores investimentos no interior, em relação à agricultura e pecuária (Silveira, Pinheiro²⁴, 2014).

2.5 Distribuição de médicos no Amazonas

O Amazonas tem 4.844 médicos para atender uma população de 4 milhões de habitantes, o que dá uma proporção de 1,19 profissionais por 1.000 habitantes (a média nacional é de 2,18). Os médicos especialistas são 53,2% do total de profissionais, contra 46,8% de generalistas, o que dá uma razão de 1,14 especialistas para cada generalista. Os médicos representam 53,9% da classe médica, contra 46,1% de médicas. A idade média dos profissionais é de 44,3 anos, com um tempo de formação médio de 16,8 anos. A maioria dos profissionais está concentrada na faixa etária até 44 anos. Esses dados estão vinculados ao trabalho de pesquisa de Scheffer²² (2018), intitulado “Demografia Médica 2018”. Pesquisa essa realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), com o apoio institucional do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Regional de Medicina de São Paulo. O levantamento, coordenado pelo professor Mário Scheffer usou, ainda, bases de dados da Associação Médica Brasileira (AMB), Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), IBGE e MEC.

No Estado, a pediatria concentra o maior número de especialistas (410), seguida pela Clínica Médica (352), Cirurgia Geral (329), Ginecologia e Obstetrícia (317) e Anestesiologia (231). As especialidades com menor número de especialistas são Genética Médica (1), Medicina Física e Reabilitação (3), Geriatria (4), Medicina Nuclear (5), Alergia e Imunologia (7).

Em Manaus, capital do Amazonas, residem 2,1 milhões de amazonenses, os quais são atendidos por 4.508 médicos, o que dá uma proporção de 2,12 profissionais por 1.000 habitantes e uma concentração de 93,1% médicos residindo na capital. Desses profissionais, 52,2% são do sexo masculino e 47,8%, feminino. Os

especialistas são 55,2% e os generalistas 44,8% dos médicos que atendem na capital amazonense (Sheffer²², 2018).

Para os Conselhos de Medicina, os números apresentados confirmam o equívoco do Governo, que tem defendido o aumento da população de médicos como solução para resolver as dificuldades de acesso aos serviços de saúde no País. Pelos dados, esse crescimento, percebido em nível nacional nos últimos anos, não tem repercutido nas regiões mais distantes e menos desenvolvidas. Por outro lado, avaliam as entidades, a presença significativa de profissionais, como registrado em alguns estados e municípios, não tem sido suficiente para eliminar problemas graves de funcionamento da rede pública e de acesso aos serviços, decorrentes da falta de qualidade na gestão e da adoção de políticas públicas eficientes no setor (Conselho Federal de Medicina²⁵, 2018).

2.6 Distribuição de médicos em Coari

O município de Coari, segundo dados do mês de fevereiro da Secretaria Municipal de Saúde, possuía, no início do ano de 2019, 47 médicos, assim distribuídos:

Quadro 1 - Distribuição de Médicos por área no Município de Coari, Amazonas, janeiro de 2019

Médicos por Área	Número de Médicos
Cirurgia Geral	02
Anestesiologia	02
Pediatras	02
Ginecologistas e Obstetra	07
Clínicos do Pronto Socorro	10
Médicos da Estratégia de Saúde da Família	06
Médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil	13
Diagnóstico por Imagem - Ultrassonografia	01
Infectologia	03
Psiquiatria	01
Total Final	47

Fonte: Adaptado pelo Autor - Relatório da SEMSA - Coari

Coari apresenta um indicador de 1,6 médicos para cada 1.000 habitantes. Número bem acima da maioria dos municípios do interior do estado, que varia de 0,28 a 0,6 médicos/1000 habitantes.

A população de médicos no município de Coari é extremamente instável no sentido da manutenção desses profissionais na localidade. Existe uma alta rotatividade por parte dos médicos. Os médicos generalistas, que são a maioria, são médicos recém graduados das faculdades de Medicina de Manaus, que buscam o município para trabalharem por curtos períodos, que vão de 2 meses a 1 ano e, retornam à capital para continuarem o processo de especialização.

Dos médicos especialistas que atendem no município, a grande maioria trabalha, normalmente, em regime de quinzena, ou seja, prestam seus serviços no período de 15 dias e, na quinzena seguinte, trabalham em outro município. Esse regime, entretanto, é variável. Há médicos que, de acordo com o contrato firmado com a Secretaria Municipal de Saúde, que é a maior contratante dos médicos que atuam na cidade, trabalham, por exemplo, pelos períodos de 3 dias, 7 dias, 10 dias.

2.7 Programa Mais Médicos para o Brasil e novas escolas médicas

O Ministério da Saúde tem desenvolvido uma série de ações visando a reestruturação do sistema de saúde de forma a priorizar a Atenção Básica. Buscando atender a demanda social do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde criou o Programa Mais Médico para o Brasil – PMMB (Brasil²³, 2013 e Brasil²⁶ 2015), cujo propósito é o aprimoramento da formação médica e a expansão e interiorização das vagas nos cursos de graduação em Medicina e de residência médica (Brasil²³, 2013) que, além de prover médicos, por intermédio de convênio com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e Cuba, também previu a ampliação dos Cursos de Medicina, já existentes no país, tanto na esfera pública como na privada. Essas ações pretendiam alterar a proporção de médicos por mil habitantes de 1,8, em 2003, para 2,7, até 2016 (Brasil²⁷, 2014).

O PMMB tem como objetivos: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no SUS durante o processo de formação médica. O Programa está estruturado em três eixos: 1) provimento emergencial; 2) investimento na infraestrutura da rede de serviços básicos de saúde; e 3) formação médica. Como meta do PMMB, estava prevista a criação, até 2017, de 11,5 mil vagas de graduação em Medicina, sobretudo no interior do país; e 12,4 mil vagas de residência médica para formação de especialistas, até 2018. Diante da meta nacional do PMMB em

aumentar a razão médico por mil habitantes de 1,8 para 2,7, até o ano de 2026, as regiões Norte e Nordeste são prioritárias, devido à pouca oferta de vagas e em função da baixa razão de 1,08 e 1,32 médico/1.000 habitantes, respectivamente (Brasil²⁶, 2015).

O Programa Mais Médicos foi criado em julho de 2013, como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso à atenção básica resolutive. Inicialmente, o programa foi regulamentado pela Medida Provisória 621, de julho de 2013 e, posteriormente, convertido na Lei Nº 12.871, em 22 de outubro de 2013. Congrega três frentes: a primeira é investir na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, nas unidades básicas de saúde; a segunda, ampliar e reformar os cursos de graduação em Medicina e residências médica no país; e, por último, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil, é a provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (Brasil²⁶, 2015).

As iniciativas do Sistema Único de Saúde de alterar o padrão de provimento de profissionais em áreas de maior carência são anteriores ao Programa Mais Médicos. Desde 2011, o Programa de Valorização dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica (PROVAB) vem recrutando e alocando médicos, enfermeiros e odontólogos para atuarem em áreas vulneráveis, demonstrando um aumento importante na participação, entre os anos de 2011 e 2013, em que passamos de 350 para 3.550 médicos (Maciel, Pierantoni¹⁶, 2004).

O Ministério da Saúde abriu, no início do ano de 2013, um edital para adesão dos municípios no PROVAB, procurando distribuir profissionais nas regiões mais carentes. O total de municípios que aderiram foi de 2.868, demonstrando uma necessidade de 13 mil médicos. No entanto, o resultado entre a demanda e a oferta foi negativo, pois do total de municípios que pediram médicos, 1.565, ou seja, 55% desses municípios, não tiveram a adesão de nenhum médico (Maciel, Pierantoni¹⁶, 2004).

Como se verifica, o Programa Mais Médicos é instituído num cenário de fortes evidências de falta desses profissionais e acesso a serviços de atenção básica em diversas regiões do país. O artifício do provimento emergencial, por meio do recrutamento de profissionais estrangeiros, não é novo como estratégia de regulação da oferta de ações profissionais na saúde.

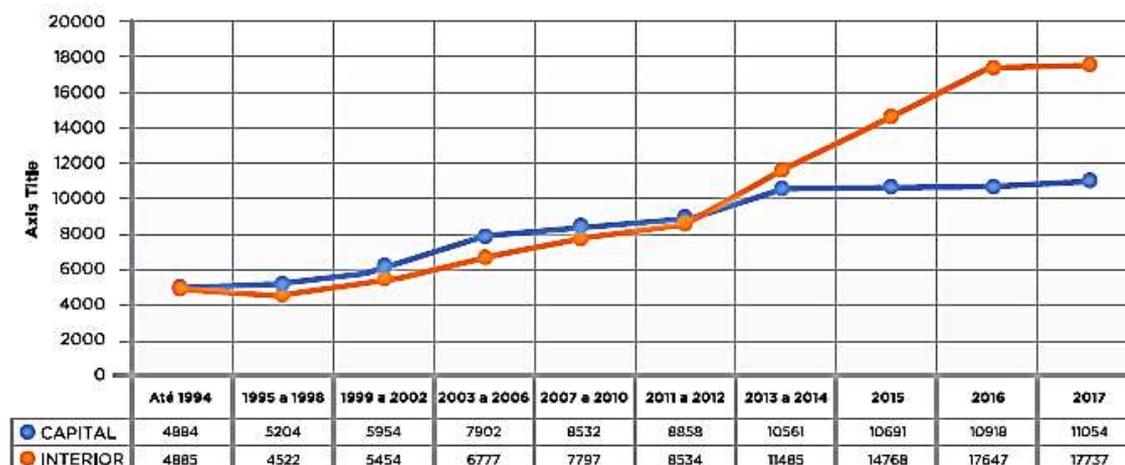
O Programa Mais Médicos é a maior iniciativa já realizada no País e está entre as maiores do mundo para enfrentar esse conjunto de problemas. É composto por uma dimensão de resposta imediata e emergencial, mas sustentável, que é a formação e o provimento de médicos aos serviços de Atenção Básica em áreas com maior necessidade e vulnerabilidade.

Nesse aspecto, o programa recruta profissionais graduados no Brasil e fora do País, brasileiros e estrangeiros, para atuarem nas áreas com maior necessidade e garantir a essas populações o direito, concreto e cotidiano, ao acesso universal e com qualidade aos serviços de saúde. Esses profissionais participam de uma série de atividades de educação e de integração ensino-serviço para que desenvolvam uma atenção à saúde de qualidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil²⁶ 2015).

A Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Instituições Federais de Educação Superior (IFES), instituída no âmbito do PMMB, foi orientada para a diminuição das disparidades regionais e para a interiorização e adoção de estratégias de aperfeiçoamento da qualidade dos cursos. Assim, a seleção dos locais para a implantação de novos cursos e aumento de vagas em cursos existentes foi um processo realizado em acordo com as IFES, baseado em critérios como a prioridade para implantação de novos cursos em campus interiorizados em regiões com menor relação entre número de médicos e habitantes, em especial nas regiões Norte e Nordeste. Esse é exatamente o perfil dos cursos visitados no âmbito dessa pesquisa, no chamado grupo de “intervenção”, como será abordado no capítulo a seguir.

Na figura 7 da próxima página, podemos observar que, desde 1994, um crescente número de vagas em novos cursos de Medicina vem sendo ofertadas. Com as políticas públicas voltadas para o aumento da oferta dessas vagas para municípios do interior, a partir de 2013, o número de vagas ofertadas ao interior ultrapassou as vagas oferecidas às capitais (Brasil²⁶ 2015).

Figura 7 - Evolução das vagas de graduação autorizadas e previsão de expansão, por tipo de município



Fonte: SERES/SESU/MEC.

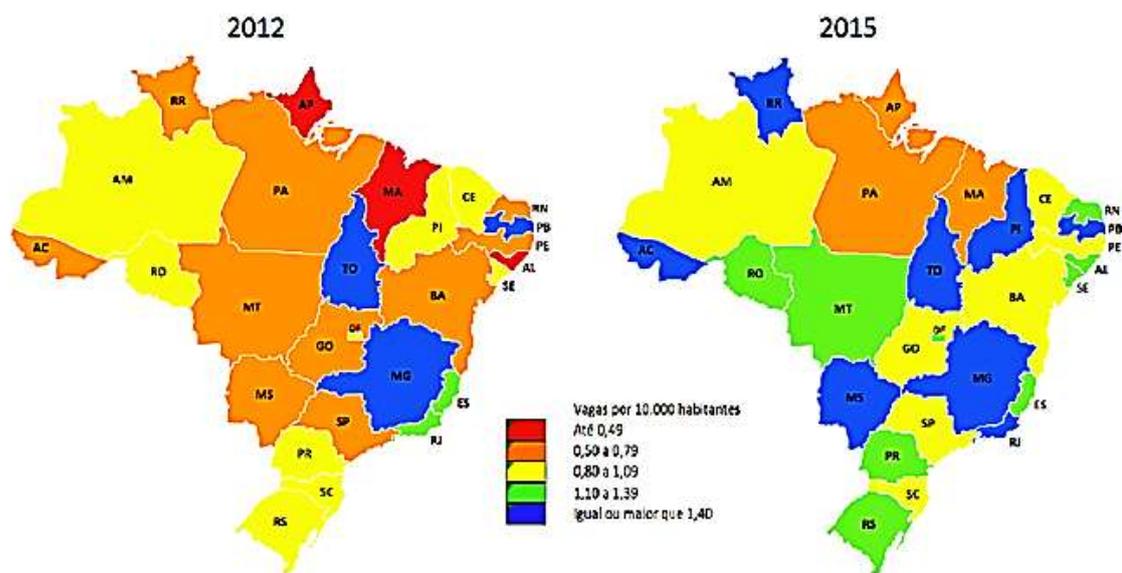
Fonte: Ministério da Saúde, 2015

Outro resultado importante está relacionado à redução das desigualdades regionais. As regiões Norte e Nordeste, sabidamente com mais necessidade social e com menor capacidade de atrair e fixar profissionais, amargavam uma proporção de vagas por 10.000 habitantes historicamente menor que as regiões Sul e Sudeste, o que agravava, ainda mais, o problema de distribuição. Até 2002, o número de vagas por habitantes do Nordeste era a metade (50%) da Região Sudeste. Essa diferença tem sido reduzida lentamente nos dez anos que se seguiram, chegando em um patamar de dois terços. A partir do ano do lançamento do PMMB, 2013, ela reduziu ainda mais rapidamente e chega, neste momento, a uma proporção de quase um para um. Em apenas dois anos, praticamente, todas as regiões do Brasil se igualam (Brasil²⁶ 2015).

A distribuição das vagas permitiu que todas as regiões do Brasil ultrapassassem o patamar de uma vaga por 10 mil habitantes e as diferenças entre elas foram reduzidas, significativamente, conforme mostra a Figura 8 na página seguinte. Houve maior crescimento proporcional justamente nas regiões que apresentavam as menores taxas. O Nordeste, por exemplo, saiu de um patamar de 0,67 vagas por 10.000 habitantes, ao final de 2012, para 1,02, em 2015 (Figura 8). O governo da presidenta Dilma Rousseff anunciou a meta de se chegar a 1,34 vagas, a

cada 10.000 habitantes, com um equilíbrio entre os estados, quando da efetivação de todas as vagas planejadas pelo PMM.

Figura 8 - Vagas em cursos de graduação em Medicina por 10.000 habitantes conforme Unidade Federativa. Brasil, 2012 e 2015.



Fonte: Oliveira (2018)

O Brasil, na ocasião deste levantamento (novembro de 2017), tinha 289 escolas médicas em atividade, sem contar outros cursos autorizados pelo Governo Federal que, naquele momento, ainda não haviam definido o início de funcionamento e do número de vagas a serem ofertadas. Em janeiro de 2018, existiam 16 escolas médicas nessa situação.

Os 289 cursos de Medicina aqui considerados somam 29.271 vagas anuais autorizadas, segundo dados oficiais do Ministério da Educação (Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos de Educação Superior). Desse total de vagas, 10.237 são oferecidas em escolas públicas, o equivalente a 35%. As outras 19.034, que representam 65% do total de vagas anuais, são oferecidas por escolas médicas privadas (Sheffer²², 2018).

O Sudeste tem a maior concentração entre todas as regiões, com 120 cursos e 13.222 vagas, ou 45,2% de todas as 29.271 vagas do país. O Nordeste tem o

segundo maior número (7.211), ou 24,6% do total. O Sul fica com 14,3% das vagas, o Centro-Oeste com 8,1%, e o Norte com 7,7%.

Entre as unidades da federação, São Paulo detém, praticamente, um quinto de todas as vagas em escolas médicas do País – 5.790, em 52 cursos. Minas Gerais vem em segundo, com 14,1% das vagas, seguido do Rio de Janeiro, com 9,3%. Bahia, Paraná e Rio Grande do Sul têm pouco mais de 5% das vagas, cada. Roraima tem 80 vagas e o Amapá, 60. Quando somadas, as vagas desses dois estados correspondem a, apenas, 0,5% das vagas do País.

Ao observar o número de vagas em relação à população, vê-se uma distribuição mais equilibrada. Os dados de população empregados aqui são estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de julho de 2017.

Como um todo, o País dispõe de 14,1 vagas em escolas médicas por 100 mil habitantes. Entre as regiões, essa razão fica entre 12,6 e 15,2 vagas. Entre as unidades da federação, os estados com maiores densidades mantêm uma média de 16,2. Minas Gerais tem razão igual a 19,6; Rio de Janeiro, 16,3; e São Paulo, 12,8. No Nordeste, estados menos populosos, mesmo com poucas escolas, como Paraíba e Piauí, têm razão de 24,2 e 18,7 vagas, respectivamente (Sheffer²², 2018).

2.8 Escolas médicas no estado do Amazonas - breve histórico da formação médica no Amazonas

A formação de médicos no Estado do Amazonas teve início depois da criação da Faculdade de Medicina da Universidade do Amazonas (UA, hoje UFAM), através da Resolução do CONSUNI N°06/65, de 20/11/1965, instalada em sessão solene em 04/12/1965. Logo depois, aconteceu o primeiro vestibular e, em maio do ano seguinte (1966), a primeira turma de alunos iniciou os estudos. A formatura desses pioneiros aconteceu em 1971, em sessão solene no Teatro Amazonas, contando com a presença das maiores autoridades do estado, tal a importância que o curso tinha para a cidade e para a região amazônica. Naquele ano, também aconteceu o credenciamento do curso junto ao Ministério da Educação (MEC), através do Decreto n° 69609, de 29/11/1971.

Inúmeros acontecimentos históricos marcaram aquele ano da década de 1960 relacionados com a alegria da população amazonense. Muito se escreveu sobre a infraestrutura predial, professores, alunos, funcionários, currículo e ocupação do

Hospital Getúlio Vargas (HGV, hoje HUGV). Vale lembrar que vivíamos a época do governo militar, início da Zona Franca de Manaus, presenciando a expansão da cidade para todos os lados e chegada de pessoas de todo o Brasil.

Os nossos primeiros alunos vinham de toda parte. Metade era daqui e a outra metade de diferentes estados brasileiros (“excedentes”). Muitos deles aqui se fixaram, constituíram suas famílias, vidas e profissão. Enfim, nesses 50 anos de existência, já graduamos 3.888 (três mil oitocentos e oitenta e oito) médicos.

Um dos fatos marcantes do início (década de 1970) foi a doação de grande gleba de terra, ao lado do INPA (Instituto de Pesquisas da Amazônia), destinada a albergar o Campus Universitário da UA. Naquele mesmo período, cria-se o Instituto de Ciências Biológicas (ICB), no “Mini-Campus”, nosso maior aliado na formação médica. Os alunos, até hoje, iniciam o “ciclo básico” no ICB e depois completam os estudos na Faculdade de Medicina, ao lado do HUGV. As distâncias nos separam em dois segmentos.

Durante o processo de concepção, criação e implantação do curso, tomaram a frente inúmeros idealistas, professores, políticos e cidadãos que não haveria espaço para elencá-los neste resumo.

Em 1965, era Presidente do Brasil o General Castelo Branco. Aqui, no Estado do Amazonas, capitaneava e fazia as interlocuções o Governador Arthur Cézar Ferreira Reis. Dentro da Universidade do Amazonas, destacou-se o Magnífico Reitor, Jauary Guimarães S. Marinho. Instalou-se, definitivamente, a Faculdade de Medicina pelo Conselho Universitário da época.

Como toda instituição nova, existiram muitas dificuldades iniciais, superadas nos anos 1960 e 1970. Manaus era uma cidade pequena (cerca de 300.000 habitantes), contava com poucos médicos (cerca de 80) e era distante dos grandes centros. Além disso, havia profissionais contrários à criação da instituição nessa capital. Mesmo com tudo isso, seu funcionamento teve início, precariamente, nas dependências de um antigo grupo escolar “Plácido Serrano”, apelidado de “Tio Patinhas”, aos fundos do Hospital Getúlio Vargas, que também iniciou suas atividades no ano de 1965. Vários professores desbravadores e empreendedores fizeram a faculdade funcionar. Presenciávamos esforços hercúleos e garra descomunal dos estudantes das primeiras turmas. Em 1967, foi construído o prédio da “escola médica”, o mesmo que ainda utilizamos hoje, a Rua Afonso Pena, 1053, Praça 14 – cruzando

com a antiga “Boulevard Amazonas”. O Hospital Getúlio Vargas (hoje HUGV) aparelhado, junto com seu Pronto Socorro e um ambulatório (Ambulatório Araújo Lima – AAL), também começou a funcionar. Nesses dois locais, nossos estudantes tiveram grande parte dos cenários de prática para o “ciclo profissional”, em especial nas áreas Clínicas e Cirúrgicas. Outra grande parte de cenários era espalhada pela cidade de Manaus, o que, ainda hoje, é nossa realidade (Ferreira²⁸, 2015).

Atualmente, o Estado do Amazonas possui cinco escolas médicas, sendo o Curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, sede Manaus, o curso mais antigo, como dissemos, iniciado em 1965. Além dele, os cursos de Medicina na Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e do Centro Universitário Nilton Lins (UniNilton Lins), ambos com início das suas atividades no ano de 2001.

Mais recentemente, foram autorizados pelo MEC os Cursos de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia da UFAM, Campus de Coari, com o início das atividades acadêmicas, em 2016; e nas Faculdades Metropolitanas de Manaus (FAMETRO), iniciado em 2018, na Cidade de Manaus.

As vagas autorizadas pelo MEC para esses cursos são as expostas no quadro abaixo.

Quadro 2 - Distribuição de vagas para cursos de Medicina no Estado do Amazonas, 2019.

Instituição	Número de Vagas	Caráter Institucional
Universidade Federal do Amazonas - Sede Manaus	112	Pública Federal
Centro Universitário Nilton Lins	145	Privada
Universidade do Estado do Amazonas	130	Pública Estadual
Faculdades Metropolitanas de Manaus - FAMETRO	150	Privada
Instituto de Saúde e Biotecnologia - ISB/UFAM - Sede Coari	48	Pública Federal
Total de Vagas Autorizadas	585	-

Fonte: O autor (2019)

2.9 Novas diretrizes curriculares e o Programa Mais Médicos para o Brasil

Este contexto de PMMB, com o objetivo de atender as demandas sociais do novo paradigma na formação de médicos, exigido atualmente no âmbito dos sistemas de ensino superior do país, aliado ao paradigma da integralidade, em que se propõe um equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social, possibilita o aperfeiçoamento do processo ensino-aprendizagem. Essas inovações pretendem, por

um lado, enfrentar o esgotamento do modelo “flexneriano” na formação de profissionais e, por outro, construir o novo padrão da integralidade, resultado de uma importante mobilização dos educadores da área da saúde no País e entendida como reflexo das tendências internacionais, as quais propõem inovações na formação dos profissionais de saúde (Almeida²⁹, 2007). Dessa forma, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) propõem um perfil profissional com uma boa formação geral, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar de outra perspectiva da assistência, por meio de Projetos Político Pedagógicos (PPP), construídos, coletivamente, pelos atores do curso nas Instituições de Ensino Superior (IES) e que utilizem metodologias de ensino-aprendizagem centradas no estudante, em diferentes cenários, conforme necessidades apontadas em vários estudos (Maciel, Pierantoni¹⁶, 2004).

Neste contexto, as novas DCN para os cursos de Medicina no Brasil, publicadas pela Resolução Número 3 do Ministério da Educação, de 20 de junho de 2014, estabelecem:

Artigo 3º, o qual determina que o graduado em Medicina terá formação geral, humanística, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Art.4º - Dada à necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas: I - Atenção à Saúde; II – Gestão em Saúde; III – Educação em Saúde (Brasil²⁷, 2014).

A partir dessa configuração, ficou evidente a necessidade de profissionais com uma formação que compreenda a integralidade dos cuidados demandados pela população e que inclua novas tecnologias. Estas, muitas vezes chamadas de “simples”, são também muito complexas e são denominadas, por alguns autores, de “tecnologias leves”. São vistas como as tecnologias da interação, da escuta, do olhar e que consideram o acolhimento e produzem autonomia (UFAM⁵, 2015).

2.9.1 Interiorização da Formação Médica no Amazonas

No contexto da expansão das universidades no Brasil, a partir de 2002, o ensino superior brasileiro toma novas dimensões com uma política afirmativa de minoria. Surge como um novo modelo de transformação social e mudança na

estrutura institucional do Estado Brasileiro. Apesar de o novo governo seguir orientado pelo modelo anterior (de governo), inova ao dar prioridade ao papel transformador da educação, em especial ao ensino superior. O pacote do governo se traduz em expansão das vagas em universidades federais e a interiorização destas; a redefinição ao acesso ao ensino superior, principalmente daqueles grupos considerados à margem da sociedade, ou seja, todos os grupos sociais vulneráveis e pessoas de diferentes culturas (UFAM⁵, 2015).

Assim, o programa de apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) se configura para a UFAM como uma grande promessa de expansão e modernização, como uma política de distribuição, via inclusão social. Nesse viés, visa confrontar as desigualdades sociais historicamente retratadas. A criação do REUNI oportuniza as Instituições de Ensino Superior (IES) ao incremento de uma política voltada para: a expansão quantitativa (cursos, vagas, etc.); expansão geográfica (interiorização das instituições etc.); e expansão do acesso (democratização do acesso) (UFAM⁵, 2015).

Cabe salientar que o processo de expansão regido pelo REUNI, no município de Coari, com a criação de um Instituto de Saúde e com a implantação de alguns cursos da área de saúde, não atingiu, satisfatoriamente, determinadas áreas de formação, com destaque para a formação médica, uma vez que se constitui uma área de carência, não somente neste município, mas em toda a Região Norte e no Brasil (UFAM⁵, 2015).

Em tal contexto, a emissão da Portaria MEC/SESU nº 109, de 5 de junho de 2012, ao dispor sobre a expansão de vagas em cursos existentes de Medicina e a criação de novos cursos de Medicina em Universidades Federais, tem o indiscutível mérito de sinalizar para um novo ciclo de expansão das IES federais, em que os objetivos da interiorização, com universalização de cursos universitários e de atendimento às reais necessidades de egressos em todas as áreas da educação superior, possam prover as âncoras efetivas de articulação entre a presença da Universidade e as necessidades patentes da sociedade brasileira (UFAM⁵, 2015).

A inclusão da UFAM, entre as IES responsáveis pela implantação de cursos novos de Medicina em Campi do interior, colabora para o alcance dos interesses e objetivos da instituição, expressamente sistematizados no seu Plano de Desenvolvimento Institucional (UFAM⁵, 2015). Nessa conjuntura, algumas perguntas

são importantes: 1) Quais as condições de implantação de um curso de Medicina em área remota da Amazônia, a partir da indução política de criação de novos cursos propostos pelo Programa Mais Médicos? 2) Quais as peculiaridades e características a serem dialogadas com as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais? 3) Quais estratégias de atração de docentes médicos, pela UFAM, no contexto da interiorização e formação de profissionais de saúde no Amazonas?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a experiência institucional e curricular de implantação do Curso de Medicina da UFAM, no contexto da interiorização na Cidade de Coari - AM.

3.2 Objetivos específicos

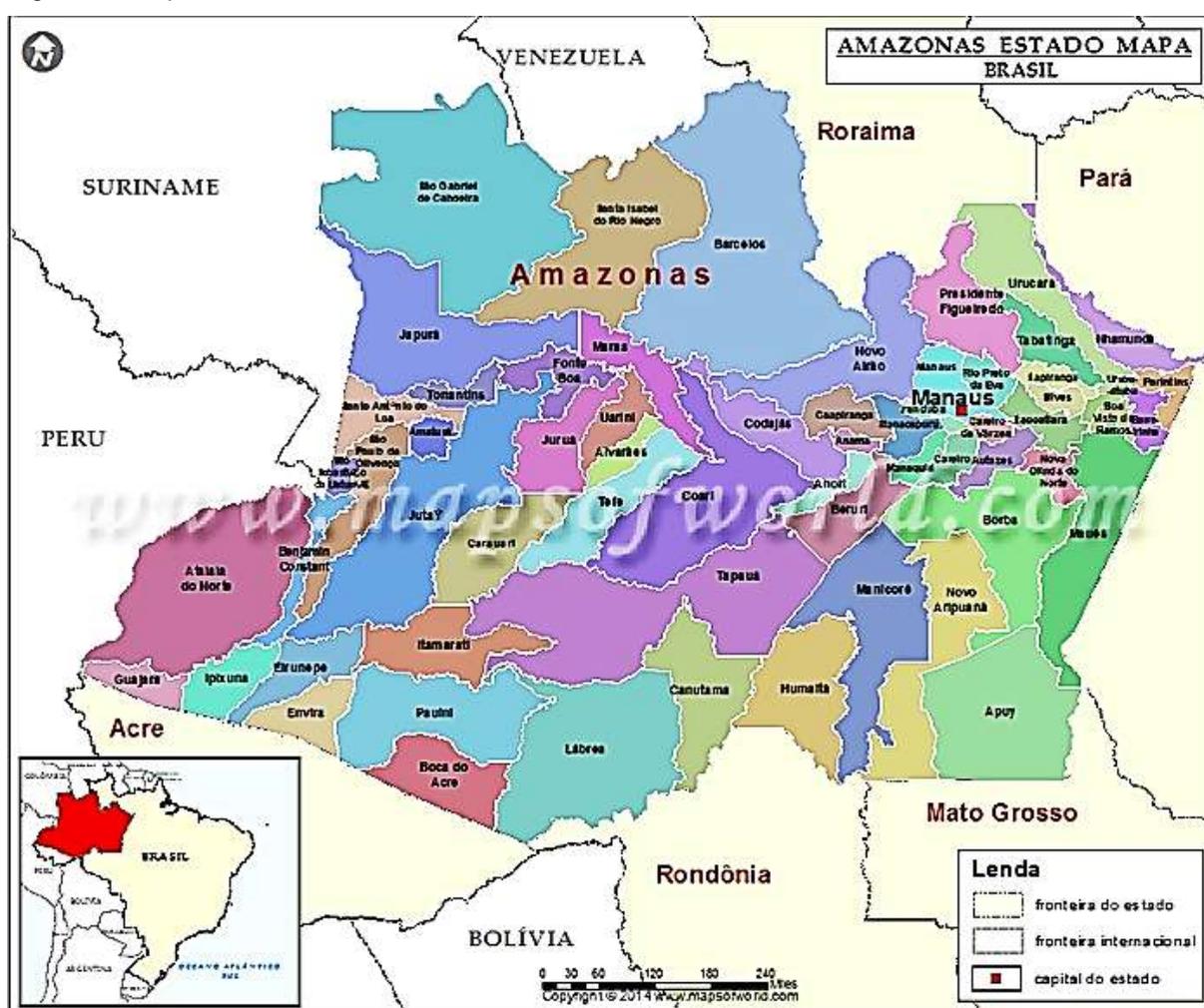
- I. Relatar o processo de implantação do Curso de Medicina, através de revisão histórica, política e social, bem como os desafios da docência;
- II. Conhecer, descrever, relatar e expor o Projeto Pedagógico do Curso (PPC), nas dimensões do processo de política afirmativa, focado na formação de novos médicos para o interior do Estado do Amazonas;
- III. Descrever o perfil de captação de docentes para o novo curso de Medicina, através do concurso público, voltado para região remota; e
- IV. Participar, ativamente, do processo de discussão de oficinas pedagógicas, com escopo direcionado à melhoria e condução do Curso de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia/UFAM.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, localizado na Cidade de Coari, Amazonas, distante 421 Km de Manaus, por via fluvial. Atualmente, a cidade possui uma população de 84.272 pessoas (IBGE³⁰, 2019) e está localizada na região de saúde do Rio Negro e Solimões. Geograficamente, o município está situado na mesorregião conhecida por Médio Rio Solimões, no centro do Estado do Amazonas, conforme a Figura 9.

Figura 9 - Mapa do Estado do Amazonas



Fonte: google maps – www.googlemaps.com/map-amazonas- acesso - 10 de março de 2019.

4.2 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caso, de caráter qualitativo, sobre o processo de implantação do curso de Medicina em Coari, Amazonas.

A técnica utilizada foi de entrevistas abertas, de forma individual, análise de documentos técnicos, de relatórios, do Projeto Político Pedagógico (PPC) do curso, propriamente dito, das atas de reuniões do colegiado e dos relatórios internos sobre o Curso de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia.

Na compreensão do processo, a análise das repercussões administrativas e institucionais, com vistas a interpretar o fenômeno, sinaliza que o caminho da pesquisa pressupõe o método que se aproxima da fenomenologia, para melhor compreendermos e interpretarmos as relações existentes no universo da pesquisa e dos sujeitos nele existentes. Desta maneira, optamos por escolher um método que nos proporcionasse mais clareza nas nossas observações.

De acordo com Minayo³¹ (2008), o método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias, durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento, até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (Minayo³¹, 2008).

Bardin³² (2004) afirma que “a análise qualitativa apresenta certas características particulares. É válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa, e não inferências gerais”. No que diz respeito ao tipo de pesquisa, três formas melhor se adaptam ao trabalho: a pesquisa de campo, pesquisa documental e pesquisa bibliográfica (Bardin³³, 1977).

4.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram compostos por professores, diretores e coordenadores que participaram e ou participam da condução do Curso de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia da UFAM.

4.4 Critérios de inclusão

Constituiu-se como critério de inclusão para os participantes do estudo, ter sido ou estar em atividade no momento o (s):

- a) presidente da comissão de implantação do curso de Medicina e ou membros participantes;
- b) docentes de ambos os sexos e de qualquer formação que atuam, há mais de 6 meses, no curso de Medicina;
- c) coordenador acadêmico do Instituto de Saúde e Biotecnologia;
- d) coordenador atual e ex-coordenadores do curso de Medicina do ISB; e
- e) diretor do campus responsável pela implantação do curso.

4.5 Critérios de exclusão

- a) docente com carga horária inferior a 10 horas no curso de Medicina;
- b) docentes recém-contratados que não lecionaram por um período do calendário acadêmico;
- c) docentes em situação de férias e liberados das atividades docentes por razões administrativas e de direito; e
- d) aqueles que se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.6 Roteiro de observação

Foi utilizado um instrumento de pesquisa para estudar os fenômenos.

Creswell³⁴ (2010) descreve o método qualitativo como:

...um método que se relaciona à identificação de uma amostra com sua respectiva população, à especificação da estratégia de investigação, à coleta e análise de dados, à apresentação dos resultados, à realização de investigação, à coleta e análise de dados, à apresentação dos resultados.

O Instrumento para a coleta de dados qualitativos foi composto por cabeçalho e as seguintes seções:

- a) Identificação geral do participante;
- b) Ensino e Aprendizagem – Práticas Metodológicas de Ensino;
- c) Desafios enfrentados no desenvolvimento do Ensino, Pesquisa e Extensão;
- d) Seleção e captação de Docentes.

Foi utilizado gravador de áudio para entrevista e, posteriormente, realizada a transcrição utilizando-se o “software Word”.

A análise do discurso foi utilizada como técnica de análise do material empírico. Os procedimentos para a análise foram: inicialmente, estudar as palavras dos textos em sua estrutura enunciativa; em seguida, foram identificados núcleos de sentido; e, por fim, elaborada uma análise, a partir dos núcleos identificados, considerando a produção social do texto constitutivo do seu próprio sentido.

Na primeira fase, as entrevistas foram apreciadas com o intuito de identificar os principais desafios no processo de implantação. Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, de acordo com Bardin³³, 1977. Também, foi utilizado o recurso da análise categorial, que teve início com a leitura do material, com a finalidade de identificar elementos vinculados com a temática dos desafios encontrados no processo de implantação; e, ainda, foram delineados os assuntos, os quais apareceram com maior frequência, para sua posterior codificação.

Em seguida, na fase de exploração do material, selecionamos as “unidades de registro e de contexto”: palavras, frases e temas, que foram agrupados e classificados em categorias e subcategorias. Na última fase, o tratamento, a inferência e interpretação das informações e os conteúdos recolhidos foram transformados em dados quantitativos e apresentados nos resultados, incluindo frequência relativa das subcategorias definidas para a interpretação dos depoimentos das entrevistas realizadas. Nesse encadeamento, foi identificado um conjunto de fatores relevantes, considerados no estudo sobre os desafios da implantação do curso em uma área remota.

A entrevista foi aberta - também chamada entrevista em profundidade ou entrevista qualitativa - e levada a efeito com docentes, com o ex-presidente da comissão de implantação do curso e com coordenadores acadêmicos e diretores que atuam ou atuaram no curso de Medicina.

4.7 Aspectos éticos

Os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa e aqueles, que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo-lhes garantido o sigilo das informações e o anonimato. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, via plataforma Brasil, e foi aprovada com parecer CAAE nº 96172218.0.0000.5020.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A implantação do curso de medicina no município de Coari

A Universidade Federal do Amazonas, UFAM, conforme programação estabelecida no seu Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), no período de 2006 a 2015 e no decorrer de seus mais de cem anos de história, vem consolidando suas ações de formação de recursos humanos de alto nível para o Estado do Amazonas e região. Oferece mais de 117 cursos nas diversas áreas do conhecimento acadêmico, por meio dos quais disponibiliza, anualmente, 5.436 vagas de ingresso na Capital e interior do Estado (UFAM³⁵, 2019).

“Historiciando” este processo, sua inserção no ambiente regional se fortaleceu, ainda mais, a partir do ano de 2005, com a efetiva interiorização da Universidade por meio da implantação de cinco unidades acadêmicas permanentes no interior do Estado do Amazonas: Alto Solimões, Médio Solimões, Médio Amazonas, Baixo Amazonas e Vale do Madeira, nos municípios de Benjamin Constant, Coari, Itacoatiara, Parintins e Humaitá, respectivamente. Nessas localidades, funcionam seis cursos de graduação, em cada uma delas, com um total de 30 cursos de graduação e 1.470 vagas de ingresso: todos identificados com a realidade regional da mesorregião de cada unidade e que passaram a funcionar a partir do segundo semestre de 2006, com projeção até 2015 (UFAM³⁵, 2019).

O Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) foi criado através da Resolução 026/2005 – CONSUNI, no dia 25 de novembro de 2005, pelo Reitor Hidembergue Ordozgoith da Frota, para atender aos municípios de Alvarães, Anamá, Anori, Beruri, Codajás, Maraã, Tefé e Uarini, com 6 cursos de graduação, os quais já estão regulamentados e em pleno funcionamento: Nutrição, Fisioterapia, Enfermagem, Biotecnologia, Licenciatura dupla em Química e Biologia e Licenciatura dupla em Matemática e Física.

Em tal contexto, a emissão da Portaria MEC/SESU nº 109, de 5 de junho de 2012, ao dispor sobre a expansão de vagas em cursos existentes de Medicina e a criação de novos cursos de Medicina em Universidades Federais, além de se tornar âncora efetiva de articulação entre a presença da Universidade e as necessidades patentes da sociedade brasileira, teve o indiscutível mérito de sinalizar para um novo ciclo de expansão das IES federais, cumprindo com os objetivos da interiorização e

universalização de cursos universitários e, ainda, de atendimento às reais carências dos egressos em todas as áreas da educação superior.

A inclusão da UFAM, entre as IES responsáveis pela implantação de cursos novos de Medicina em Campi do interior, colabora para o alcance dos interesses e objetivos da instituição, expressamente sistematizados no seu Plano de Desenvolvimento Institucional. Soma-se a este contexto o Programa Mais Médicos, instituído pela Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, com várias frentes para enfrentar os problemas existentes na atenção básica à saúde no Brasil: a enorme disparidade entre os estados do país na relação de médicos/habitantes, além de uma questão quantitativa, como a escassez na oferta de médicos.

Ações, com efeito de longo prazo, foram adotadas com a intenção de expandir as faculdades de Medicina no País, além de ampliar o número de vagas nos cursos de graduação e de residência médica. Medidas de curto prazo também foram adotadas para amparar as regiões mais necessitadas do País e gerar impactos sobre seus indicadores de saúde. Essas ações foram motivadas por um retrato estatístico do sistema de saúde, que evidencia, entre outros aspectos, a má relação médica por habitante no País. Conforme nota elaborada pelo Ministério da Saúde (Brasil³⁶, 2013), esse índice para o Brasil, de 1,8 médicos/1.000 habitantes, é inferior ao de países vizinhos. A Argentina e o Uruguai, por exemplo, apresentam, respectivamente, uma relação de 3,2 e 3,7 médicos/1.000 habitantes.

Apesar de a Organização Mundial de Saúde (OMS) não estabelecer uma referência ótima para esse indicador, o governo brasileiro utiliza como benchmark¹ (Bogan³⁷, 2014), a ser alcançado, o índice do Reino Unido de 2,7 médicos/1,000 habitantes, por ser considerado um dos melhores sistemas de saúde pública centrado na atenção básica. Assim, diante desse contexto social e político, percebe-se que há um grande número de pessoas que não tem acesso a serviços básicos de saúde. E a saúde da população é uma área estratégica para o desenvolvimento equilibrado e harmônico de uma região ou país, especificamente no Brasil e na Região Norte. Deste modo, torna-se de fundamental relevância social a criação do curso de Graduação em Medicina no Médio Solimões, no município de Coari, interior do Estado do Amazonas.

¹Esse anglicismo significa "aferição" e deriva de "benchmark", que significa "marca de referência". A palavra é assim grafada como alusão às marcas ("marks") que os viajantes romanos deixavam nos bancos ("bench") de descanso para indicar a que distância estavam de Roma (BOGAN³⁷, 2014).

Essa ação estratégica configura-se um compromisso ético e competente, uma vez que, em seus mais de 100 anos de história, a UFAM tem desempenhado um papel crucial na formação de pessoal de nível superior, nos cursos concernentes às áreas das Ciências da Saúde. Dentre eles, o Curso de Medicina da UFAM/SEDE, criado no ano de 1966.

O curso de Medicina, sediado em Manaus, vem atravessando, desde 2001, a partir da instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais, um processo de reorientação do projeto pedagógico, focado na formação de um profissional médico com perfil generalista, crítico-reflexivo, tornando-o apto a atuar nos diferentes níveis da atenção à saúde e conforme as necessidades da população e do próprio sistema de saúde. Assim, passou por várias readequações e avaliações do MEC, tendo, ainda, a necessidade de se adequar às novas Diretrizes Curriculares Nacionais, referentes ao curso de Medicina e instituídas no ano de 2014.

5.2 Diagnóstico da infraestrutura do município de Coari

O Estado do Amazonas é subdividido em nove sub-regiões administrativas, nas quais a cidade de Coari encontra-se alocada na Região Rio Negro/Solimões, juntamente com os municípios de Anamã, Anori, Autazes, Beruri, Caapiranga, Careiro, Careiro da Várzea, Codajás, Iranduba, Manacapuru, Manaquiri, Novo Airão e Rio Preto da Eva.

O município de Coari é um centro local de apoio ao Centro Regional Manaus e do subcentro regional Tefé.

Localizado na região central do Estado do Amazonas, dista 421 Km da Capital. A imaginação indígena fez de Coari "Rio de Ouro". Esse privilégio de convivência com a natureza é compartilhado por cerca de 84.272 mil pessoas que moram neste município (IBGE³⁰, 2019).

Sua história se inicia com o surgimento de aldeias indígenas dos Catuxy, Jurimaus, Passés, Irijus, Jumas, Purus, Solimões, Uaiupi, Uamanis e Uaupés que, em 1759, são elevadas a lugar com nome de Alvelos. Em 02 de dezembro de 1874, foi elevada à vila denominada Coari e, finalmente, em 2 de agosto de 1932, foi elevada à categoria de município. Ao longo do tempo, constituiu-se uma identidade local que se manifesta nas tradições culturais de seu povo, o que, por sua vez, atravancou a

diversificação da economia e, por conseguinte, da qualidade dos serviços prestados à população (PMC³⁸, 2002).

A área total do município de Coari é de 57.922 Km², com cerca de 50 km² ocupados pelo espaço urbano. 57% da população vive na zona urbana e 33% na zona rural. Está localizado a 4°06'22" Latitude Sul e 63°03'21" Longitude Oeste de Greenwich. Seus limites territoriais são: o município de Anori, a Leste; Tapauá, ao Sul; Tefé e Maraã, a Oeste; e, ao Norte, Codajás. A vegetação é constituída de grandes árvores e arbustos de terra firme, várzea de igapó e vegetação aquática. O clima é equatorial quente e úmido, com temperatura média anual entre 24 e 26°C, sem estação seca, atingindo o índice pluviométrico de 1.990 mm anuais. O relevo do Município de Coari é formado por planícies de extensão de terras firmes e várzea com muitas depressões (IBGE³⁰, 2019).

O município dispõe de internet, TV, rádio, correios e telégrafos, com os serviços postais básicos e SEDEX, e conta, ainda, com transportes aéreo e fluvial.

O município de Coari ocupa a quinta posição entre as maiores cidades do estado, perdendo somente para Manaus, Parintins, Itacoatiara e Manacapuru.

5.2.1 Desenvolvimento econômico no município de Coari

Basicamente, as atividades econômicas para a grande maioria da população coariense são agricultura, pesca e extrativismo. Após a descoberta das jazidas de gás e petróleo do campo de Urucu, em 2006, uma pequeníssima parte da população local passou a trabalhar para a PETROBRÁS.

A cidade, conhecida pela produção de bananas, hoje se destaca por produzir petróleo e gás natural. A produção de petróleo gira em torno de 53.500 barris por dia (2007) e a de gás natural chega a 10 milhões de m³/dia. Outro fato importante foi a construção do gasoduto, que liga o polo produtor de Urucu (área de município) ao mercado consumidor localizado em Manaus, bem como abastece as termelétricas dos municípios ao longo da linha tronco desse gasoduto: Coari, Codajás, Anori, Caapiranga, Manacapuru e Iranduba. Os quase 700 km desse gasoduto construídos pela PETROBRÁS geram milhões de reais em royalties para este município, tornando-o, atualmente, o quarto mais rico da região Norte do Brasil, superado apenas por três capitais: Manaus, Belém e Porto Velho.

Figura 10 - Base Petrolífera de Urucu, localizada no município de Coari



Fonte: Autor: Desconhecido

A presença da PETROBRÁS no município, acrescida à implantação do Instituto Federal do Amazonas - IFAM -, da Universidade do Estado do Amazonas - UEA - e da instalação da Unidade Permanente da Universidade Federal do Amazonas, através do Instituto de Saúde e Biotecnologia, fez com que a cidade atingisse a taxa de 0,703, relativa ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Entre os municípios do Amazonas, Coari ocupa a 21ª posição quanto ao IDH (Índice de Desenvolvimento Humano). Em um período de dez anos, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) cresceu mais de 64,7%, passando de 0,542, em 1991, para 0,746 em 2012. A área educacional, um dos quesitos de avaliação do IDHM, foi quem mais contribuiu para esse crescimento, seguida pelo crescimento dos outros dois quesitos: a renda, que atingiu o índice de 0,846; e a longevidade, com 0,776 de IDHM. Nesse período, a distância entre o IDH do município e o limite máximo do IDH foi reduzida. Assim mesmo, para alcançar Manaus, que

possui o melhor IDH entre os municípios do Amazonas, calcula-se que Coari levaria 6 anos.

Figura 11 - Mapa da localização geográfica do município de Coari, Amazonas.



Fonte: <https://www.google.com.br/maps/place/Coari+-+AM/@-4.0147413>, Acesso dia 10/03/2019.

A cidade também é conhecida como polo da rede de saúde do Médio Solimões, pela qualidade de sua rede municipal de educação infantil e pelo nível de qualidade de vida que oferece a seus habitantes. Também é reconhecida, na região do Médio Solimões, pelas oportunidades de educação superior que oferece, de acesso à cultura erudita e popular e pela participação esportiva destacada em competições regionais e nacionais. Assim sendo, a cidade se revela como um importante cenário para a produção de conhecimento e produção cultural.

5.2.2 Diagnóstico da infraestrutura de saúde no município de Coari

No que se refere à infraestrutura de saúde, em 2002, o município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema e, dessa forma, passou a ser responsável pela gestão e pela organização de seus serviços de saúde e responsável pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de seu povo. Além disso, responde pelas exigências de intervenções saneadoras em seu território, conforme a Norma

Operacional Básica 01/96, posteriormente substituída pela Portaria 399, de fevereiro de 2006.

A rede municipal de serviços de saúde pode ser dividida em Sistema Único de Saúde (SUS) e serviço privado. É relevante destacar que o SUS de Coari é composto por uma rede, conforme especificada abaixo.

- Atenção básica - formada por 13 (treze) Unidades Básicas de Saúde (UBS), de modo que cada bairro do município possui a sua própria unidade; 25 (vinte e cinco) Equipes de Estratégias de Saúde da Família; 116 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), incorporados ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) da zona rural; e 107 ACS da zona urbana, totalizando 223 agentes (SEMSA³⁹, 2019).



Modelo Físico das Unidades Básicas de Coari - Foto Ricardo Faria, 2013.

- Atendimento de urgência e emergência, o qual dispõe de uma central com duas ambulâncias, denominado SOS-Coari; e

- Hospital Regional de Coari (HRC), administrado conjuntamente pelo Estado e Município, é responsável pelo atendimento à população com cuidados secundários. Trata-se de hospital de pequeno porte, com cerca de 80 leitos, com média mensal de cerca de 800 internações (UFAM⁵, 2015). Nesse hospital, são realizados atendimentos nas áreas básicas, tais como: atendimento clínico, cirúrgico, obstétrico e pediátrico. Também são realizados mutirões de especialidades nas áreas de oftalmologia e correção de fissura labiopalatina.



Hospital Regional de Coari - Foto Antônio Iaccovazo, 2008.

- A Maternidade, integrada ao HRC de Coari, presta atendimento 24 horas por dia e sete dias por semana. Destina-se ao atendimento de pacientes do município de Coari, assim como de toda a região, munidos ou não de encaminhamentos de referência.

- A Casa do Idoso, que tem capacidade para atender cerca de 100 idosos, presta serviço de nível primário e, atualmente, está atendendo idosos de ambos os sexos, sem convênio, bem como idosos de ambos os sexos sem regime de pensionato.

- O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que atende exclusivamente pessoas com transtornos mentais graves do município, recebe encaminhamentos de toda rede de saúde do município, assim como acolhe demanda espontânea. Está constituído por equipe interdisciplinar e desenvolve atividades de promoção, prevenção de agravos e tratamento das doenças mentais.

- O Centro de Assistência Social (CRAS), que oferece atendimento psicológico e de orientação às famílias.

- O Centro Especializado de Reabilitação (CER), o qual oferece tratamento fisioterápico em várias modalidades.

- A Policlínica Dr. Roque Juan Dell Oso, que atende aos usuários do SUS, através de especialidades médicas, tais como: Pediatria, Ginecologia, Oftalmologia e Ultrassonografia.

- O Instituto de Medicina Tropical de Coari, que realiza atendimento multidisciplinar na área de doenças tropicais e infectologia. É responsável pela assistência ambulatorial dos pacientes portadores de doenças infecciosas como malária, hepatites, leishmanioses, AIDS e demais patologias.

- O Telessaúde de Coari: um sistema de consultoria ofertado pela Universidade do Estado do Amazonas com parceria da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA).

- A Unidade Básica Fluvial de Saúde de Coari, que desenvolve, regularmente, ações itinerantes nas calhas de lagos e rios do município de Coari.

- Laboratório Central de Coari: responsável pela realização dos exames laboratoriais da rede municipal de saúde. São ofertados exames de hemograma, bioquímica, urinálises e parasitológicos.

Quanto à rede privada de assistência à saúde, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) são informadas as seguintes clínicas:

- Centro de Medicina Ocupacional de Coari, Clínica CEMOC, que oferece consultas em clínica médica, pediatria, ortopedia, além de suporte diagnóstico como raio x, ultrassonografia, laboratório, Medicina do Trabalho e outros.

- Clínica Nossa Senhora de Guadalupe, que oferece consultas clínicas, pediatria, de ginecologia obstetrícia e apoio diagnóstico com ultrassonografia.

- Clínica Vida e Saúde: oferece consultas clínicas e pediátricas e apoio diagnóstico com ultrassonografia.

- Clínica Santana, que oferece consulta oftalmológica.

Em Coari, foi tentado convênio junto à organização Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), que tem suas diretrizes estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015, e que visa fortalecer o processo de integração ensino-serviço-comunidade para o conjunto dos cursos da área da saúde, garantindo o acesso a todos. Entretanto, até o momento, essa tentativa não logrou êxito.

5.2.3 Justificativa do curso de medicina no Campus do Médio Solimões - ISB/UFAM

O Curso de Medicina de uma Instituição Federal de Ensino é um bem público. Existe para prestar um serviço público, utilizado e valorizado pelo cidadão e pela

população. Deve satisfazer as necessidades e as expectativas dos usuários. Deve cumprir sua função republicana.

A Universidade assenta-se em três pilares: o ensino, a pesquisa e a extensão.

Ensina. Transmite conhecimento. Gradua médicos. E o médico deve ser aquele que a população necessita.

Pesquisa. Cria conhecimento. Deve ser o conhecimento que a população necessita.

Presta serviços. Devem ser serviços que a população necessita.

Definir “o médico que a população necessita” é uma tarefa complexa, que deve contemplar a diversidade de cenários e pessoas que a Nação Brasileira encerra:

- Médicos capacitados para atuar em cenários urbanos, rurais, e áreas remotas;
- Médicos capacitados para atuar em atividades e procedimentos de baixa, média e alta complexidade;
- Médicos capacitados a atuar na promoção da saúde e na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças, entendendo o determinismo biológico e social subjacente ao processo;
- Médicos capacitados a lidar com pessoas de diferentes identidades culturais, diferentes particularidades biológicas e diferentes necessidades individuais; e
- Médicos compromissados com a cidadania e o bem-estar social.

A atenção à saúde no Brasil assenta-se, constitucionalmente, na estrutura orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma instituição pública de ensino médico deve gerar um profissional totalmente integrado ao SUS: graduado e pós-graduado no modelo SUS, capacitado a trabalhar no modelo SUS e apto a contribuir na formação de nova geração de médicos no modelo SUS.

Em 2014, ano em que o Conselho Nacional de Educação emite novas “Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina”, observa-se que a formação de médicos no Brasil e o perfil dos médicos atuantes não estão exatamente de acordo com as necessidades sociais. Há excessiva concentração de médicos nas áreas urbanas e excessiva concentração de médicos em atividades de complexidade terciária. Por outro lado, há grandes espaços territoriais completamente desprovidos de médicos, especialmente em áreas rurais e remotas, onde o estado do Amazonas se inclui por excelência.

O número de médicos por mil habitantes no Brasil situa-se abaixo das recomendações internacionais e esconde o dado mais perverso, que é a má distribuição: congestionada de especialistas alguns centros urbanos e abandona extensos segmentos da população, sem acesso sequer à atenção básica.

A formação do médico, por determinantes históricas e mercadológicas, dá-se, predominantemente e, às vezes, exclusivamente, em ambiente hospitalar. A atenção básica e os cuidados primários não são privilegiados na maioria dos currículos atuais.

Num primeiro momento, a Universidade Federal do Amazonas analisou se seria necessário e justificável um curso de Medicina em Coari. Em seguida, se esse curso seria viável. A Comissão criada para esse fim emitiu parecer, protocolado em 24 de março de 2014, do qual destacamos:

a) A expansão de vagas em Medicina na região Norte do Brasil é necessária e oportuna, dado ao escasso número de médicos nessa área geográfica, agravado pela concentração absoluta nas capitais. Logo, se faz indispensável a abertura de vagas públicas, num curso inovador, que contemple as peculiaridades regionais, calcado em Atenção Básica à Saúde e Medicina Rural; que estimule a fixação dos médicos no interior, atuando como generalistas, com resolutividade em níveis primários e secundários, educados fora de um modelo exclusivamente “terciarista” e hospitalar;

b) Coari é um município de médio porte, com população de cerca de 80.000 habitantes (Manaus tem dois milhões de habitantes). A distância Coari-Manaus é equivalente à distância Rio-São Paulo, que é relativamente pequena em termos amazônicos: uma hora de avião, oito horas de barco-turbo, dezoito horas de barco regional. É um município com subsistência econômica “folgada”, devido aos ganhos com os royalties da produção de petróleo e gás natural. Consequentemente, com capacidade própria de investimentos em saúde, educação e infraestrutura.

c) Coari tem características que tornam o município extremamente adequado a sustentar um curso de Medicina calcado em Atenção Básica e Medicina Rural. A rede de assistência do SUS é surpreendentemente boa, com unidades básicas, ambulatório secundário (Policlínica) e Hospital, que funcionam com boa estrutura física, equipamentos e pessoal técnico. A atenção médica rural é satisfatória, com cobertura, através de unidades ribeirinhas assistidas por um sistema itinerante (“ambulanchas”) de visitas e resgate. Populações indígenas têm boa

representatividade no município. A comunidade local manifesta forte receptividade à implantação do curso de Medicina; e

d) A UFAM desenvolve importantes atividades educacionais na área da saúde no município, há mais de trinta anos. O Instituto de Saúde e Biotecnologia de Coari (ISB/UFAM) oferece, atualmente, cursos de graduação em Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Biotecnologia e Genética. O município já recebe alunos do programa de residência médica (Medicina da Família e Comunidade), alunos de graduação de Medicina (internato rural) e médicos do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB), cuja integração com o SUS é ampla e funcional.

Para finalizar, o conjunto de perguntas e respostas, abaixo, auxiliaram no entendimento da razão de ser do presente Projeto Político Pedagógico.

Primeira pergunta: quais as necessidades dos usuários, cidadãos e populações diversas, as quais os egressos do curso servirão? Resposta em poucas palavras: acesso e qualidade. Os usuários necessitam de uma rede capilarizada de atenção básica, disponível, receptiva e resolutiva, que remeta aos níveis secundário e terciário, sempre que preciso. Evidentemente, cabe à Federação, aos Estados e Municípios proverem e suprirem a rede física; instalá-la onde não existe; recuperá-la quando sucateada. E à Universidade cabe cumprir sua premissa maior de formação profissional, graduando médicos capazes de atender, com resolutividade, as demandas da atenção primária; capazes de lidar com diferentes populações, nos mais diferentes ambientes geográficos e culturais; e, acima de tudo, imbuídos de compromisso e responsabilidade social. Essa é a missão. E, ainda, continuar formando, ao nível de pós-graduação, *lato ou stricto senso*, os especialistas necessários à integralidade do atendimento.

Segunda pergunta: como esse curso é diferente de outros cursos no mesmo tema? Resposta: o modelo tradicional de cursos de Medicina moldou-se, em meados do século XX, em bases técnicas estritas, conforme prescrição do educador americano Abraham Flexner, tendo como cenário de ensino-aprendizagem a sala de aula, o laboratório e o hospital. No fim do século XX, o modelo foi “impregnado” pelo impositivo tecnológico-industrial. O foco passa a mudar quando a dimensão social e a práxis comunitária incorporam-se à estrutura curricular. O objetivo do curso deixa de ser, prioritariamente, tratar a doença complexa, e passa a ser o atendimento às necessidades sociais, tendo como prioridade a atenção primária, inserida em um

sistema regionalizado e hierarquizado como o SUS. Esse “novo” modelo não é rigorosamente novo, nem foi inventado nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014. Experiências exitosas prévias existem em vários países e estados brasileiros. Não obstante, o curso de Coari é diferente de cursos “tradicionais” por condicionar-se às necessidades epidemiológicas; por inserir-se, integralmente, à rede-sistema; por enfatizar a atenção primária; pela fluidez do ensino nos níveis hierárquicos; e pela ambiência rural, sem nunca perder de vista o embasamento molecular e o suporte tecnológico, sempre e sempre necessário.

Terceira pergunta: por que esse currículo nessa instituição? Resposta: esse currículo atende às novas Diretrizes de Graduação em Medicina e contempla as peculiaridades regionais da Amazônia. Insere o aluno, de maneira intensa e precoce, na rede básica; imerge o aluno no contato comunitário e no aprendizado interprofissional; expõe o aluno a localidades rurais e áreas remotas; resguarda a face humanística da relação médico-cidadão; e constrói-se no alicerce sólido da ciência e da tecnologia. Esse curso, moldado à terra amazônica, teria, necessariamente, que partir da Amazônia. E a Universidade Federal é aqui pioneira e audaz. A escolha de Coari insere o curso no contexto regional pleno, resgatando nossas raízes históricas, sociais e culturais; mantendo, como pano de fundo, a floresta e sua irresistível vocação fluvial.

5.2.4 O Projeto Político Pedagógico do curso de medicina de Coari (PPC)

Abaixo, transcrevemos os principais aspectos do PPC.

...Bases Legais

Entre as principais disposições legais que nortearam a constituição deste Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina, citamos:

- Constituição Federal de 1988, quando define, em seu artigo 196:

A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

- Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e as alterações introduzidas pelas leis de números 9.836/1999, 10.424/2002, 11.108/2005, 12.401/2011 e 12.864/2013, dispendo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

- Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, também conhecida como Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que apresenta a perspectiva de organização de trajetórias de formação, com fundamento em

diretrizes gerais e não em currículos mínimos, representando o passo definitivo para a flexibilização curricular, para a abordagem interdisciplinar e multidisciplinar.

- Parecer CES/CNE nº 1.133/2001 e Resolução CNE/CES nº 4/2001, que tratam das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, oferecendo, definitiva e objetivamente, as bases da transformação do ensino médico no Brasil.

- Portaria MEC/SESU nº 109, de 5 de junho de 2012, ao dispor sobre a expansão de vagas em cursos existentes de Medicina e a criação de novos cursos de Medicina em Universidades Federais.

- Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos, na área médica, para o Sistema Único de Saúde (SUS).

- Documentos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), em especial, no que se refere ao esforço e ao compromisso das nações, discutindo políticas públicas em saúde para acelerar o progresso no sentido de atingir os objetivos do milênio, promover a cobertura universal em saúde e identificar as prioridades no desenvolvimento em saúde pós-2015.

- Quanto ao campo de atuação e regulamentação profissional, a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina; define a saúde do ser humano e das coletividades humanas como objeto da atuação do médico; descreve as atividades privativas deste profissional e estabelece que a denominação “médico” é privativa dos graduados em cursos superiores de Medicina e o exercício da profissão, dos inscritos no Conselho Regional de Medicina, com jurisdição na respectiva unidade da Federação.

- Parecer CNE/CES nº 116/2014 e Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização, desenvolvimento e avaliação do Curso de Medicina, no âmbito dos sistemas de ensino superior do país, estabelecendo os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em Medicina com carga horária mínima de 7.200 (sete mil e duzentas) horas e prazo mínimo de 6 (seis) anos para sua integralização.

- Lei nº 13.005 de 25 de junho de 2014, que instituiu o novo Plano Nacional de Educação (PNE), para o decênio 2014-2024.

...Perfil do Profissional a Ser Formado

- De acordo com o que preconiza o Parecer CNE/CES nº: 116/2014, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Cursos Medicina, este PPC apresenta o Perfil do Médico Profissional, com formação geral, 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; e como promotor da saúde integral do ser humano.

- Para que este perfil profissional se concretize, essa formação deverá ser baseada, a partir do desenvolvimento de competências e habilidades a serem alcançadas, através da aplicação de um conjunto de ações e desempenhos específicos, relacionados às três grandes áreas de atuação e suas subáreas: Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; Educação em Saúde.

...Competências e Habilidades

Assim, cabe esclarecer que neste PPC, “competência” diz respeito a um conjunto de conhecimentos (saberes), habilidades (saber-fazer, ou seja, estão relacionadas à prática) e atitudes (saber-ser, visto que envolvem

aspectos éticos, como: cooperação, solidariedade, participação, etc.). Supõe-se que as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) podem ser desenvolvidas por meio dos conteúdos programáticos das disciplinas que fazem parte da Matriz Curricular do Curso. Os conteúdos podem ser abordados em três categorias: Conteúdos Conceituais, Conteúdos Procedimentais e Conteúdos Atitudinais.

Os Conteúdos Conceituais, Procedimentais e Atitudinais estão relacionados aos Quatro Pilares da Educação para o Século XXI, declarados pela UNESCO: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver, aprender a ser. Estes pilares não podem ser dissociados um do outro.

Sabe-se que todos os conteúdos necessitam de uma base teórica, denominados conceitos, daí a importância dos Conteúdos Conceituais (científicos, intelectuais, filosóficos, calculistas ou de outros parâmetros). Os conceitos desenvolvem a parte cognitiva do ser, ou seja, o intelecto, o raciocínio, a dedução, a memória, proporcionando a construção do conhecimento.

Quando o ser colocar em prática o conhecimento que adquiriu com os Conteúdos Conceituais, diz-se que está utilizando os Conteúdos Procedimentais. Estes também são de caráter profissionalizante. Com estes Conteúdos Procedimentais, o estudante compreende o ofício de determinadas profissões, desenvolvendo as habilidades específicas necessárias para o exercício das mesmas. Os Conteúdos Procedimentais são caracterizados pelo avanço do conhecimento proporcionado através da experiência do fazer.

Os Conteúdos Atitudinais são aqueles necessários à vivência do ser com o mundo que o rodeia e dizem respeito às normas e valores, mas, também, só é desenvolvido, na prática, se houver uso contínuo. O desenvolvimento de competências para os fins da formação médica é compreendido como sendo a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com oportunidade, pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde. Assim, a mobilização de capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras, dentre outras, promove uma combinação de recursos que se expressa em ações diante de um problema. As ações são traduzidas por desempenhos, que refletem os elementos da competência: as capacidades, as intervenções, os valores e os padrões de qualidade, em um determinado contexto da prática. Traduzem a excelência da prática médica nos cenários do SUS.

Deste modo, a competência médica é alcançada pelo desenvolvimento integrado de três áreas de competência: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Cada área é representada por um conjunto de ações-chave que traduzem a prática profissional.

Os desempenhos descritos, a seguir, foram agrupados por afinidade, em relação à ação-chave, e representam a integração das capacidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais, em cada uma das áreas de competência.

ÁREA DE COMPETÊNCIA: Atenção à Saúde Subáreas:

I - Atenção às necessidades individuais de saúde - Compõe-se de duas ações-chave e respectivos desempenhos:

- (A) Identifica necessidades de saúde;
- (B) Desenvolve e avalia planos terapêuticos.

II - Atenção às necessidades coletivas de saúde: compõe-se de duas ações-chave e respectivos desempenhos:

- (A) Investiga problemas de saúde coletiva;
- (B) Desenvolve e avalia projetos de intervenção coletiva.

I - Atenção às necessidades individuais de saúde:

A. Ação-Chave: Identifica necessidades de saúde.

a. Desempenho - Realiza história clínica

Estabelece uma relação profissional ética no contato com as pessoas sob seus cuidados, familiares e/ou responsáveis. Identifica situações de

emergência, desde o início do contato, atuando de modo a preservar a saúde e a integridade física e mental das pessoas sob cuidado. Orienta o atendimento às necessidades de saúde das pessoas sob seus cuidados. Usa linguagem compreensível, estimulando o relato espontâneo e cuidando da privacidade e conforto da pessoa sob seus cuidados. Favorece a construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas trazidos pela pessoa sob seu cuidado e responsáveis. Identifica motivos ou queixas, evitando a explicitação de julgamentos, e considera o contexto de vida e os elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos-culturais, relacionados ao processo saúde-doença. Orienta e organiza a anamnese, utilizando o raciocínio clínico-epidemiológico e a técnica semiológica. Investiga sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares. Registra os dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível.

b. Desempenho - Realiza exame físico

Esclarece os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos e obtém consentimento da pessoa sob seu cuidado ou responsável. Cuida da segurança, privacidade e conforto dessa pessoa, ao máximo possível. Mostra postura ética e destreza técnica na inspeção, palpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a singularidade étnico-racial, gênero, orientação sexual e linguístico-cultural e identidade de gênero. Esclarece à pessoa ou responsável os sinais verificados e registra as informações no prontuário, de modo legível.

c. Desempenho - Formula hipóteses e prioriza problemas.

Estabelece hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e dos exames clínicos. Fórmula e prioriza os problemas da pessoa sob seus cuidados, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes. Informa e esclarece suas hipóteses, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob cuidados, familiares e responsáveis.

d. Desempenho - Promove investigação diagnóstica

Solicita exames complementares com base nas melhores evidências científicas, avaliando a possibilidade de acesso da pessoa sob seu cuidado aos testes necessários. Avalia condições de segurança para essa pessoa, bem como a eficiência e efetividade dos exames. Interpreta e relaciona os resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados. Registra e atualiza, no prontuário, a investigação diagnóstica, de forma clara e objetiva.

B. Ação-Chave: Desenvolve e avalia planos terapêuticos

a. Desempenho - Elabora e implementa plano terapêutico

Elabora planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de modo contextualizado. Discute o plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas. Busca dialogar sobre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável, com as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando-a a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado. Pactua as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário. Implementa as ações pactuadas e disponibiliza prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento e/ou encaminha a pessoa sob cuidados, com justificativa. Informa situações de notificação compulsória aos setores responsáveis.

Visando a formação de médico com competências amplas e ampla resolutividade, apto a assumir o posto de médico único em município isolado, o curso propõe-se a oferecer capacitação em habilidades cirúrgicas essenciais e em manuseio de equipamentos diagnósticos estratégicos, que listamos na ementa da disciplina INTERNATO.

b. Desempenho - Acompanha e avalia planos terapêuticos. Acompanha e avalia a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação da pessoa sob seus cuidados e responsáveis, em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas. Favorece o envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos. Revê diagnóstico e o plano terapêutico, sempre que necessário. Explica e orienta os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão da pessoa sob seus cuidados e de seus responsáveis. Registra o acompanhamento e a avaliação do plano, no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientado ao cuidado integral.

C. Ação-Chave: Investiga problemas de saúde coletiva

a. Desempenhos

Analisa as necessidades de saúde de grupos e as condições de vida e de saúde de comunidades, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando as dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde. Acessa e utiliza dados secundários ou informações que incluam o contexto cultural, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e determinantes no processo saúde-doença. Relaciona os dados e as informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos e socioeconômico-culturais, relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de coletivos. Estabelece diagnósticos de saúde e prioriza problemas, segundo sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política da situação.

C. Ação-Chave: Desenvolve e avalia projetos de intervenção coletiva

a. Desempenhos

Participa da discussão e construção de projetos de intervenção em coletivos, de modo orientado à melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade e à redução de riscos, danos e vulnerabilidades. Estimula a inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos. Promove o desenvolvimento de planos orientados aos problemas priorizados. Participa da implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade. Participa da avaliação dos projetos, prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva.

...ÁREA DE COMPETÊNCIA: Gestão em Saúde

A área compõe-se de duas ações-chave e respectivos desempenhos:

(A) Organiza o trabalho em saúde;

(B) Acompanha e avalia o trabalho em saúde.

A. Ação-chave: Organiza o trabalho em saúde

a. Desempenho - Identifica problemas no processo de trabalho

Identifica oportunidades e desafios na organização do trabalho em saúde, considerando as diretrizes do SUS. Utiliza diversas fontes para identificar problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais, bem como a análise de indicadores e do modelo de gestão. Participa da priorização de problemas, identificando a relevância, magnitude e urgência, as implicações imediatas e potenciais, a estrutura e os recursos disponíveis. Mostra abertura para ouvir opiniões diferentes da sua e respeita a diversidade de valores, de papéis e de responsabilidades no cuidado à saúde. Trabalha de modo colaborativo, em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional.

b. Desempenho - Elabora e implementa planos de intervenção

Participa da elaboração de planos de intervenção para o enfrentamento dos problemas classificados prioritariamente, visando melhorar a organização do

processo de trabalho e da atenção à saúde. Apoiar a criatividade e a inovação na construção de planos de intervenção. Participa da implementação das ações, favorecendo a tomada de decisão, baseada em evidências científicas, na eficiência e efetividade do trabalho em saúde. Participa da negociação de metas para os planos de intervenção, considerando os colegiados de gestão e de controle social.

B. Ação-Chave: Acompanha e avalia o trabalho em saúde

a. Desempenho - Gerencia o cuidado em saúde

Promove a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS. Utiliza as melhores evidências e os protocolos e diretrizes, cientificamente reconhecidos, para promover o máximo benefício à saúde das pessoas e coletivos, segundo padrões de qualidade e de segurança na atenção à saúde. Favorece a articulação de ações, profissionais e serviços, apoiando a implantação de dispositivos e ferramentas que promovam a organização de sistemas integrados de saúde.

b. Desempenho - Monitora planos e avalia o trabalho em saúde
Participa de espaços formais para reflexão coletiva sobre o processo de trabalho em saúde e os planos de intervenção. Monitora a realização de planos, identificando conquistas e dificuldades. Avalia o trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação/certificação. Utiliza os resultados para promover ajustes e novas ações, mantendo os planos permanentemente atualizados e o trabalho em saúde em constante melhoria. Faz e recebe críticas, de modo respeitoso, valorizando o esforço de cada um e favorecendo a construção de um ambiente solidário de trabalho. Estimula o compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa da cidadania e do direito à saúde.

...ÁREA DE COMPETÊNCIA: Educação em Saúde

A área compõe-se por três ações-chave respectivos desempenhos:

(A) Identifica necessidades de aprendizagem individuais e coletivas;

(B) Promove a construção e socialização de conhecimento;

(C) Promove o pensamento científico e crítico e apoia a produção de novos conhecimentos.

A. Ação-Chave: Identifica necessidades de aprendizagem individuais e coletivas

a. Desempenhos

Estimula a curiosidade e o desenvolvimento da capacidade de aprender com todos os envolvidos, em todos os momentos do trabalho em saúde. Identifica necessidades de aprendizagem próprias das pessoas sob seus cuidados e dos responsáveis, dos cuidadores, familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um.

B. Ação-chave: Promove a construção e socialização de conhecimento

b. Desempenhos

Mostra postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática. Escolhe estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas, considerando a idade, escolaridade e inserção sociocultural das pessoas. Orienta e compartilha conhecimentos com as pessoas sob seus cuidados, responsáveis, familiares, grupos e outros profissionais, respeitando o desejo e o interesse desses, no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde. Estimula a construção coletiva de conhecimento, em todas as oportunidades do processo de trabalho, favorecendo espaços formais de educação continuada e participando da formação de futuros profissionais.

C. Ação-Chave: Promove o pensamento científico e crítico e apoia a produção de novos conhecimentos

c. Desempenhos

Utiliza os desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses, buscando dados e informações. Analisa, criticamente, fontes, métodos e resultados, no sentido de avaliar evidências e práticas no cuidado, na gestão do trabalho e na educação de profissionais de saúde, pessoa sob cuidados, famílias e responsáveis. Identifica a necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde e em Medicina, a partir do diálogo entre sua própria prática e a produção científica, além de levar em consideração o desenvolvimento tecnológico disponível. Favorece ou participa do desenvolvimento científico e tecnológico, voltado para atenção às necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade.

...Objetivos do Curso Medicina

Os objetivos desses cursos estão de acordo com Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina – Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.

...Objetivo Geral do Curso Medicina

O Curso de Graduação em Medicina, por meio de seu Projeto Pedagógico, tem como objetivo geral:

FORMAR o graduado em Medicina, fundamentado numa formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

...Objetivos Específicos do Curso Medicina

A formação do médico, mediante a articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para o exercício profissional, tem seus objetivos específicos definidos e relacionados às três áreas de competências, que visam desenvolver uma prática médica competente, pautada nos seguintes princípios:

I- Atenção à saúde

O direito à saúde e à qualidade de vida devem ser defendidos como valores de cidadania e de dignidade humana. As capacidades de atenção à saúde conformam uma área do perfil de competência médica orientada à defesa do (a):

a) Acesso universal e equidade em saúde, como um direito igualitário de cidadania, sem privilégios ou preconceitos de qualquer espécie, e deve ser produzida, de forma justa pelo SUS, segundo prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, de acordo com as necessidades de cada pessoa. Implica considerar as desigualdades para tratá-las com equidade.

b) Integralidade e humanização do cuidado - A prática médica deve ser realizada de forma integrada e contínua às demais ações profissionais e instâncias do sistema de saúde, com respeito à dignidade e à liberdade de escolha das pessoas. A produção do cuidado deve ser humanizada e deve estimular o autocuidado, reconhecendo as pessoas sob cuidado como

construtores ativos de sua saúde, portadores de desejos e saberes, além de necessidades, o que requer uma construção compartilhada de projetos terapêuticos.

c) Qualidade e segurança - A qualidade e a segurança da atenção à saúde devem ser promovidas pela utilização de diretrizes e protocolos clínicos e de normas técnicas para a realização de processos e procedimentos, como um esforço coletivo e permanente para a redução de riscos e danos às pessoas e aos profissionais.

d) Preservação da biodiversidade ambiental com sustentabilidade e melhoria da qualidade de vida - As políticas ligadas à sustentabilidade e à preservação da vida no planeta devem induzir à incorporação de novos hábitos e práticas de saúde. A avaliação do impacto ambiental do desenvolvimento tecnológico na saúde é a base para a construção de soluções ou alternativas para minimizar os efeitos da própria prática no ambiente e na saúde.

e) Ética profissional - Os princípios da ética/bioética devem fundamentar a prática médica, levando-se em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas com o enfrentamento do problema de saúde, tanto no âmbito individual como coletivo. O compromisso e o respeito social devem estar presentes em todos os momentos do trabalho em saúde.

f) Promoção da saúde - Deve ser levada a cabo, como estratégia de promoção da saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde.

g) Cuidado centrado na pessoa sob cuidados, na família e na comunidade deve prevalecer no trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidados, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado.

II –Gestão em Saúde

Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de gerenciamento e administração que visem articular sua atuação ao trabalho de outros profissionais de saúde, serviços e instituições. Como o sistema de saúde visa responder às necessidades de saúde individuais e coletivas, a organização dos serviços e a articulação de recursos devem produzir qualidade, segurança e eficiência na atenção à saúde. A liderança democrática e o trabalho em equipe devem ser colocados a serviço do compromisso social e da defesa ao direito à saúde. As capacidades de gestão conformam uma área do perfil de competência médica, voltadas à (ao):

a) Gestão do cuidado – O uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, para promover a organização de Sistemas Integrados de Saúde, com uma visão ampliada da clínica, para articular ações, profissionais e serviços, visando o máximo benefício à saúde das pessoas, dentro dos recursos disponíveis, segundo os melhores padrões de qualidade e segurança.

b) Valorização da vida – A melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e mortalidade devem ser os resultados que orientem a gestão em saúde, considerando as condições evitáveis e o conhecimento científico e a tecnologia disponíveis. Independentemente da especialidade, os profissionais devem ser propositivos e resolutivos na condução de problemas de saúde.

5.3 Análise crítica-reflexiva do Projeto Pedagógico de Curso (PPC) do curso de medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB)

Ao estudarmos o PPC, observamos que o curso adotou regime de créditos. A estruturação curricular utiliza a lógica de organização de conhecimento em períodos letivos. Tem duração mínima de 12 e máxima de 18 períodos letivos. O aluno precisa integralizar 8.115 horas-aula, equivalentes a 312 créditos. Assim, aos acadêmicos, que cumprirem toda a carga horária, lhes será conferido o grau de Bacharel em Medicina

Desta forma, dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional de médico, a organização curricular deste Projeto Pedagógico de Curso propõe a formação do graduado em Medicina organizada em três áreas de competências ou eixos de formação:

- Atenção à Saúde;
- Gestão em Saúde; e
- Educação em Saúde.

O PPC vem atendendo às novas diretrizes curriculares, em que 30% das aulas estão sendo desenvolvidas com atividades voltadas para atenção primária em saúde. Do total de 8.115 horas do curso, 1.555 horas estão destinadas à disciplina de Família e Comunidade, do primeiro ao oitavo período.

Buscando atender o que muitos estudos de formação médica, a qual está voltada para as necessidades da população, as novas DCN propõem equilibrar o foco de formação médica que não seja “hospitalocêntrico”. Desta forma, (Vieira et al.⁴⁰, 2018) aponta que:

Apesar das proposições e avanços nos últimos anos, estudos e avaliações do ensino médico contemporâneo mostram que a maioria dos cursos de Medicina no País possui o modelo de formação predominantemente fragmentado no ensino das especialidades, seguindo as proposições do Relatório Flexner, orientado majoritariamente para atenção hospitalar, com formação mecanicista, biologicista e individualizante, e com necessidade de maior aproximação dos estudantes com as práticas em território, como é o caso da atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) (Vieira et al.⁴⁰, 2018).

O PPC do ISB vem buscando atender a tendência nacional de reformulação dos currículos médicos. Corroborando com esses dados, no artigo de (Vieira et al.⁴⁰, 2018), observa-se que:

O fortalecimento de sistemas nacionais de saúde, que se baseiam em uma APS robusta, passa por questões cruciais, tal como a formação de profissionais de saúde com o preparo adequado para atuar nesse ponto da atenção. A APS, enquanto estratégia adotada para reorientação do SUS e sua conseqüente expansão, impulsionou para a maior necessidade de formar profissionais aptos para atuar no trabalho em equipe multiprofissional na busca da integralidade do cuidado. Assim, se por um lado um nó crítico para o fortalecimento da APS é a provisão de profissionais (sobretudo médicos) para atuação nas unidades básicas de saúde, por outro, a qualificação e adequação da formação médica para a APS também se faz imperativa (Almeida-Filho⁴¹, 2015).

Vieira et al.⁴⁰ (2018), que realizou pesquisa com cursos de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, evidenciou que há heterogeneidade quanto à abordagem de conteúdos referentes à Atenção Primária à Saúde (APS) na estrutura curricular dos cursos. Outro achado se deve à tendência de descontinuidade dessas disciplinas, que se concentram nos primeiros anos de formação e depois são retomadas no internato. Há, então, além de uma lacuna durante a graduação médica, baixa conexão entre os conteúdos teóricos e práticos.

Em seu texto, as novas diretrizes apontam orientações voltadas para o desenvolvimento de competências interprofissionais colaborativas e enfatizam que o graduando em Medicina deverá aprender, interprofissionalmente, a partir da troca de saberes com alunos e profissionais das diversas categorias da área da saúde, pressupostos basilares da Educação Interprofissional em Saúde (EIP) (Vieira et al.⁴⁰, 2018).

Apesar de constar no PPC que o curso deve utilizar Metodologia Ativa de Ensino e Aprendizagem, os avaliadores externos detectaram, na última avaliação realizada em novembro de 2018, o descrito na citação abaixo.

Outro ponto enfatizado com veemência pelos avaliadores do MEC é a metodologia de ensino adotada, considerada “tradicional” e “flexneriana”, quando deveria ser, preferencialmente, PBL (sic). Questionou-se a necessidade de contratar um rol de “especialistas” de áreas específicas, admitindo-se que as cinco especialidades básicas dariam conta das necessidades essenciais de um curso focado em atenção primária, incluindo o internato. Algumas poucas especialidades seriam exceção. Essa estratégia permitiria uma abordagem matricial, com os professores das áreas básicas apoiando e supervisionando os médicos da rede, atuantes como tutores e

preceptores, sem obrigação de aulas teóricas e lançamento de notas, em consonância com o COAPES. O aluno teria inserção “precoce e intensa” na rede, não como espectadores, mas como protagonistas (Propostas de Adequações ao Curso de Medicina de Coari - ISB⁴², 2018).

Nas entrevistas com os docentes que fazem parte do quadro do Curso de Medicina do ISB, fica bem claro que alguns deles tiveram formação específica para atuar com metodologia ativa, mas a grande maioria não possui nenhuma formação para desenvolver o que propõem o PPC. Ademais, todos foram unânimes em mencionar que o ISB não ofereceu nenhum preparo ou treinamento pedagógico. Vejamos algumas respostas:

“Não, não houve nenhum treinamento pedagógico não, a gente teve uma aula inicial, é... acho que foram dois dias talvez, mas em aspectos burocráticos administrativos”. (Entrevistado 1)

“Não! Não houve nenhum treinamento. Eu li e estudei informações teóricas e, em cima disso, com a nossa criatividade, fomos aplicando essa metodologia de forma prática para nossos alunos” (Entrevistado 4)

“Não! Nenhum treinamento. Todos os... toda a bagagem que a gente trouxe pra universidade. Então, poucos tinham essa experiência com metodologia. Todos foram ... é... toda experiência veio de fora, que a gente introduziu no curso.” (Entrevistado 5)

Em documento interno produzido pelos docentes, coordenadores, direção do ISB e alunos, durante a última visita realizada pela Comissão de Avaliação Médica do MEC (CAMEM) e realizada no mês de novembro de 2018, fica claro que existem pontos importantes a serem trabalhados na reorganização do curso de Medicina de Coari. Vejamos a citação abaixo.

A concepção pedagógica do curso foi considerada boa pelos atuais avaliadores do CAMEM, pois incorpora as prescrições das Diretrizes de 2014. Esse é o ponto forte: o enfrentamento de um desafio bem brasileiro e amazônico, que é prover saúde, qualidade de vida e cidadania a populações historicamente abandonadas pelo determinismo econômico e geográfico.

- O curso de Medicina do ISB-Coari tem uma identidade eminentemente amazônica. São características da Amazônia brasileira uma baixa densidade demográfica e grandes distâncias entre os agrupamentos humanos. Distâncias que devem ser vencidas por transporte fluvial ou aéreo. O curso de Medicina deve incorporar, em todas as disciplinas, práticas e reflexões que levem os estudantes a desenvolver uma compreensão adequada dessa realidade e habilidades que os capacitem a trabalhar no ambiente amazônico.

- Há uma disciplina optativa no plano pedagógico do curso (PPC) que contempla essa particularidade amazônica: Saúde Indígena. Mas em várias

disciplinas obrigatórias o enfoque amazônico deve ser aprofundado (por exemplo, alimentos amazônicos em pediatria; incorporar atendimento na UBS fluvial em todas as disciplinas clínicas, etc.).

Podemos observar que existem algumas incongruências em cargas horárias de algumas disciplinas, como é o caso da Família e Comunidade: disciplina a qual foi programada para ser ministrada em 8 períodos (4 anos). Na visão de alguns, é uma disciplina com uma carga horária excessiva.

5.4 Processo de captação de docentes

Desde a abertura do curso no ano de 2016, a UFAM lançou três editais para preenchimento de vagas para docência do curso de Medicina de Coari.

O primeiro edital, lançado pela Pró-reitoria de Gestão de Pessoas, PROGESP/UFAM, ocorreu no mês de dezembro de 2015, sob número 076/2015. As primeiras vagas oferecidas estão relacionadas nas Tabelas 2 e 3.

Para fins didáticos nesta dissertação, iremos convencionar em chamar "Docentes não Médicos" os docentes que estão desenvolvendo atividades no ciclo básico do curso de Medicina. São biólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, bioquímicos e outros.

Quando passamos a analisar os dados do processo de captação de docentes, para Docentes não Médicos e Docentes Médicos, observamos uma grande diferença no preenchimento dessas vagas. Todas as vagas oferecidas para disciplinas de áreas básicas, com 40 horas semanais e com dedicação exclusiva para Docentes não Médicos, foram preenchidas (Tabela 2).

Nas vagas ofertadas para Docentes Médicos, o cenário muda drasticamente. Apenas 21 % das vagas foram preenchidas. Do total de 21 vagas, apenas 4 (quatro) foram preenchidas no primeiro edital para o funcionamento do curso de Medicina do ISB/UFAM.

No consolidado final das vagas oferecidas no Edital 076/2015 e as vagas efetivamente preenchidas com a efetiva posse do docente, temos:

Tabela 2 - Distribuição de vagas para Docentes não Médicos do Curso de Medicina - ISB/UFAM 2015

Área de Atuação	Vagas Ofertadas	Vagas preenchidas
Anatomia	02	02
Genética	01	01
Bioquímica	01	01
Biofísica	01	01
Citologia/Histologia	01	01
Farmacologia	01	01
Enfermagem	01	01
Fisiologia	01	01
Comunicação	01	01
Saúde da Família	01	01

Fonte: O autor (2019)

Tabela 3 - Distribuição de vagas para Docentes Médicos do Curso de Medicina - ISB/UFAM 2015

Área de Atuação	Vagas Oferecidas	Vagas Preenchidas
Saúde da Família	09	1
Infectologia	01	1
Cardiologia	01	0
Diagnóstico por Imagem	01	0
Cirurgia Geral	02	0
Ortopedia	01	1
Patologia	01	0
Neurologia	01	0
Endocrinologia	01	0
Gastroenterologia	01	1
Ginecologia e Obstetrícia	01	0
Pediatria	01	0

Fonte: O autor (2019)

Quando analisamos a titulação dos Docentes Médicos, também observamos uma diferença importante quando comparado aos Docentes não Médicos.

Observamos que o número de vagas oferecidas para os docentes de áreas básicas (Não Médicos) foram 100% preenchidas. Na sua maioria, 54 % das vagas, preenchidas por professores com titulação de Doutorado.

Dos 21% de vagas preenchidas para Docentes Médicos, 100% tinham algum tipo de especialização (Pós-Graduação ou Residência Médica). Nenhum médico admitido, no primeiro edital, possuía titulação acadêmica do tipo *stricto sensu*.

Buscando dar prosseguimento ao provimento de pessoal para o cargo de docente do curso de Medicina do ISB/UFAM, a PROGESP lançou o seu segundo edital sob número 047/2017, com as vagas distribuídas por área da Medicina, bem como as respectivas áreas, conforme Tabela 4 abaixo.

No segundo Edital (047/2017), que foi lançado cerca de 18 meses após o primeiro edital para o curso de Medicina (Edital - 076/2015), mais uma vez observamos que uma vaga destinada a Docente não Médico, neste caso, professor de anatomia, foi preenchida. Quanto aos Docentes Médicos, foram ofertadas 18 (dezoito) vagas para as diversas especialidades médicas. Entretanto, só foram preenchidas 3 (três) vagas, perfazendo uma porcentagem extremamente baixa de ocupação das vagas, equivalente a 16%.

Tabela 4 - Distribuição de vagas para docentes do Curso de Medicina - ISB/UFAM - Edital 047/2017

Área de Atuação	Vagas Oferecidas	Vagas preenchidas
Saúde da Família	09	01
Cirurgia Geral	02	0
Neurologia	01	0
Endocrinologia	01	0
Ginecologia	01	01
Pediatria	01	01
Cardiologia	01	0
Anatomia	01	01
Diagnóstico por imagem	01	0
Patologia	01	0
Total Final	19	04

Fonte: O autor (2019)

Quando analisamos os dados dos dois concursos públicos realizados para preenchimentos de vagas (o terceiro está em curso neste momento da elaboração deste trabalho), observamos que todas as vagas destinadas aos docentes de áreas básicas, tais como Citologia/Histologia, Genética, Farmacologia, Anatomia, Fisiologia, Bioquímica, Biofísica, Comunicação e Enfermagem foram preenchidas. Vale salientar que mais de 60% das vagas foram preenchidas por docentes com titulação de

Doutorado, evidenciando a disponibilidade desses profissionais no mercado de trabalho, favorecendo sua captação para a formação médica. Esta evidência é corroborada com dados registrados internamente no relatório de avaliação do curso de Coari, de acordo com a citação abaixo.

Constatamos que a formação de um corpo docente altamente qualificado para o ensino de disciplinas não-clínicas não foi uma dificuldade para o curso de Medicina. Esse período de disciplinas não-clínicas compreende parte dos primeiros 3 períodos do curso (Disciplinas: Família e Comunidade 1, Anatomia com relevância clínica, Morfologia e Função 1, Família e Comunidade 2, Morfologia e Função 2, Ataque e Defesa, Família e Comunidade 3, Propedêutica 1, Técnica operatória e cirurgia experimental, Patologia geral) (Propostas de Adequações ao Curso de Medicina de Coari - ISB⁴², 2018).

Quando passamos a analisar os dados dos Docentes Médicos, observamos a grande dificuldade por parte da gestão do Instituto de Saúde e Biotecnologia – ISB quanto à captação desses médicos docentes.

Nos dois concursos públicos já concluídos para esse fim, do total inicial de 19 vagas ofertadas, em janeiro de 2016, passados 3 anos, apenas 7 vagas foram preenchidas, dificultando sobremaneira a condução da formação médica na área interiorana da Amazônia.

Nas entrevistas realizadas com os docentes do curso de Medicina, podemos extrair algumas falas que vêm confirmar com os dados analisados dos relatórios internos do curso de Medicina do ISB/UFAM. Vejamos:

“Eu acho que o maior desafio da implantação do curso aqui, todas as questões estruturais e tudo; eu acho que a gente consegue resolver, mas formar um corpo docente aqui tem sido extremamente difícil (...). porque a estratégia, quando se pensou na contratação e o tipo de profissional que a gente pensou, talvez não fosse a mais adequada para o tipo de aluno que a gente quer formar. Ou seja, a gente tem uma ideia mais generalista; uma ideia mais voltada para a atenção primária; e a gente ao tentar recrutar os profissionais, a gente pensou na forma mais tradicional possível, que são os grandes especialistas e as especialidades. Então, esse foi um primeiro ponto: a dificuldade de você contar com especialista no interior. Os especialistas que a gente tem já trabalhavam aqui no município, então a gente não teve ninguém que veio pelo concurso pra trabalhar aqui como especialista” (Docente entrevistado).

“Os especialistas que a gente tem já trabalhavam aqui no município, então a gente não teve ninguém que veio pelo concurso pra trabalhar aqui como especialista. E eu vejo, como estratégia, repensar essa questão do perfil de professores que a gente tem, que a gente quer, perfil de docentes.

Não precisa necessariamente de especialistas, a gente precisa de clínicos, ou, pelo menos, de especialistas nas grandes áreas; não precisa de pediatria, de psiquiatria, de cirurgia, de clínica.” (Entrevistado 1)

A fala de um dos Docentes Médicos, que atua no Curso de Medicina do ISB/UFAM, traz para discussão alguns pontos interessantes para a reflexão dos estudiosos do processo de implantação do curso de Medicina. O modelo formador, levando em consideração as especialidades médicas, é o grande norteador atual da formação médica no Brasil.

“Olha... Se não fossem os professores voluntários que estão ajudando a ministrar as aulas, nós teríamos graves problemas de conseguir professores médicos para o curso de Medicina de Coari... eu acho que a captação desses profissionais não foi falta de concurso, abriram várias vezes aí concursos e as vagas não foram preenchidas.” (Entrevistado 2)

“A realidade atual do curso de Coari reflete uma realidade em que não tem professores porque o mercado de trabalho absorve na cidade. O MEC deveria investir e melhorar a qualidade do curso, senão esse projeto todo pode morrer.” (Entrevistado 3)

“Para não médicos a realidade é diferente, porque eu acho que a questão é uma realidade de mercado. Então, nós temos profissionais em outras áreas em busca de concursos públicos. Então, a gente não tem tanta dificuldade. A dificuldade é outra. Uma vez contratados, como é que a gente integra esses profissionais não médicos dentro da perspectiva do curso de Medicina? Aí, precisa de integração e essa é uma das dificuldades, porque a gente precisa de um corpo docente médico que converse ou que passe a interagir com os professores não médicos. A gente não tem ainda. Então, a gente corre o risco de ter um grupo de professores, onde a maioria não são médicos, muito dissociado da realidade médica. Então, não tem como garantir que nossos estudantes de Medicina. Eles estão aprendendo os assuntos ou discutindo os assuntos mais relevantes para o restante da formação deles. Às vezes, a gente pode ter professores com idiosincrasias que focam em um tema que foi, por exemplo, tema de interesse deles na tese de doutorado e que isso não teria tanta relevância.” (Entrevistado 4).

Quando analisamos os editais do concurso, observamos que as vagas, na sua grande maioria, foram destinadas a médicos especialistas como: Cardiologista, Neurologista, Diagnóstico por Imagem, Ortopedista, Endocrinologia, Ginecologia, Pediatria, Patologia, Medicina de Família e Comunidade. Estas especialidades médicas atenderiam, em tese, várias disciplinas do curso de Medicina, como Propedêutica, Muldidisciplinar I e II, Anatomia, Família e Comunidade.

Durante a visita técnica de avaliação do MEC, em novembro de 2018, o corpo docente e a coordenação do ISB se reuniram e produziram um relatório para o MEC,

no qual é possível ter uma visão ampla dos acontecimentos internos, desde a implantação até os dias atuais, bem como a problemática enfrentada pelo ISB na implantação do Curso de Medicina em Coari. Vejamos alguns trechos que servem para nossa reflexão e análise.

O principal ponto frágil é a dificuldade de contratar e fixar docentes médicos, tornando-se um dos principais desafios e talvez o maior agravante para o desenvolvimento/andamento do curso. Alguns editais (5 editais) foram abertos e não apareceram candidatos; ou apareceram, foram aprovados e não assumiram. Concorre para isso os baixíssimos salários pagos pelo MEC; mesmo médicos para atuar na rede básica, exigindo-se apenas graduação em Medicina, são de difícil captação, pois os salários do programa “Mais Médicos” são bastante mais atrativos. A localização de Coari, em área literalmente remota – 9 horas de Manaus por via fluvial, em lancha “a jato” (sic), e apenas dois voos de linha por semana; comunidades ribeirinhas situam-se a 24 ou 48 horas da sede do município por embarcações rudimentares (“rabeta”); além das condições inóspitas e violentas da cidade, ponto contumaz no tráfico de drogas Colômbia-Manaus, são alguns dos empecilhos (Propostas de Adequações ao Curso de Medicina de Coari - ISB⁴², 2018).

A falta de Docentes Médicos é preocupação em todo o território nacional. Em matéria publicada pelo site do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde fica evidente uma tentativa pública buscando minimizar o problema.

Na tentativa de contornar o déficit de professores de Medicina, os novos cursos previstos no programa federal Mais Médicos aceitarão mais docentes que não fizeram mestrado ou doutorado.

O novo formato de concurso valerá para as universidades federais. Segundo o projeto recém-finalizado pelo governo, esses novos professores farão a pós-graduação ao mesmo tempo em que dão aulas aos alunos da graduação.

O Ministério da Educação afirma que os cursos com esses docentes terão qualidade, pois os professores sem pós-graduação estarão ao lado de outros mais experientes e sob supervisão.

Já o Conselho Federal de Medicina diz que há o risco de esse corpo docente formar médicos “desqualificados”.

O governo Dilma Rousseff (PT) pretende aumentar em 65% o número de vagas em Medicina, até 2017, sob o argumento de que faltam profissionais formados na área.

Antes dessa expansão, a regra geral nas universidades federais era contratar docentes com mestrado ou doutorado – 80% dos professores de Medicina possuem hoje uma dessas pós-graduações.

O mestrado e o doutorado visam dar base ao professor para que ele saiba como ensinar e fazer pesquisa.

Ainda não está definida qual será a proporção de docentes com formação em pós-graduação nos novos concursos, mas o próprio Ministério da Educação dá como certo que será menor.

A explicação é que as novas vagas estarão concentradas onde não há cursos de Medicina, ou seja, com poucos médicos para lecionar. E que mesmo antes da expansão já há dificuldade de contratar esses docentes, mesmo em regiões desenvolvidas (cinco dos nove últimos concursos docentes nas federais em São Paulo terminaram sem aprovados).

O Secretário de Educação Superior do ministério, Paulo Speller, afirma que os cursos começarão com “alguns poucos mestres e doutores”.

Com a formação simultânea dada aos docentes sem pós-graduação, diz o representante do governo, “vai se formando massa docente ao longo do tempo”. Um mestrado dura, em média, dois anos.

A formação desses professores será em instituições de ensino superior próximas, que possuam mestrado ou doutorado, por meio de atividades presenciais e a distância.

“Precisamos considerar que esse novo professor é um médico, que talvez continue com suas atividades e ainda precisa lecionar”, diz Speller (Takahashi⁴³, 2014).

A frustração no provimento desses profissionais médicos, para a docência do curso de Medicina do ISB/UFAM, pode ser explicada pelo fato de o município de Coari estar distante da capital do Amazonas cerca de 360 km em linha reta (via área) e 421 km, via fluvial. Para percorrer esse itinerário, existe transporte regular e diário realizado por via fluvial, através de barco tipo “recreio”, com tempo de duração, em média, de 24 horas (Manaus-Coari), e 18 horas (Coari-Manaus); barco “expresso”, cujo tempo de viagem dura, em média, 9 horas, no trecho Manaus-Coari. Há, ainda, 2 (dois) voos regulares semanais, nos trechos Manaus-Coari e Coari-Manaus.

A distância e a dificuldade logística do município, diferentemente de outras cidades brasileiras, onde existe uma malha viária que permite vencer distâncias com menor prazo, utilizando transporte terrestre com carros, poderiam justificar, parcialmente, a dificuldade para que médicos, os quais residem na capital do estado do Amazonas, em desenvolver suas atividades médicas e de docência na cidade de Coari.

Este estudo corrobora com Oliveira⁴⁴ (2008), que assim descreveu:

Processou-se na região uma penosa mobilidade espacial, com forte migração e contínua expropriação da terra e, assim, ligado a um processo de urbanização. Em vista disso, a Amazônia teve a maior taxa de crescimento urbano no país nas últimas décadas. No curso de 2000, 70% da população na região Norte estava localizada em núcleos urbanos, embora carente de serviços básicos (Oliveira⁴⁴, 2008).

O autor ainda descreve:

...a maioria da população urbana vive de serviços e tem rendimento médio mensal (no início de 2000) muito abaixo do desempenho nacional, só

perdendo para o Nordeste. O índice de educacional da Amazônia Legal é bastante insatisfatório registrando taxa de analfabetismo de 32,7% na população de dez anos ou mais. A situação se torna pior ainda, se comparada aos índices nacionais como, por exemplo, região Sudeste com 9,3% e de 9,1% na região Sul. Outros dados que evidenciam a discrepância educacional entre a Amazônia Legal e as demais regiões do país referem-se aos percentuais de doutores que não chegam a 4% do total existente no país, enquanto 15,6% da população amazônica têm zero de escolaridade. O IDH dos estados amazônicos é o menor do país (Oliveira⁴⁴, 2008).

A cidade de Coari não oferece infraestrutura de uma cidade de maior porte como “shopping centers”, lojas de departamento, escolas privadas de ponta e outras ofertas de serviços que possam atrair os profissionais médicos, uma vez que esses, em sua maioria, pode-se supor, têm formação mais elitizada. Assim considerando, não há interesse por desenvolver a Medicina no interior. No próprio relatório interno de avaliação do curso de Coari, existem recortes importantes para a análise dessas ocorrências. Vejamos.

Faz parte da realidade amazônica, especialmente no estado do Amazonas, uma centralização de recursos humanos e tecnológicos na capital. Esse é o contexto no qual os médicos egressos do curso de Medicina do ISB-Coari devem trabalhar. É natural, portanto, que o curso de Medicina enfrente o desafio da integração capital-interior. Isso faz parte da realidade e não deve ser escamoteado com pretensões de esgotar todos os recursos terapêuticos no interior. Faz parte do dia a dia dos médicos amazonenses providenciar remoções e articular com centros de atenção à saúde na capital. Tendo em vista essa situação, julgamos adequado, e até desejável, que a maior parte do Estágio Curricular Supervisionado (Internato) seja realizada em instituições de referência em Manaus, através de acordos de cooperação entre a UFAM e essas instituições. Nesse tocante, faz-se necessária uma maior articulação e flexibilidade por parte da UFAM sede, assim como dos referidos órgãos, para que estas atividades sejam possíveis (Propostas de Adequações ao Curso de Medicina de Coari - ISB⁴², 2018).

Campos, Machado, Girardi⁴⁻¹⁵ (2009) relatam que essa realidade da Amazônia acaba por gerar menor aptidão para o provimento e fixação de profissionais de saúde. Além dessas dificuldades, os municípios, muitas vezes, sofrem com o fenômeno da concorrência extremamente danosa, entre eles, para a contratação de médicos, em especial, aumentando, em muito, os custos do sistema de saúde, posto que eleva, sobremaneira, a remuneração desses profissionais. Verdadeiras “bolsas de profissionais” são instituídas pela oferta de salários atrativos, tornando-os cada vez

maiores, gerando, por conseguinte, dificuldades em honrar com o pagamento desses, principalmente pelos pequenos municípios (Campos, Machado, Girardi⁴⁻¹⁵ 2009).

O sistema de saúde do município de Coari dispõe de 13 unidades básicas de saúde, com 26 equipes de estratégias de saúde da família. Atualmente, possui 6 médicos pertencentes ao Programa Mais Médicos para o Brasil. Do total das 13 vagas oferecidas pelo Ministério da Saúde, ainda existem 7 (sete) vagas aguardando preenchimento.

Além disso, o sistema municipal de saúde possui 12 médicos clínicos gerais, atendendo nas Unidades Básicas Saúde, além de outros 10 médicos clínicos gerais, atendendo no Pronto Socorro do Hospital Regional de Coari. Quando observamos as especialidades médicas ofertadas no município, regularmente, vemos que, atualmente, o município dispõe de: 3 Ginecologistas, 2 Pediatras, 1 Psiquiatra, 1 Ultrassonografista, 2 Cirurgiões Gerais, 1 Ortopedista, e 3 Médicos Infectologistas.

Se fizermos um quadro comparativo com as especialidades médicas ofertadas pelo Sistema Único de Saúde na cidade de Coari, em janeiro e fevereiro de 2019, e as vagas ofertadas pela PROGESP/UFAM, nos seus três editais (2015 a 2019), teremos:

Quadro 3 - Especialidades Médicas Ofertadas pelo SUS de Coari - AM e Vagas Ofertadas pelos Concursos para Docentes da UFAM

Especialidades - Concurso UFAM	Especialidade Existentes no SUS Coari
Cardiologia	Não
Diagnóstico por imagem	Não
Neurologia	Não
Endocrinologia	Não
Medicina da Família e Comunidade	Não
Ortopedia	Sim
Cirurgia Geral	Sim
Gastroenterologia	Não
Ginecologia	Sim
Pediatria	Sim
Patologia	Não
Infectologia	Sim
Psiquiatria	Sim

Fonte: O autor (2019)

Das 11 (onze) áreas médicas demandadas pelo Projeto Político Pedagógico do curso de Medicina do ISB/UFAM para formação inicial de médicos no interior do estado do Amazonas, apenas 6 (seis) áreas possuem médicos especialistas que atendem no Sistema Único de Saúde da cidade de Coari. Isso, por si só, poderia explicar a baixa procura por parte dos profissionais médicos, haja vista que esses profissionais não estão disponíveis no mercado de trabalho do Sistema Único de Saúde de Coari. Nesse contexto, o curso vem enfrentando seríssimas dificuldades de incluir em seus quadros, até mesmo docentes voluntários, conforme apontam as Propostas de Adequação ao Curso de Medicina de Coari - ISB. 2018.

Poucos são os docentes-médicos que moram na cidade: um professor-efetivo, Dr. Ivan Santos, ortopedista; e os professores voluntários Ricardo Faria e Marcelo Lasmar. Há, ainda, uma professora em licença médica sine die e um professor com comparecimento irregular. Há, também, professores que flexibilizam sua carga horária em períodos de 15 dias, passando os outros 15 dias em Manaus, onde têm compromissos profissionais. Há 3 professores lotados na Faculdade de Medicina de Manaus, que ministram, voluntariamente, aulas em Coari por períodos variáveis (em torno de duas semanas), com aquiescência dos respectivos departamentos. Outros professores lotados em Manaus resistem à ideia de colaborar em Coari, mesmo em aulas por videoconferência (Propostas de Adequações ao Curso de Medicina de Coari - ISB⁴², 2018).

5.4.1 Parceria com a Prefeitura Municipal de Coari e SEMSA

Em Coari, a oferta de saúde pública na cidade é responsável por quase a totalidade do atendimento médico, pois o Sistema de Saúde Suplementar (privado), possui uma rede muito exígua de profissionais, estando restrito, basicamente, às mesmas especialidades médicas já ofertadas pelo SUS local (Clínica Médica, Ultrassonografia, Ginecologia, Pediatria). Nesse sistema privado, alguns profissionais desenvolvem, como forma de complementação da renda, o exercício da Medicina em consultórios e clínicas o que, por si só, não os atraiu para fixarem residência na Cidade de Coari.

Sobre essa parceria, as Propostas de Adequações ao Curso de Medicina de Coari - ISB, 2018, apontam:

Outro problema importante é a integração com a prefeitura municipal, pois há demonstrações de intencionalidade (há até um contrato firmado), mas com pouca efetividade prática, em termos de contratação de recursos humanos (médicos) e ampliação de instalações físicas (UBSs e Hospital Regional). Não

há restrição da presença de alunos na rede e as equipes (médicos e outros profissionais) são receptivos, com raras exceções. Ressalta-se a existência de uma UBS flutuante de excelente qualidade, que atua em áreas ribeirinhas e indígenas (Propostas de Adequações ao Curso de Medicina de Coari - ISB⁴², 2018).

O curso de Medicina de Coari iniciou suas atividades, no dia 16 de outubro de 2016, com a primeira turma de alunos. Pelos registros existentes e entrevistas, não houve tempo hábil para que, de fato, se organizasse um corpo docente, como demonstra a fala de um entrevistado.

“O erro inicial foi o MEC ter pactuado, em 2015, e disponibilizado as vagas para o Processo Seletivo Interior (PSI). Com isso, entrou a primeira turma, em outubro de 2016, sem espaço físico disponível e sem professores contratados e treinados, instalando-se o improvisado para não dizer o caos. O curso sobreviveu graças à colaboração dos professores dos cursos de saúde já instalados no ISB (Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição)”. (Entrevistado 1).

Naquele momento, haviam tomado posse apenas dois Médicos Docentes. Os demais, Docentes não Médicos, para as áreas básicas. Passados 3 anos, com a realização de 3 concursos públicos, esse quadro atual é de 6 (seis) Docentes Médicos concursados, dos quais apenas 3 (três), de fato, estão atuando na docência; os outros três estão afastados por problemas de saúde e em processo de transferência.

A UFAM oferece, em edital para a carreira de magistério superior, neste caso, 20 horas semanais, salário de aproximadamente R\$ 2.000,00 (dois mil reais), valor esse completamente defasado para o mercado médico. Oferece, ainda, cerca de R\$ 1.100 (um mil e cem reais) para um plantão de 12 horas. Deste modo, pode-se afirmar que fica completamente inviável, para o médico, deixar a capital Manaus para vir lecionar na Cidade de Coari.

“Eu acho que o gargalo é agora, terminando o ciclo básico e entrando no ciclo de frequentar o hospital, que seriam as atividades mais voltadas para as subáreas de clínica médica e cirurgia geral; que a gente vai ter problemas com professores tutores para acompanhar esses alunos. Então, hoje, atualmente, além da atividade de logística, de a gente morar no interior, nós temos a dificuldade salarial, ninguém vem para o interior para ganhar esse salário de professor que “tá” sendo pago hoje na universidade federal,” (Entrevistado 2).

Uma das opções para que profissionais médicos especialistas se fixassem na Cidade de Coari, para ministrar aulas no Curso de Medicina, seria a contratação pela

Secretaria Municipal de Saúde, mas não houve, ainda, sinalização por parte da referida secretaria quanto a essa situação.

Praticamente, as mesmas vagas ofertadas, de 2016 a 2018, para as especialidades médicas de Cardiologia, Cirurgia Geral, Diagnóstico por Imagem, Patologia, Endocrinologia e Neurologia não tiveram nenhuma procura para inscrição e, conseqüentemente, não foram preenchidas.

Atualmente, as três turmas de alunos, que vêm cursando Medicina no ISB/UFAM, sofrem, drasticamente, com a falta de docentes. As principais necessidades, nesse atual momento, referem-se às especialidades médicas de Nefrologia e Neurologia.

Para que a primeira turma do curso, que cursa no 6º período, pudesse avançar, conforme estabelece o PPC, alguns arranjos estão sendo feitos, como o envio os alunos para cursar essas disciplinas na Cidade de Manaus, como foi o caso do período 2/2018, em que os alunos da primeira turma tiveram, parcialmente, aulas de Pneumologia, Hematologia, Gastroenterologia e Pediatria na Cidade de Manaus.

Alunos de Patologia da segunda turma tiveram aulas à distância, via telemedicina e, em face do não cumprimento da carga horária, tiveram que realizar a complementação desta, na forma modular, no início do semestre 1/2019, com um docente do ISB que havia retornado do período de afastamento para capacitação.

Na disciplina de Nefrologia, no primeiro semestre de 2019, também foi convidado, a pedido da reitoria, um docente da faculdade de Medicina da UFAM, sede Manaus, para, por uma semana, auxiliar os alunos com aula modular.

Como observamos, através dos resultados apresentados, o Curso de Medicina de Coari vem enfrentando sérios problemas de implantação, principalmente na questão relacionada à docência médica.

O trabalho descreve a ausência de política pública mais clara para fixação de médicos em áreas com menor desenvolvimento econômico e de maior isolamento geográfico, como é o caso da cidade de Coari, o que dificulta, ainda mais, a fixação de médicos e, por conseguinte, Docentes Médicos.

Também é possível constatar que incentivos financeiros são muito importantes, mas nem sempre são suficientes para promover os deslocamentos de profissionais médicos especializados de uma capital, como a cidade de Manaus, para uma cidade interiorana.

Outra constatação é que a Universidade Federal do Amazonas, a exemplo das demais, não possui qualquer diferencial em termos pecuniários para incentivar a docência médica em áreas mais distantes. Esse fator, no caso da docência focada em médicos, é de difícil controle, haja vista que o mercado assistencial em Medicina cresce a cada dia e os salários pífios, oferecidos pelas IFES, não são nada atrativos em comparação ao mercado privado.

É preciso construir saídas com a perspectiva de se produzirem políticas públicas que se tornem verdadeiramente políticas de Estado para atender os preceitos constitucionais que amparam o SUS. A constatação de que as dificuldades enfrentadas pelo SUS no recrutamento, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas difíceis, longínquas, consideradas de baixo desenvolvimento socioeconômico fortalece o juízo de que é imperiosa a adoção da Política Nacional de Promoção de Segurança Assistencial no SUS. Essas dificuldades têm refletido diretamente no resultado das ações em saúde implementadas, em particular, pelo Ministério da Saúde e, obviamente, pelo Governo Federal, os quais objetivam a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira (Campos, Machado, Girardi⁴⁻¹⁵ 2009).

5.5 Medidas mitigatórias sugeridas para o processo de implantação do curso de medicina

- a. Reorganizar o processo de captação de docentes com articulação dos entes federativos: Prefeitura Municipal de Coari e Governo do Estado do Amazonas;
- b. Propor o implemento de bolsa de incentivo ao Docente de Medicina para lecionar módulos na Cidade de Coari;
- c. Incentivar a participação de médicos da Rede de Saúde de Coari para a docência voluntária e conseqüente participação dos concursos públicos ofertados pela UFAM para o Curso de Medicina de Coari;
- d. Integrar os docentes do curso de medicina de Coari ao Corpo Docente da Faculdade de Medicina da UFAM, sede Manaus, através de articulação interna e editais de convite para docentes convidados; e
- e. Integrar esses mesmos docentes à Residência Médica do Hospital Getúlio Vargas - HUGV, com o objetivo de interiorizar o ensino da residência médica na Cidade de Coari.

6 CONCLUSÃO

As Políticas Públicas do Programa Mais Médicos para o Brasil, no ano de 2013, direcionadas à formação médica, majorando a oferta de vagas e, conseqüentemente, criando novos cursos de Medicina em IES públicas nas localidades interioranas do País, têm sido uma importante ferramenta da equidade de ofertas para a melhoria da relação médicos por habitantes no Brasil.

A interiorização do ensino médico no Brasil deve levar em consideração não somente as decisões advindas de leis e normativas, mas, sobretudo, considerar a complexidade e a heterogeneidade do País. Deste modo, irá favorecer o conceito de equidade na formação de novos médicos. Para tanto, há de se realizar planejamento adequado, com visão mais integrada das variáveis que impactam a criação de uma nova escola médica.

Considerando a experiência institucional vivida pelo ISB/UFAM, na implantação do Curso de Medicina da cidade de Coari, é perceptível que se trata de um caso complexo de implantação, em que vários fatores, tais como a localização da cidade no Interior da Amazônia, cercada por rios e floresta, além dos aspectos sociais e econômicos são condições que dificultam a fixação de médicos especialistas e sua captação para atuarem como docentes na academia. Isso, por si só, inviabiliza o projeto, da forma como está sendo desenvolvido.

Medidas mitigadoras precisam ser amplamente discutidas e implementadas com os entes federativos (Município, Estado e Governo Federal), buscando sanear as dificuldades de captação de Docentes Médicos, para que o primeiro e único projeto de uma nova escola médica federal no interior da Amazônia possa ser, de fato, viável.

REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Unidade 2 Modelos, redes e atenção básica à saúde: da teoria à prática. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz. Acesso em: 11 maio 2019. Disponível em: <<https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/U02.html>>.

Brasil, Resolução CNE/CES N.4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Conselho Nacional de Educação; 2001.

Queiroz, CA. Análise da Interiorização do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará no Município de Sobral. Fortaleza. Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior) - Universidade Federal do Ceará; 2011. p. 95.

Campos, FE, Machado, MH, Girardi, SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro: CNTS; 2009. n. 44. p. 13-24.

UFAM. Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina Campus Médio Solimões - Coari. Coari: Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas; 2015.

Bassuma, RMVP. Universidades e Escolas Públicas: pela integração necessária. Salvador. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares) - Universidade Federal da Bahia; 2014. p. 121.

Moreira, GO et al. Inclusão social e ações afirmativas no ensino superior no Brasil: para quê?. Campinas: Unicamp; 2017.

Andrade, CY et al. Programa de Formação Interdisciplinar Superior: um novo caminho para a educação superior. Brasília: *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*. Acesso em: 3 fev. 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbeped/v93n235/09.pdf>>.

Marteletto, LJ. Educational inequality by race in Brazil, 1982-2007: structural changes and shifts in racial classification. *Demography*. Texas: University of Texas at Austin. v. 49. n. 3. Acesso em: 3 fev. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22259031>>.

BRASIL, Ministério da Educação. Relatório Educação para Todos no Brasil 2000-2015. Brasília: INEP; 2015.

OECD. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Acesso em: 3 fev. 2019. Disponível em: <<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/panorama-de-la-sante-2013.pdf>>.

OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra: Organización Mundial da Saúde
Acesso em: 3 fev. 2019. Disponível em:
<http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/>.

Lueddeke, G. Global Population Health and Well-Being in the 21st Century. New York: Springer; 2016.

Mota, NPD, Ribeiro, H. Mobilidade Internacional de Médicos. São Paulo: Lua Nova; 2016. v. 1. n. 98. p. 255-276.

Campos, FE, Machado, MH, Girardi, SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro: Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde; 2004.

Maciel Filho, R. Pierantoni, CR. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. v. 2. p. 139-162.

Grignon, M, Owusu, Y, Sweetman, A. The international migration of health professionals. Bonn: IZA Discussion Paper; 2012. n. 6.517. p. 1-3.

Scheffer, M. et al, coordenador. Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: USP; 2015.

Chanda, R. Trade in health service. Bulletin of the World Health Organization. Ginebra: Geneva; 2002. v. 80. n. 2. p. 158-63.

Collar, JM. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. Porto Alegre: Saúde em Redes; 2015. v. 1. n. 2. p. 43-56.

De Oliveira, FP. As Mudanças na Formação Médica introduzidas pelo Programa Mais Médicos. Brasília. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de Brasília; 2018. v. 1. f. 14. p. 125.

Scheffer, M. et al, coordenador. Demografia Médica no Brasil 2018. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: USP; 2018. v. 1. n 1.

Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional 2013. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso em: 15 ago. 2019. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/hom>>.

Silveira, RP, Pinheiro, Roseni. Entendendo a Necessidade de Médicos no Interior da Amazônia – Brasil. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Educação Médica; 2014. v. 38. n. 4. p. 451-459.

Conselho Federal de Medicina. Brasília. Acesso em: 19 maio 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27527:2018-04-02-13-27-43&catid=3>.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p. 128.

Brasil, Ministério da Educação. Resolução N.3, de 20 de Junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e Dá Outras Providências. Brasília: Ministério da Educação; 2014.

Ferreira, D. Faculdade de Medicina da UFAM: de 1965 a 2015, uma história de vitórias. Manaus: Universidade Federal do Amazonas. Acesso em: 19 maio 2019. Disponível em: <<https://ufam.edu.br/2013-04-29-19-37-05/arquivo-de-noticias/3752-faculdade-de-Medicina-da-ufam-de-1965-a-2015-uma-historia-de-vitorias>>.

IBGE. Cidades do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE. Acesso em: 19 maio 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/coari/panorama>>.

De Almeida, M. J. et al. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em Medicina no Paraná. Florianópolis: Revista Brasileira de Educação Médica; 2007. v. 31 (2) p. 156-165.

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.

Bardin, L. Análise do conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.

Bardin, L. Análise do conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Creswell, JW, Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução: Magda Lopes. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 296.

UFAM. Plano de Desenvolvimento Institucional - PDI 2019. Manaus: Pró-Reitoria de Planejamento. Acesso em: 19 fev. 2019. Disponível em: <https://proplan.ufam.edu.br/PDI_06a15.pdf>.

Brasil, Poder Executivo. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.

Bogan, CE. Benchmarking for best practices. New York: McGraw-Hill; 2014. f. 4. p. 312.

Coari, Prefeitura. Informativo sobre o Município de Coari: sua história, aspectos demográficos, econômicos e socioculturais. Coari: PMC; 2002.

Coari, SEMSA. Secretaria Municipal de Saúde de Coari. Departamento de Atenção Básica. Coari: PMC; 2019.

Vieira, S. P. et al. A graduação em Medicina no Brasil ante os Desafios da Formação para a Atenção Primária à Saúde. *Saúde e Debate*. Rio de Janeiro: Scielo; 2018. v. 1. n. 1. p. 189-207.

Almeida-Filho, N et al. Formação Médica na UFSP: II. O Desafio da Profissionalização no Regime de Ciclos. Itabuna: *Revista Brasileira de Educação Médica*; 2015. v. 39. n. 1. p. 123-134.

UFAM, Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB). Proposta de Adequações ao Curso de Medicina de Coari. Manaus: UFAM; 2018.

Takahashi, F. Novos cursos de Medicina terão mais docentes sem pós. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. Acesso em: 19 maio 2019. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/04/novos-cursos-de-Medicina-terao-mais-docentes-sem-pos/>>.

OLIVEIRA, P.T.R. Desigualdade Regional e o Território da saúde na Amazônia. Belém: EDUFPA; 2008. p. 74.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE PESQUISA**A INTERIORIZAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: O CASO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS EM COARI (AM)****Instrumento de Pesquisa**

Entrevista número _____

I. Identificação/características do entrevistado

Nome: _____

Idade: _____ SEXO: () Masc. () Fem.

Atuação junto ao Novo Curso de Medicina (atuou ou atua):

() Coordenador do Curso

() Diretor de Unidade

() Docente

() _____

Graduação: _____ Ano: _____

Pós-Graduação:

() Especialização

() Mestrado

() Doutorado

() Pós-Doutorado

- Você foi graduado na Cidade de Coari? () Sim () Não

- Você é Egresso da UFAM () Sim () Não

1. No momento, cursa algum tipo de Pós-Graduação: () Sim () Não

Se sim, qual?

2. Área de Concentração do Concurso para a UFAM

3. Você é Procedente: () Coari () Manaus () Outro Estado do Brasil

4. Tempo de docência no magistério superior: _____ (em meses)

5. Tempo de Docência no Curso de Medicina atual: _____ (em meses)

6. É a primeira atividade como Docente de Magistério Superior?

() Sim () Não

6.1. Você já era docente do ISB antes da criação do Curso?

II. Ensino e Aprendizagem – Prática Metodológica de Ensino

7. Você já teve contato com a Educação por Metodologia Ativa?

() Sim () Não

Se Sim, Responda as questões abaixo:

7.1. Quanto ao processo de formação em Metodologia ativa:

A. Fui graduado com sistema educacional predominantemente com Metodologia Ativa;

B. Fiz Especialização em Metodologia Ativa

C. Participei, esporadicamente, com atividades de Metodologia Ativa

D. Nunca tive contato, anteriormente, com o sistema educacional – Metodologia Ativa

7.2. Cite o nome de alguma ferramenta utilizada na Metodologia Ativa:

7.3. Você tem ministrado suas aulas:

- A. 100% das minhas aulas são com metodologia tradicional (aula expositiva)
- B. Predominantemente, com aulas expositivas
- C. Parcialmente, com aulas expositivas
- D. Predominantemente, com Metodologia Ativa

7.4. Exemplifique quais são as atividades que você usa da Metodologia Ativa:

8. Você recebeu algum treinamento ou capacitação pedagógica para atuar na Docência na UFAM? (Metodologia Tradicional)

() Sim

() Não

Se sim, explique qual.

9. Você recebeu algum treinamento ou capacitação pedagógica para atuar na Docência na UFAM? (Metodologia Ativa)

() Sim

() Não

Se sim, explique qual.

III. Desafios enfrentados no processo de implantação

10. Qual (ais) os maior(es) desafio(s) para o exercício da Docência:

- Didática das Aulas
- Alunos com pouco interesse nas aulas
- Alunos com muito interesse e questionadores
- Falta de estrutura física (laboratórios)

Exemplificar: _____

11. Se falta estrutura para o melhor desempenho acadêmico, responda:

- Falta laboratório adequado para que eu ministre as aulas
- Tem laboratório, mas falta equipamentos
- Sala de Aula inadequada ou falta de insumo
- Outros

Descrever

12. Na disciplina que você atua como docente no curso de Medicina, você considera adequado para a carga horária disponibilizada pelo Projeto Político Pedagógico do Curso (PPC)? Sim Não

Se não, explique.

12.1. Qual o maior desafio para que você possa ministrar com maior qualidade os assuntos propostos pela ementa da sua disciplina?

13. A instituição disponibiliza acesso à internet com alta velocidade?

() Sim

() Não

14. A instituição disponibiliza acesso à base de dados, biblioteca virtual?

() Sim

() Não

15. Você desenvolve atividade de Extensão?

() Sim

() Não

Se sim, descreva o nome do Projeto de Extensão e atividade (Institucional como PACE, PIBEX, etc.).

16. Você desenvolve atividade de Pesquisa?

() Sim

() Não

Se sim, descreva o Nome do Projeto de Pesquisa em atividade (Institucional como PIBIC, PAIC, etc.).

17. Você desenvolve atividade de gestão/administrativa (Comissões, Colegiado, Gestão)?

() Sim

() Não

Se sim, descreva quais você atua (Institucional como membro).

18. Você publicou algum trabalho científico no último ano?

() Sim

() Não

Se, sim, em qual modalidade:

a) Revista Científica

b) Meio Eletrônico (Site)

c) Anais de Congresso

d) Outros: _____

19. Sobre o Projeto Político Pedagógico do curso:

a. Você acha inovador? Se sim porque e se não por quê?

b. O PPC está adequado para a realidade social e administrativa do novo curso?

c. Atende às necessidades de formação curricular do aluno?

20. Sobre a oferta de docentes para ministrar aulas,

a. Como tem ocorrido o processo de captação dos docentes?

b. O atual quadro de docentes do ciclo básico atende a necessidade da comunidade acadêmica?

c. O atual quadro de docentes do ciclo profissional (clínico) atende a necessidade da comunidade acadêmica?

Data: ____/____/____

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

APÊNDICE B - TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE****A INTERIORIZAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: O CASO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS EM COARI (AM)**

Pesquisador: Ricardo dos Santos Faria

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Souza Lima

Eu

(Nome), _____

_____, declaro ter recebido esclarecimentos sobre o projeto aqui referido e concordo em participar fornecendo informações que constarão em uma ficha clínico – epidemiológica – terapêutica, os quais só poderão ser utilizados em relatórios e publicações científicas. Declaro ainda ter sido plenamente esclarecido sobre o conteúdo do projeto acima citado e que aceito participar, concordando com o presente termo

Esta pesquisa tem como objetivo estudar os Desafios da Implantação de Curso de Medicina em área remota da Amazônia.

Objetivo Geral

Analisar a experiência institucional e curricular de implantação do Curso de Medicina da UFAM, no contexto da interiorização em Cidade de Coari, AM.

Objetivos Específicos

1- Relatar o processo de implantação do Curso de Medicina através de revisão histórico, político e social.

2- Conhecer o Projeto Pedagógico do Curso – PPC, nas dimensões do processo de política afirmativa focado na formação de novos médicos para o interior do Estado do Amazonas.

3- Descrever o processo de captação de docentes médicos para o novo curso de Medicina através do concurso público, voltado para a região remota.

4- Desenvolver oficinas para a gestão universitária na melhoria e condução do Curso de Medicina do ISB/UFAM.

A participação nesta pesquisa é considerada de risco mínimo porque não propõe nenhum tipo de intervenção de tipo biológico e cultural. Havendo risco do tipo psicológico, constrangimento e perda de sigilo das informações os mesmos serão minimizados da seguinte forma: aos danos psicológicos ou constrangimentos, os pesquisadores assumem a responsabilidade de encaminhar os sujeitos entrevistados aos serviços especializados de saúde no município de Manaus. Para evitar a perda de sigilo de informação, os pesquisadores se comprometem em ser rigorosos no tratamento dos dados que serão arquivados na instituição responsável. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa, mas havendo, as mesmas serão ressarcidas com recursos financeiros próprios dos responsáveis da pesquisa. Está assegurado o direito a indenizações e cobertura material para a reparação a dano causado pela pesquisa a sua pessoa.

Como responsável por este estudo, tenho o compromisso de manter em segredo todos os dados confidenciais e sua identidade e, ainda, indenizá-lo, se sofrer algum prejuízo físico ou moral em decorrência do mesmo.

Se está claro para o senhor (a) a finalidade desta pesquisa e se concorda em participar, peço que assine este documento. Eu, Ricardo dos Santos Faria, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos relacionados ao projeto de pesquisa e, caso haja dúvidas quanto aos aspectos éticos do projeto de pesquisa, contactar no telefone (97) 99155-0961 e na rua Genival Guerra, 250, Duque de Caxias, Coari, Amazonas ou pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – Escola de Enfermagem de Manaus - Sala 07

Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM

Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004 / (92) 9171-2496

E-mail: cep@ufam.edu.br - cep.ufam@gmail.com

Consentimento Pós-Informação:

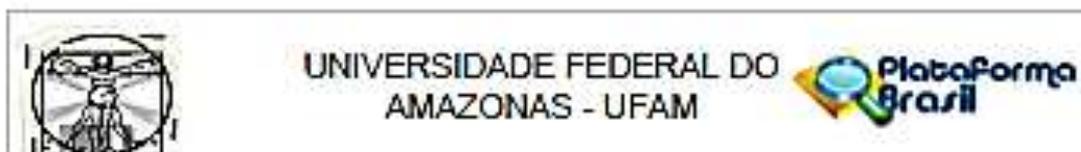
Eu, _____
_____, fui informado sobre o que pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Local/Data: _____

Participante: _____

Impressão Datiloscópica

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O NOVO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS NO CONTEXTO DA INTERIORIZAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICO PARA O BRASIL

Pesquisador: RICARDO DOS SANTOS FARIA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 96172218.0.0000.5020

Instituição Proponente: Instituto de Saúde e Biotecnologia - ISB

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.844.848

Apresentação do Projeto:

Novos cursos de medicina tem sido implantados em todo o Brasil com a autorização do Ministério da Educação em consonância com as diretrizes propostas pelo Programa Mais Médicos para o Brasil - FMMB executada pelo Ministério da Saúde desde 2013 (BRASIL, 2015). Tal medida representa uma ação governamental para enfrentar problemáticas, tais como: a fixação e provimento de profissionais médicos; a má distribuição dos profissionais que se concentram em áreas urbanas, com o enfoque ao processo de interiorização e reformulação de currículos de novos cursos, bem como a democratização do acesso ao ensino médico com novas vagas em localidades estratégicas. Para atender esta demanda social, novos cursos de medicina tem sido implantados em todo o Brasil com a autorização do Ministério da Educação em consonância com as novas diretrizes curriculares nacionais, bem como atendendo os dispositivos do FMMB, como uma ação governamental para enfrentar problemáticas na formação e fixação desses profissionais, principalmente em áreas mais remotas do país. Atualmente o Curso de Medicina que está sendo implantado na Cidade de Coari, Amazonas, pode ser considerado do ponto de vista geográfico o mais isolado do Brasil, haja vista que a Cidade encontra-se distante 421 km, via fluvial da Capital do Estado, Manaus, sendo que o transporte principal e via fluvial o que dificulta o deslocamento de infraestrutura e pessoal para atuar nessa região mais remota. Portanto, esta pesquisa tem entre outros objetivos, estudar conhecer os desafios no processo de implantação de novo curso de medicina numa área remota da Amazonia, devendo contribuir como documento científico para

Endereço: Rua Terena, 405

Bairro: Adriadópolis

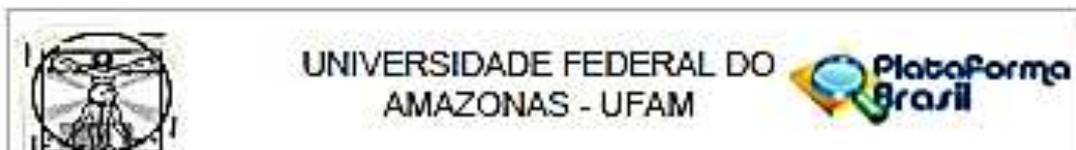
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.844.840

nortear e apoiar o processo administrativo. Por se tratar de uma pesquisa-intervenção, o presente estudo também tem a intenção de produzir e sistematizar informações que subsidiem a gestão administrativa e pedagógica da coordenação do curso de medicina em Coari.

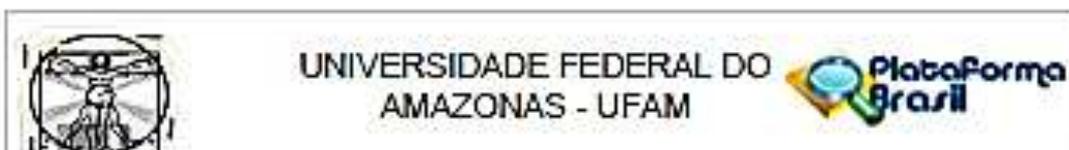
Metodologia: O estudo será realizado no Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, localizada na Cidade de Coari, Amazonas, Distante de Manaus, 421 km, via fluvial. Atualmente a cidade possui uma população de 84.762 pessoas (IBGE, 2017), esta localizada na região de saúde do Rio Negro e Solimões. Geograficamente esta localizada na mesorregião conhecida de Médio Rio Solimões.

Trata-se de um estudo de caso de caráter qualitativo sobre o processo de implantação do curso de medicina em Coari, Amazonas. A técnica a ser utilizada será entrevistas abertas de forma individual. Na compreensão do processo, a análise das repercussões administrativas e institucionais com vistas a interpretar o fenômeno, entende-se que o caminho da pesquisa pressupõe o método que se aproxima da fenomenologia para melhor compreendermos e interpretar os relacionamentos existentes no universo da pesquisa e dos sujeitos nele existentes, optamos por escolher um método que nos proporcione mais clareza nas nossas observações. De acordo com Minayo: esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2013, p. 57). Bardin (2004, p. 108) afirma que "a análise qualitativa apresenta certas características particulares. É válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa, e não inferências gerais". No que diz respeito ao tipo de pesquisa três formas melhor se adaptam ao trabalho: a pesquisa de campo, pesquisa documental e pesquisa bibliográfica.

A população será composta por professores, diretores, coordenadores e técnicos administrativos que participaram e participam da condução do Curso de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia da UFAM.

Critério de inclusão:

Endereço: Rua Terena, 405	CEP: 69.057-070
Bairro: Adrianópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (02)3305-1181	E-mail: ocp.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.544.540

São critérios de Inclusão para os participantes do estudo: Ter sido ou estar em atividade no momento: a) presidente da comissão de implantação do curso de medicina e ou membros participantes; b) docentes de ambos os sexos e qualquer formação que atuam há mais de 6 meses no curso de Medicina; c) coordenador acadêmico do Instituto de Saúde e Biotecnologia; d) coordenador do curso de medicina do ISB; e) o atual e ex-diretor do campus responsáveis pela implantação do curso.

Critério de Exclusão:

a) docente com carga horária inferior a 10 horas no curso de Medicina; b) docentes recém contratados que não lecionou por um período do calendário acadêmico; c) docentes em situação de férias e liberados das atividades docentes por razões administrativas e de direito; d) e aqueles que se recusaram assinar o consentimento livre e esclarecido.

Cronograma: início da pesquisa 07/07/2018; coleta de dados 01/11/2018 a 30/11/2018; término da pesquisa 30/04/2019.

Orçamento de: R\$ 2.520,00 - financiamento próprio.

Tamanho da amostra: 10 docentes e 8 gestores = total 18 participantes.

Pesquisador Responsável: RICARDO DOS SANTOS FARIA

Submetido em: 15/07/2018

Instituição Proponente: Instituto de Saúde e Biotecnologia - ISB

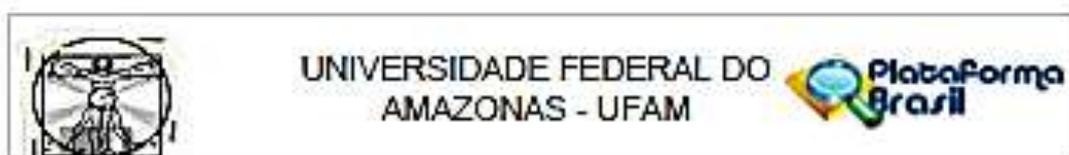
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Nesse contexto, algumas perguntas são importantes de se fazer:

1) Quais as condições de implantação de um curso de medicina em área remota da Amazônia a partir da indução política de criação de novos cursos propostos pelo Programa Mais Médicos?

2) Quais as peculiaridades, características a serem dialogadas com as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais, no que tange a democratização do acesso a formação médica em áreas remotas

Endereço: Rua Teresina, 405
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (92)3306-1181 E-mail: cap.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.544.540

propostas pelo Programa Mais Médicos?

3) Quais estratégias de atração de docentes médicos pela UFAM no contexto da interiorização e formação de profissionais de saúde no Amazonas?

Objetivo Secundário:

1) Relatar o processo de implantação do Curso de Medicina através de revisão histórico, político e social.

2) Conhecer o Projeto Pedagógico do Curso – PPC, nas dimensões do processo de política afirmativa focada na formação de novos médicos para o Interior do Estado do Amazonas.

3) Descrever o processo de captação de docentes médicos para o novo curso de medicina através do concurso público, voltado para a região remota.

4) Desenvolver oficinas para a gestão universitária na melhoria e condução do Curso de Medicina do ICB/UFAM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Como toda pesquisa envolve riscos, a sua participação é considerada de risco mínimo porque não propõe nenhum tipo de intervenção de tipo biológico e cultural. Havendo risco do tipo: psicológico, constrangimento e perda de sigilo das informações os mesmos serão minimizados da seguinte forma: aos danos psicológicos ou constrangimentos, os pesquisadores assumem a responsabilidade de encaminhar os sujeitos entrevistados aos serviços especializados de saúde no município de Coari; para evitar a perda de sigilo de informação os pesquisadores se comprometem em ser rigorosos no tratamento dos dados que serão arquivados na instituição responsável.

Benefícios: Conhecimento sobre os principais desafios para implementar o curso de medicina em uma área de difícil acesso. Além disso podemos citar: a) Conhecimento sobre os principais desafios da implantação e interiorização de cursos de medicina em regiões mais distantes dos grandes centros, favorecendo trabalhar os fatores mais complexos. b) Apoiar a instituição da implantação do curso, através de oficina com os resultados do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresentado a Banca de Qualificação como requisito parcial para obtenção do

Endereço: Rua Teixeira, 405

Bairro: Adrianópolis

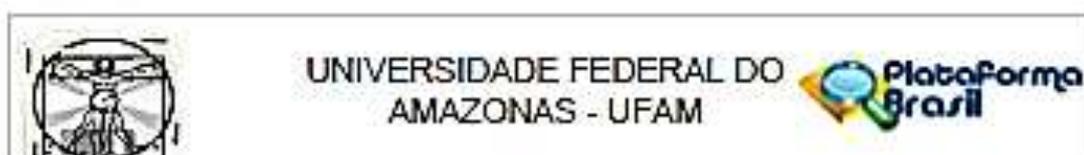
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (02)3306-1181

E-mail: cac.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer 2.844/2018

título de Mestre em Saúde da Família, referente ao mestrado acadêmico do Programa de Pós Graduação Profissional em Saúde da Família – PROPSAÚDE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

I) Folha de rosto - apresentada e adequadamente preenchida, assinada pelo pesquisador e representante da instituição proponente.

II) ROTEIRO DA REVISÃO HISTÓRICO, POLÍTICO E SOCIAL DO CURSO DE MEDICINA DE COARÍ
PARTE 01 – ENTREVISTANDO ATORES DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO;

III) TCLE - apresentado e adequado.

IV)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

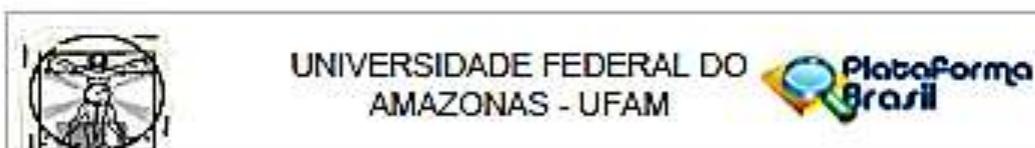
O protocolo está completo e atende a Resolução 466/12 do CNS. Diante do exposto, somos pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1026116.pdf	15/07/2018 11:58:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_RICARDO_FARIA.pdf	15/07/2018 11:56:55	RICARDO DOS SANTOS FARIA	Aceito
Outros	ANEXO2_COLETA_ROTEIRO_HISTÓRICO.pdf	15/07/2018 11:51:35	RICARDO DOS SANTOS FARIA	Aceito
Outros	ANEXO_01_PROPSAÚDE_RICARDO_COLETA1.pdf	15/07/2018 11:50:30	RICARDO DOS SANTOS FARIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERICARDOFARIA.pdf	15/07/2018 11:47:20	RICARDO DOS SANTOS FARIA	Aceito
Folha de Rosto	Termo_ufam_cep_mestrado.pdf	15/07/2018 11:41:19	RICARDO DOS SANTOS FARIA	Aceito

Endereço: Rua Teixeira, 405
Bairro: Admanópolis CEP: 69.057-070
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (02)336-1181 E-mail: cep.ufam@gmail.com



Contribuição do Parecer: 2.544.540

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 26 de Agosto de 2018

Assinado por:

**Ellana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)**

Endereço: Rua Teixeira, 425

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM Município: MANAUS

Telefone: (62)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com