

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida

**Expansão e interiorização do ensino superior, e a formação médica para o
sus: o caso do curso de medicina de Caruaru**

Recife

2022

RODRIGO CARIRI CHALEGRE DE ALMEIDA

**Expansão e interiorização do ensino superior, e a formação médica para o
sus: o caso do curso de medicina de Caruaru**

Tese de Doutorado em Saúde Pública
apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Saúde Pública do Instituto
Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo
Cruz, como requisito parcial para a
obtenção do grau de doutor em ciências.

Orientadora: Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife
2022

Título do trabalho em inglês: Expansion and internalization of higher education, and medical training for the SUS: the case of the Medical course in Caruaru.

A447e Almeida, Rodrigo Cariri Chalegre de.
Expansão e interiorização do ensino superior, e a formação médica para o SUS: o caso do curso de Medicina de Caruaru / Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida. -- 2022.
273 p. : il.color.

Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.
Tese (Doutorado em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2022.
Bibliografia: f. 251-267.

1. Universidades. 2. Educação em saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Educação de graduação em Medicina. I. Título.

CDU 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Rodrigo Carri Chalegre de Almeida

**Expansão e interiorização do ensino superior, e a formação médica para o
sus: o caso do curso de medicina de Caruaru**

Tese de Doutorado em Saúde Pública
apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Saúde Pública do Instituto
Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo
Cruz, como requisito parcial para a
obtenção do grau de doutor em ciências.

Aprovado em: 19 de dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA



Assinado de forma digital por
Paulette Cavalcanti de
Albuquerque:38700891487
Dados: 2023.05.29 17:04:32
-03'00'

Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz



Idê Gomes Dantas
Gurgel:67605974434
2023.06.01 14:17:41 -03'00'

Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

**ALFREDO MACEDO
GOMES:41972074415**

Assinado de forma digital por ALFREDO
MACEDO GOMES:41972074415
Dados: 2023.06.02 08:51:33 -03'00'

Dr. Alfredo Macedo Gomes
Universidade Federal de Pernambuco



Documento assinado digitalmente
ELIANA GOLDFARB CYRINO
Data: 04/09/2023 14:51:31-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Eliana Goldfarb Cyrino
Faculdade de Medicina de Botucatu



Documento assinado digitalmente
KATHLEEN TEREZA DA CRUZ
Data: 29/05/2023 18:40:03-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Kathleen Tereza da Cruz
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Esta tese é dedicada a todas as pessoas que acreditam em um outro mundo possível, e fazem da educação um caminho; a todas as pessoas que se inquietam com as injustiças, que se importam com as dores e com os sofrimentos e fazem da medicina uma luta; às professoras e professores, estudantes, que caminharam comigo até aqui, aos pacientes que me ensinaram a ser gente.

A Orlando Chalegre de Almeida e Maria José Cariri do Nascimento. (*in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

Aos professores, estudantes, gestores, servidores, que construíram o Centro Acadêmico do Agreste, o Núcleo de Ciências da Vida e o Curso de Medicina de Caruaru. Aos militantes do movimento estudantil da década de 1990, do DAMUC, da DENEM, da UFPE e do movimento geral. Às repúblicas da Gonçalves Ledo, das casas dos macacos e das corujas. Aos companheiros do DEGES/SGTES/MS. Às parcerias da criação das residências de medicina de família e comunidade de Recife e do Brasil. Aos que comigo fizeram parte da gestão municipal do Recife, na UCIS Guilherme Abath, na DGAS, e na SGTES. A todas e todos que fizeram o Fórum Social Mundial, em todas as suas edições, mas sobretudo à comissão de saúde do Acampamento Mundial da Juventude do FSM 2005, e ao Espaço Che. Aos colegas e amigos que fazem o SIS/UFPE. Ao mandato do Vereador Ivan Moraes, e ao próprio. Aos colegas da Área de Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas. E a Lourdes Cariri, Giovanna Cariri, Victor de Souza Chalegre, Manuela Porto Cariri, Mariana Porto de Queiroz, meus (quase infinitos) primos e primas, tios e tias, e minha querida companheira Daniela de Souza Feitosa. Muito obrigado!

“Soyez realistes, demandez l'impossible!”

Paris, maio de 1968. Autor desconhecido.

RESUMO

ALMEIDA, Rodrigo Cariri Chalegre de. Expansão e interiorização do ensino superior, e a formação médica para o SUS: o caso do curso de medicina de Caruaru. 2022 Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

Este estudo é resultado da análise das políticas de expansão e interiorização do ensino superior, e de formação, provimento e formação de médicos para o Sistema Único de Saúde – SUS. Fundamentado teoricamente pelo Triângulo de Análise de Políticas de Walt e Gilson, e pelo Ciclo de Políticas de Stephen Ball, realizou análise documental, entrevistas e grupos focais a dirigentes da UFPE, do município de Caruaru, e professores do curso. Os resultados foram sistematizados nos contextos de influência, de produção textual e do processo de execução das políticas que resultaram no curso de medicina da Universidade Federal de Pernambuco. A estabilidade econômica e política produziu um contexto favorável para a expansão do ensino superior, com grande diversidade institucional e predominância do setor privado. A política de mudança do modelo assistencial brasileiro, a partir da expansão da atenção básica, cobrou do sistema educacional políticas setoriais para a formação de médicos. O programa Mais Médicos, aprimorou as experiências anteriores e intensificou a aproximação entre os setores da saúde e da educação. A análise do curso de medicina, como resultado dessas políticas, oferece um olhar, a partir das práticas pedagógicas, sobre as políticas. Por meio do curso de medicina, a universidade contribuiu para a política de provimento, e atendeu a todos os componentes da política de formação. O projeto pedagógico do curso, incorpora os pressupostos da política nacional com ênfase na formação integrada ao sistema de saúde e no conceito ampliado de responsabilidade social, o que encontrou resistência no pensamento médico hegemônico. As práticas pedagógicas e de gestão compuseram um novo arranjo institucional que encontrou resistência e dificuldade no modelo de gestão das universidades federais brasileiras.

Palavras-chaves: ensino superior; políticas de saúde; recursos humanos.

ABSTRACT

ALMEIDA, Rodrigo Cariri Chalegre de. Expansion and internalization of higher education, and medical training for the SUS: the case of the medical course in Caruaru. 2022 Thesis (Doctorate in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

This study is the result of the analysis of policies for the expansion and internalization of higher education, and for the training, provision and training of physicians for the Unified Health System – SUS. Theoretically based on Walt and Gilson's Policy Analysis Triangle, and Stephen Ball's Policy Cycle, it carried out document analysis, interviews and focus groups with UFPE leaders, from the municipality of Caruaru, and course professors. The results were systematized in the contexts of influence, textual production and the process of implementing the policies that resulted in the medical course at the Federal University of Pernambuco. Economic and political stability produced a favorable context for the expansion of higher education, with great institutional diversity and predominance of the private sector. The policy of changing the Brazilian care model, based on the expansion of primary care, demanded sectoral policies from the educational system for the training of physicians. The Mais Médicos program improved on previous experiences and intensified the rapprochement between the health and education sectors. The analysis of the medical course, as a result of these policies, offers a look, from the pedagogical practices, on the policies. Through the medical course, the university contributed to the provision policy, and met all components of the training policy. The course's pedagogical project incorporates the assumptions of national policy with an emphasis on training integrated with the health system and on the expanded concept of social responsibility, which encountered resistance in hegemonic medical thought. Pedagogical and management practices made up a new institutional arrangement that encountered resistance and difficulty in the management model of Brazilian federal universities.

Keywords: Higher Education; health policies; human resources

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa das regiões de saúde Pernambuco.....	99
Figura 2 – RASA na feira de Caruaru.....	184
Figura 3 – RASA intervenção artística.....	185
Figura 4 – RASA intervenção artística.....	185
Figura 5 – RASA intervenção artística.....	186
Figura 6 – Vice-prefeito e coordenador do curso Lava-pés 2015.....	196
Figura 7 – Estudantes no pátio da Igreja Matriz Lava-pés 2015.....	197
Figura 8 – Notícia do site G1 em 6/9/2013.....	208
Figura 9 – Linha de produção pedagógica do curso de medicina.....	211
Figura 10 – Anúncio da inauguração do edf. Sede do curso de Medicina.....	225
Figura 11 – Componentes chave do sistema educacional.....	246

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do número de cursos superiores no Brasil (1808-2018).....	65
Gráfico 2 – Evolução do número de matrículas. (2008-2020).....	66
Gráfico 3 – Cursos de medicina abertos por ano. (1808-2020).....	86
Gráfico 4 – Cursos de medicina públicos e privados no Brasil (1808-2018).....	87
Gráfico 5 – Cursos de medicina em capitais e interior (1808-2018).....	88
Gráfico 6 – Curso de medicina do Mais Médicos por região.....	94
Gráfico 7 – Número de curso de medicina em Pernambuco Pub./Priv.....	97
Gráfico 8 – Número de Equipes de Saúde da Família – Caruaru (2013-2020).....	205

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceitos sobre análise de políticas.....	28
Quadro 2 – Principais eixos de análise.....	43
Quadro 3 – Documentos para análise documental.....	48
Quadro 4 – Quadro síntese dos procedimentos metodológicos.....	51
Quadro 5 – Novos cursos em Universidades Federais apoiados pelo Mais Médicos.	93
Quadro 6 – Cursos de medicina em Pernambuco (2022).....	95
Quadro 7 – Municípios da IV GERES.....	99
Quadro 8 – Mortalidade por causas específicas – IV GERES (2014).....	100
Quadro 9 – Incidência de condições específicas – IV GERES (2014).....	101
Quadro 10 – Prefeitos de Caruaru.....	102
Quadro 11 – Alinhamento político-ideológico UFPE, Caruaru, Pernambuco, Brasil	104
Quadro 12 – Evolução do número de cursos, alunos e professores da UFPE (2008– 2018).....	114
Quadro 13 – Principais leis do ensino superior (1994–2020).....	120
Quadro 14 – Principais decretos do ensino superior (1994–2020).....	122
Quadro 15 – Principais portarias do ensino superior (1994–2020).....	123
Quadro 16 – IFES abertas na 1ª fase de expansão (2003–2007).....	125
Quadro 17 – IFES abertas na 2ª fase de expansão (2008–2013).....	127
Quadro 18 – Políticas de fixação, provimento e formação em saúde.....	129
Quadro 19 – Planos institucionais da UFPE.....	134
Quadro 20 – Síntese dos planos institucionais – UFPE.....	136
Quadro 21 – Perfil de professores por área de atuação (2022).....	164
Quadro 22 – Estrutura curricular do curso de medicina de Caruaru (2022).....	167
Quadro 23 – Adesão de municípios ao Mais Médicos.....	203
Quadro 24 – Mais Médicos, número de médicos por categoria e região do país..	204

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Expansão do ensino superior no Brasil (1808–1968).....	44
Tabela 2 – Evolução das Matrículas – Brasil (1940–1960).....	45
Tabela 3 – Evolução das Matrículas – Brasil (1960–1980).....	45
Tabela 4 – Expansão da taxa de matrícula líquida.....	59
Tabela 5 – Expansão do número de IES (1991–2004).....	61
Tabela 6 – Aumento do número de matrículas (1991–2004).....	61
Tabela 7 – Expansão do número de IES (2008–2018).....	64
Tabela 8 – Evolução no número de matrículas (1998–2018).....	65
Tabela 9 – Número de IES em capitais e no interior. (2008–2018).....	68
Tabela 10 – Vagas e percentual de vagas públicas e privadas em PE.....	97
Tabela 11 – Razão de vagas de medicina por população, capital, RMR e Interior, 2022.....	98
Tabela 12 – Comparação entre os valores de remuneração inicial e final da carreira docente com o início da carreira médica. (2013).....	220
Tabela 13 – Dimensões da Avaliação de Cursos de Graduação (AVG) do SINAES	230
Tabela 14 – Avaliação dos cursos de medicina da UFPE.....	232

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASCOM – Assessoria de Comunicação

ABRAFI – Associação Brasileira das Mantenedoras das Faculdades

ABMES – Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior

ABRAES – Associação Brasileira para o Desenvolvimento da Educação Superior

ADUFEPE – Associação dos Docentes da UFPE

ANUP – Associação Nacional das Universidades Particulares

ANDES – Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior

ANDE – Associação Nacional de Educação

ANPED – Associação Nacional de Pós-Graduação em Educação

ANPAE – Associação Nacional de Profissionais da Administração Escolar

ANACEU – Associação Nacional dos Centros Universitários

ANDIFES – Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior

APS – Atenção Primária a Saúde

AGC – Avaliação dos Cursos de Graduação

ANASEMS – Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina

CONLUTAS – Central Sindical e Popular

CUT – Central Única dos Trabalhadores

CAV – Centro Acadêmico de Vitória

CAA – Centro Acadêmico do Agreste

CEDES – Centro de Estudos Educação e Sociedade

CEREST – Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

CTA – Centros de Testagem e Aconselhamento

CAMEM – Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas

CINAEM – Comissão Nacional de Avaliação do Ensino Médico

CPA – Comissão Própria de Avaliação

CC – Conceito do Curso

CPC – Conceito Preliminar de Curso

CPB – Confederação dos Professores do Brasil
CGT – Confederação Geral dos Trabalhadores
CNTE – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação
COAPES – Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino e Saúde
OCDE – Cooperação e Desenvolvimento Econômico
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DEREM – Departamento de Residência e Projetos Especiais na Saúde
DDES – Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde
DNC – Diretrizes Curriculares Nacionais
EAD – Ensino a Distância
ENEM – Exame Nacional do Ensino Médico
FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília
FENAM – Federação Nacional dos Médicos
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FERESP – Fórum das Entidades Representativas do Ensino Superior Particular
FORGRAD – Fórum de Pró-reitores de Graduação
FNDEP – Fórum Nacional em Defesa da Escola Pública
FIES – Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
GERES – Gerência Regional de Saúde
GED – Gratificação por Esforço Docente
GAPE – Grupo de Apoio ao Planejamento Estratégico
HC – Hospital das Clínicas
IDD – Indicador de Diferença entre os Desempenhos Observado e Esperado
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IES – Instituições de Ensino Superior
IFES – Instituições Federais de Ensino Superior
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LIKA – Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami
LASHEX – Laboratório de Sensibilidades, Habilidades e Expressão

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
MARE – Ministério da Administração de Reforma do Estado
NOBS – Norma Operacional Básica
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NTI – Núcleo de Tecnologia
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PDI – Plano de Desenvolvimento Institucional
PDTIC – Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação
PEI – Plano Estratégico Institucional
PNE – Plano Nacional de Educação
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNPG – Planos Nacionais de Pós-graduação
PEP – Política de Educação Permanente
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PIESC – Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade
PIB – Produto Interno Bruto
PROVÃO – Exame Nacional de Cursos
REUNI – Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
PAIUB – Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras
PRO-MED – Programa de Incentivos à Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PISU – Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQAB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PRO-SAÚDE – Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família
PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PMM – Programa Mais Médicos
Pró-Residência – Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
PNAES – Programa Nacional de Assistência Estudantil
PROUNI – Programa Universidade para Todos
PRMFC – Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade
PPC – Projeto Político Pedagógico
SESU – Secretaria de Ensino Superior
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação
SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEAP – Setor de Estudos e Assessoria Pedagógica
SEMESP – Sindicato das Entidades Mantenedoras de Estabelecimentos de Ensino Superior no Estado de São Paulo
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SISU – Sistema de Seleção Simplificada
SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SBPC – Sociedade Brasileira para Progresso da Ciência
SUS – Sistema Único de Saúde
TML – Taxa de Matrícula Líquida
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL – Universidade Estadual de Londrina
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	PRESSUPOSTOS.....	23
2	OBJETIVOS.....	24
2.1	OBJETIVO GERAL.....	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
3.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE ESTADO, POLÍTICA E CIÊNCIA POLÍTICA.....	26
3.2	ANÁLISE DE POLÍTICAS.....	30
3.2.1	A análise de políticas em países de baixo e médio orçamento.	31
3.2.1.1	Contexto.....	32
3.2.1.2	Conteúdo.....	33
3.2.1.3	Atores.....	34
	3.2.1.4 Processo.....	35
3.2.2	O ciclo de políticas.....	37
3.2.2.1	Contexto de Influência.....	38
3.2.2.2	Contexto da produção de texto, imagens e sentidos.....	39
3.2.2.3	Contexto da prática.....	40
3.3	BREVE HISTÓRICO DO ENSINO SUPERIOR NO BRASIL.....	43
4.	METODOLOGIA.....	47
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	47
4.2	PROCEDIMENTOS.....	48
4.2.1	Análise do contexto de influência.....	48
4.2.2	Análise do contexto da produção de textos, sentidos e conteúdos.....	49
4.2.3	Análise do contexto da prática e processo.....	50
4.3	PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	53
5.	RESULTADOS.....	53

5.1	CONTEXTO.....	53
5.1.1	Macrocontexto da Educação Superior.....	56
5.1.1.2	Expansão do Ensino Superior no Brasil.....	57
5.1.1.2	Interiorização do Ensino Superior.....	67
5.1.1.3	Principais atores e as propostas para o Ensino Superior no Século XXI.....	69
5.1.2	Macrocontexto da Saúde.....	73
5.1.2.1	A Reforma Sanitária Brasileira e a Formação Médica.....	73
5.1.2.2	Principais atores e as propostas para a formação de médicos.....	82
5.1.2.3	Evolução do ensino de medicina no Brasil e a oferta de médicos para o SUS.....	85
5.1.2.4	O ensino da medicina em Pernambuco.....	95
5.1.3	Microcontexto Caruaru.....	98
5.1.3.1	Caruaru e o curso de Medicina.....	98
5.1.4	Microcontexto UFPE. Uma universidade oligárquica e liberal?	
	106
5.2	CONTEÚDO.....	114
5.2.1	Constituição Federal.....	116
5.2.2	Leis orgânicas.....	117
5.2.3	Decretos e portarias.....	122
5.2.4	Marco Legal da expansão do Ensino Superior.....	124
5.2.5	Marco legal do provimento e regulação profissional em medicina.....	128
5.2.6	Planos Institucionais da UFPE.....	133
5.2.7	As Diretrizes Curriculares Nacionais.....	141
5.2.8	O contexto da produção textual e de sentidos.....	145
5.2.9	O que não foi previsto.....	146
5.3	CONTEXTO DA PRÁTICA E ANÁLISE DO PROCESSO.....	149
5.3.1	A construção do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina de Caruaru.....	151
5.3.2	Construção do corpo docente.....	155

5.3.3	Construção dos eixos de organização curricular.....	165
5.3.4	O Laboratório de Sensibilidade, Habilidades e Expressão.....	173
5.3.5	A relação entre os espaços pedagógicos, avaliação e ambiente virtual de aprendizado.....	188
5.3.6	A relação com o SUS.....	191
5.3.6.1	Norma Operacional de para o Acesso equitativo e integral a consultas especializadas e exames complementares.....	194
5.3.6.2	Lava Pés.....	194
5.3.6.3	Lei Municipal de Residências.....	198
5.3.6.4	Nascer Bem Caruaru.....	199
5.3.6.5	Programa Mais Médicos – Componente provimento.....	202
5.3.6.6	As ferramentas e dispositivos de gestão de coletivos do SUS.....	208
5.3.7	A gestão da escola.....	209
5.3.8	O modelo de gestão das universidade federais.....	217
5.3.8.1	A gestão de pessoas ou de recursos humanos.....	218
5.3.8.2	Gestão de compras e serviços.....	223
5.3.8.3	Gestão acadêmica.....	227
5.3.8.4	Avaliação institucional.....	228
5.3.9	Resistências e oposições.....	233
6.	DISCUSSÃO.....	240
6.1	MUDANÇAS NO CONTEXTO.....	240
6.2	A POLÍTICA ANALISADA.....	242
	REFERÊNCIAS.....	251
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS E GRUPOS FOCAIS.....	268
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	271

1 INTRODUÇÃO

O Brasil passou por grandes transformações sociais nas duas últimas décadas. Após um período de instabilidade econômica e política que se seguiu a reabertura democrática, o país enfrentou um tortuoso processo de consolidação das instituições e das políticas previstas na constituição federal de 1988. Apesar de toda movimentação e engajamento popular, as primeiras eleições presidenciais foram indiretas em 1985. O primeiro presidente eleito, no colégio eleitoral, não chegou a tomar posse e seu vice governou sob grave crise econômica, financeira e social. Durante o governo Sarney cinco tentativas de conter a inflação e garantir alguma estabilidade econômica foram empreendidas, foram os planos Cruzado 1 e 2, Bresser, e Verão. O primeiro presidente eleito pelo voto direto, Fernando Collor de Mello, também tentou com os planos Collor 1 e 2 e Marcílio (então ministro da fazenda), mas não conseguiu terminar o mandato em virtude de um processo de impeachment por corrupção. Seu vice assume e implementa o Plano Real que, sob a batuta do então ministro da fazenda e futuro presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, consegue estabilizar a economia sob pressupostos neoliberais, inaugurados por seu antecessor, mas consolidados nos oito anos de seu governo. (POCHMANN, 2010)

No período compreendido entre 1985 a 1994, eleições indiretas e primeira eleição de Fernando Henrique Cardoso, a pauta econômica foi prioritária e pouco se avançou na consolidação dos direitos garantidos na constituição federal. Na saúde, ainda na esteira do movimento da reforma sanitária e seus impactos legislativos, tivemos a promulgação das leis orgânicas do Sistema Único de Saúde – SUS. Também tivemos avanços com as normas operacionais (NOBS e NOAS) que dispunham sobre o processo de municipalização e descentralização administrativa do SUS. Na educação superior só veremos mudanças estruturais com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB de 1996, já no governo Fernando Henrique. (Bresser Pereira, 1989). Apesar dos avanços normativos e legais, as políticas sociais não prosperavam frente as condições macroeconômicas. A hiperinflação consumia salários e o poder aquisitivo de trabalhadores e trabalhadoras. As instabilidades econômicas e políticas impediam investimentos e não havia crescimento econômico.

A estagnação econômica se refletia nos baixos orçamentos para as políticas sociais fazendo com que o cenário real se distanciasse muito do previsto pela constituição.

Com o plano Real e a posterior eleição do presidente Fernando Henrique, vimos a queda da inflação e a estabilidade econômica construída sobre um alicerce de reformas do estado que configuravam um cenário neoliberal. Privatizações, superavit primário, reforma da previdência faziam encolher os mecanismos de proteção social e ampliar desigualdades. Neste período encontramos dois marcos importantes para o estudo proposto. O Programa de Saúde da Família – PSF, lançado em 1994, é primeira iniciativa nacional de organização do sistema de saúde a partir da atenção primária. Dois anos após, houve a promulgação da LDB, que tramitou por 8 anos no congresso nacional. Seguindo uma tramitação tortuosa, sua promulgação daria início ao mais radical processo de transformação da educação superior no Brasil.

Fernando Henrique Cardoso foi o primeiro presidente brasileiro eleito diretamente a completar um mandato. Também foi o primeiro presidente a ser reeleito e a completar o segundo mandato. Tal estabilidade política, atrelada a estabilidade econômica permitiu a parcial consolidação dos marcos legais (modificados) das políticas sociais em análise. Na educação, vivemos uma rápida expansão do acesso ao ensino superior caracterizando uma transição de um sistema de educação de elite para um sistema de educação de massa (GOMES, 2012). Esta expansão se deu de diferentes roupagens nas duas correntes hegemônicas que governaram o país, o neoliberalismo dos anos Fernando Henrique Cardoso e o social–desenvolvimentismo dos anos Lula e Dilma. Tendo início no primeiro, o aumento de vagas no ensino privado manteve–se no segundo governo, porém com mudanças importantes no que diz respeito ao sistema de acesso ao ensino superior público, e financiamento público do setor privado.(TREVISOL, 2009; AGUIAR, 2016; CAMARGO, 2018)

Mesmo não tendo sido suficiente para inverter a relação entre o ensino público e o privado, ampliou–se o acesso ao ensino público através da abertura de novas vagas em universidades que já existiam, da ampliação destas em áreas estratégicas social e economicamente com novos campi, e abertura de novas universidades. Também foi marcante nesta época a implantação de outras medidas inclusivas como a mudança no regime de acesso através da universalização do

Exame Nacional do Ensino Médico – ENEM, e de outras políticas afirmativas como as diferentes políticas de cotas.

Pouco mudou, entretanto, no modelo de gestão do sistema universitário brasileiro. O produtivismo inaugurado no governo Fernando Henrique Cardoso – FHC, manteve-se, sob outros modos de relação, entre o governo federal e as instituições federais de ensino superior. (ARRUDA, 2011; PASCHANE E VITORINO, 2015; PINTO DE ALMEIDA, FÁVERO E TONIETO, 2015). O sistema também continuou centralizado com todas as Instituições Federais de Ensino Superior – IFES subordinadas financeira e politicamente ao governo federal e sob o mesmo regime jurídico-administrativo. Estes elementos podem explicar a persistência de fortes traços do sistema de educação de elite e a perpetuação dos mecanismos de exclusão social a partir do acesso (ou do não acesso) ao ensino superior.

Na política de saúde, a ampliação do acesso deu-se por um caminho diferente. Os primeiros anos após a reabertura democrática foram anos de transição entre o antigo sistema securitário, onde apenas os trabalhadores formais tinham acesso aos serviços públicos de saúde, e o novo sistema universal. Esta mudança contou com o protagonismo dos municípios como os entes federados executores da maioria das mudanças no sistema. Com instâncias e mecanismos elaborados de pactuação entre os entes federados, e de participação popular, o Sistema Único de Saúde se torna o maior sistema de saúde universal do mundo. Avançando em áreas como a assistência integral ao portador do HIV–AIDS, transplantes ou no tratamento do câncer, o SUS tem sua maior transformação, enquanto modelo de atenção, no plano da atenção básica. Lançado em 1994, o Programa de Saúde da Família – PSF chega à segunda década do século XXI com mais de 30.000 equipes garantindo o primeiro acesso a serviços de saúde a mais da metade da população brasileira. O ponto crítico para a continuidade da expansão desta política de saúde é a interface com a política de educação e questão central deste estudo.

A falta e má distribuição de médicos, a discrepância entre a formação oferecida e às necessidades de saúde de brasileiros e brasileiras fizeram o SUS adotar várias iniciativas para atender a suas atribuições constitucionais. (BRASIL, 2015; OLIVEIRA et al, 2019) Estas iniciativas são contemporâneas e articuladas com as iniciativas de mudança no modelo assistencial, e estiveram, até o último governo da presidenta Dilma Rousseff, no escopo das medidas indutoras ou de fomento. A partir de 2013, com o lançamento do programa Mais Médicos, o estado brasileiro

enseja assumir a regulação da formação profissional em saúde, como fazem todos os países com sistemas universais. (PINTO, 2019) O Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI, e o Programa Universidade para Todos – PROUNI, responsáveis pela expansão e interiorização do ensino superior encontram-se com as iniciativas de provimento de médicos, através de cooperações internacionais e intercâmbios de médicos estrangeiros e com as medidas de regulação da formação médica. O encontro das duas políticas faz emergir vários elementos importantes para a análise destas e para o próprio campo da análise de políticas.

Construir uma escola médica em uma universidade pública, no interior do nordeste do Brasil, no início do século XXI é um evento raro, improvável, e praticamente inviável. As transformações no ensino superior de todo o planeta aproximam a educação a um bem de consumo, a um mecanismo de ascensão social, de ganho de poder aquisitivo e político individual. A experiência estudada coloca-se em anteposição a isto. De todas as ações da política de expansão do ensino superior e de mudança na formação profissional, a implantação de um curso de medicina pode ser a mais duradoura. Pensando em um projeto perene, a sistematização do contexto sociopolítico, a reflexão crítica sobre os conteúdos da política e os desafios da prática possuem relevância histórica. A aproximação entre as duas maiores políticas sociais do estado brasileiro, educação e saúde, é resultado de longo processo de construção pedagógica, política, e social.

Esta complementaridade possibilita que as políticas funcionem como dispositivo analítico mútuo, ou seja, que a análise de uma política inclua a análise da outra e da relação entre elas. Por serem, supostamente, o máximo de capacidade de governo possível quer seja em termos orçamentários, quer seja em termos discursivos, permitem compreender os limites do estado brasileiro e as relações de poder que o constituem. As aproximações metodológicas propostas, sobretudo o olhar a partir da política para as práticas pedagógicas e de gestão, e destas para a política em ato, podem vir a oferecer contribuições para os estudos das duas áreas. As justificativas para o estudo se apresentam na ordem da frequência, da importância histórica, da análise do estado e das políticas públicas em si, e das possibilidades metodológicas.

1.1 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos básicos são os da ciência em suas diferentes formas de expressão e prática, do compromisso com a vida de todos e todas. Estes pressupostos estão ancorados no do estado democrático de direito, ambiente imprescindível aos anteriores. Considerando então o compromisso com o pensamento crítico, com todas as formas de vida e a defesa incondicional da democracia e da sociedade, o presente estudo parte do princípio que a educação e a saúde, são direitos humanos inalienáveis e papel do estado, que políticas públicas são uma forma de construção do estado, da democracia e a via para a garantia destes direitos. Apesar da hegemonia neoliberal, da capacidade do capital de intervir e definir os rumos do estado e das políticas, há possibilidades de produção de direitos por dentro do estado. As políticas são feitas de processos, acontecimentos, desvios, coletivos, pessoas. Pensar o Estado, no contexto neoliberal mais do que nunca, é mantê-lo vivo. Para mantê-lo vivo é preciso reinventá-lo. Finalmente, a inter-relação entre políticas pode ajudar a compreender o que cada uma precisa mudar, convidá-las a olhar para o lugar onde acontecem pode contribuir para as reinvenções que virão.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de criação do curso de medicina de Caruaru como interface entre as políticas de expansão e interiorização do ensino superior, e de formação médica para o SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar do contexto político que levou a proposição das políticas de expansão do ensino superior e de formação de médicos;
2. Analisar o conteúdo das políticas de expansão e interiorização de ensino superior, formação e provimento de médicos para o SUS, e suas interfaces;
3. Analisar o processo de implantação das políticas que levou a criação do curso de Medicina em Caruaru, pela UFPE.
4. Discutir a atuação dos principais atores políticos no contexto de formulação, aprovação e implementação das políticas analisadas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo se propõe a analisar o encontro de duas políticas públicas, saúde e educação. O campo da análise de políticas se constitui como um campo complexo com vasto referencial teórico dedicado a analisar as duas políticas estudadas. O referencial teórico apresentado se propõe a discutir concepções sobre ciência, política, e as contribuições teórico–metodológicas de autores e autoras da análise de políticas. Para tal, utilizamos como primeira referência a síntese produzida por Ruben Mattos e Tatiana Baptista, apresentada no livro *Caminho para a Análise de Políticas*. (MATTOS E BAPTISTA, 2015)

Os autores entendem que o referencial teórico pode compreender conceitos, categorias, hipóteses, possibilidades de explicação de um fenômeno, pistas. Mas não são definidos a priori, ou seja, podem ser construídos no desenvolvimento da pesquisa. Podem seguir uma lógica hierarquizada e, necessariamente integrar um certo corpo teórico e ideológico. Mas também podem apresentar conceitos divergentes desde que estejam clara as suas escolhas e utilidades.

Neste sentido, perseguimos o desafio posto por Boaventura de Souza Santos de que o pesquisador deve, com seus métodos convencer a si próprio e a comunidade científica com quem pretende dialogar. Um princípio próximo ao trabalhado por Thomas Kuhn que sugere uma ciência normal como a prática dentro de um paradigma. Este conjunto de teorias vigentes transitoriamente é afirmado e reafirmado por cientistas de uma certa época, de um certo momento paradigmático. A ciência revoluciona–se quando questiona o paradigma, o que pode instituir um novo caso torne–se hegemônico. (SANTOS, 1989; KUNH, 1989)

Karen Knorr Cetina vai além, propõe que a produção de conhecimento também tenha capacidade para circular na comunidade não estritamente científica, tecnólogos e formuladores de políticas são bons exemplos. (KNORR CETINA, 1981) Para nós é fundamental que o conhecimento aqui produzido possa ser apropriado por estudantes, professores, trabalhadores da educação, gestores dos sistemas de saúde e das universidades.

Anteriormente a Kuhn, Karl Popper já questionava uma ciência ingênua, fundada na observação atenta e desprovida de prenoções ou preconceitos. Para ele, o cientista deve construir teses que possam ser negadas. Estas se sustentam na

possibilidade de serem contrariadas, e enquanto não o são. Agindo assim estamos procurando nos distanciar do senso comum. Este deve ser o empenho do pesquisador e da pesquisadora, afastar-se do conhecimento pronto, contestá-lo, questioná-lo a medida em que questiona-se a si mesmo. Para isto é preciso saber formular problemas, neste caso, problemas para a análise de políticas que vão além dos próprios problemas que as políticas se propõem a atacar. É preciso pensar criticamente o estado, o governo, e o papel dos sujeitos na produção das políticas. Não podemos aceitar, como adverte Bachelard, que estas concepções (estado, governo, política) estão dadas como ponto de partida para as análises. (BACHELARD, 1984) Propomo-nos a analisar o papel das políticas de educação e saúde no enfrentamento às desigualdades sociais, sempre repensando suas próprias definições e em ato. Bruno Latour adverte sobre os limites da pesquisa em laboratórios. (LATOURE,1997) Bordieu vai além, nas ciências sociais, o pesquisador nunca poderá eliminar a sociologia espontânea, porque a sociedade é objeto de todos. (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 2005) Formar médicos é uma atribuição da universidade, do sistema de saúde, dos próprios médicos e da sociedade. Analisar como duas políticas públicas se encontram para formar médicos, comprometidos com as necessidades de saúde de e em uma região onde nunca se formaram médicos, precisa considerar estes contextos. As teorias escolhidas precisam admitir esta complexidade, os métodos utilizados precisam ser diversos como a realidade impõe. (MATTOS E BAPTISTA, 2015)

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE ESTADO, POLÍTICA E CIÊNCIA POLÍTICA

Especialmente em português, política é uma palavra polissêmica. Diferentemente da língua inglesa que distingue *policy*, *politic*, e *politician*, usamos o mesmo termo para vários sentidos. Em inglês *policy* significa planos, diretrizes, programas. O *politics* faz referência distribuição do poder e lutas em jogo. O termo *polity* faz alusão a dimensão estrutural ou do sistema por vezes referida ao próprio Estado, reunindo o conjunto de normas constitucionais e a sociedade política. (ESPERIDIÃO, 2018)

Além dos sentidos cotidianos, a noção de política ainda pode abrir outras possibilidades quando usada para definir o campo científico e de práticas de governo. Norberto Bobbio reconhece em Aristóteles a primeira referência ao conceito, ainda na antiguidade. No verbete de seu Dicionário de Política, apresenta a transição entre o conceito de vida na pólis, ou na cidade, para os múltiplos conceitos que emergem junto com o estado moderno. Ajudam a explicar a noção de política e sua evolução histórica as tipologias de poder clássica e moderna. (BOBBIO, MATTEUCCI, PASQUINO, 1998)

Mattos e Baptista (2015), partem da construção do estado moderno para iniciar o debate sobre a definição de política. Para estes autores a noção moderna, ou da modernidade, de política foram formuladas para o controle dos territórios e dos processos de expansão dos estados nacionais. A arte de governar, o governo responsável pelo estabelecimento e manutenção do território nacional, da segurança interna de sua população e dos fluxos de produção. As primeiras constituições tratavam de dar limites aos soberanos, de estabelecer regras sobre o território e a atuação dos estados, perseguindo ideais de “bom governo”. Nasceram os três poderes que partilham liberdades e restrições mútuas, uma ordem social e um modo de reprodução da vida – o modo de produção do capital. Neste sentido, o liberalismo não é apenas econômico mas, social e sobretudo, político. Trata-se da gestão da liberdade, das liberdades de mercado, do vendedor e do comprador, da propriedade, de discussão e eventualmente da expressão. O homem não é mais servo, agora é trabalhador, força do estado e identidade da nação.

A contribuição de Max Weber segue na caracterização da burocracia tecno-administrativa, profissionais especializados na função pública de construção e manutenção do estado. As atribuições destes técnicos passam a constituir-se categorias analisáveis, movimento necessário universalização do estado moderno. (WEBER, 1999) Mesmo em concepções que contrariam a lógica econômica do liberalismo, a ordem política mantém-se. Exemplos disso são as medidas anti-cíclicas do keynesianismo, as ditaduras ou mesmo os estados socialistas, para os quais a gestão das fronteiras, a manutenção da ordem e os fluxos de produção estão preservados. Dentro da mesma lógica racionalista que institui o estado moderno, emergem as ciências que o estudam. Esta lógica que divide o estado em funções especializadas também divide as ciências humanas em economia, sociologia e política. Nesta divisão a ciência política reduziu seu escopo de análise

ao aparato governamental, ao pensar como os governos dão contas de suas funções. A sociologia passou a ocupar-se, entre outras coisas, dos fenômenos internos das sociedades, e a economia da produção e circulação de riquezas. Mas os governos acontecem nas sociedades, a economia é feita pelas pessoas e diretamente influenciadas pelas decisões dos governos, e este modelo cedo mostrou suas limitações. Admitindo-se que os estados estão além dos governos e a indissociabilidade entre a economia, a sociedade e política, presume-se que a análise de políticas precisa dar conta não apenas do que é visível. Precisa atentar ao que se faz em nome do estado, como e porque. Se a liberdade é o reconhecimento da necessidade de limites a análise de políticas pode e precisa ser vista como a mediação da conversa sobre esses limites (MATTOS E BAPTISTA, 2015).

Esta é uma possível aplicação do conceito revolução molecular de Félix Guattari. O molecular constitui o molar, integra e faz parte assim como a sociedade da política. Não são níveis ou estados diferentes de organização da matéria, mas planos ou perspectivas interpostos. (GUATTARI, 1987). Segundo Mattos e Baptista, Harold Lasswell introduziu o termo policy analysis propondo um concílio entre o campo científico e a produção empírica dos governos, mas foi após a segunda guerra que o mesmo Lasswell propôs o conceito de policy science no intuito de apoiar governos a formular, implementar e desenvolver políticas públicas. No quadro a seguir apresentamos vários conceitos de políticas públicas utilizados por diversos autores. (MATTOS E BAPTISTA, 2015)

Quadro 1 – Conceitos sobre análise de políticas

(continua)

Autor	Conceito sobre análise de políticas
Simon (1957)	Racionalidade limitada dos decisores públicos sugerindo que tal limitação poderia ser reduzida pelo conhecimento racional.
Easton (1965)	Sistema que envolve formulação, resultados e ambiente.
Thomas Dye (1976)	O governo escolhe fazer ou não fazer, por que faz e que diferença tal ação traz.

(conclusão)

Autor	Conceito sobre análise de políticas
Willians Jenkins (1978)	Mais complexa e menos isolada à decisão governamental, mas ainda assim traduzindo-a como uma conjunção de decisões tomadas por atores políticos ou grupo de atores em relação a metas e recursos para se atingir uma determinada situação.

Fonte: Adaptado de Mattos e Baptista, 2015.

Em todos estes conceitos sobre políticas públicas há uma semelhança, o governo é um processo político gerido por representantes do estado. Tal compreensão reforça a divisão de papéis entre o estado e a sociedade que, no máximo, relacionam-se.

Mas porque pesquisar para subsidiar governos? Se observarmos o que Bourdieu chama atenção, devemos nos ater a história dos objetos e dos problemas. (BOURDIEU, 2000) A atenção deveria se voltar ao que não está no discurso oficial, mas aos processos e as relações que o produzem. Ao contrário de afirmar uma verdade, compreender porque algumas práticas se reproduzem e definem políticas e práticas institucionais. Neste sentido, queremos entender quem e como participam da definição dos problemas, se os enunciados foram suficientes, que problemas ficaram de fora da agenda e quem se dedicou a eles. No nosso caso, quem influenciou ou determinou a falta de médicos e a insuficiência ou centralização da oferta do ensino superior como problemas para as políticas de saúde e educação; se as políticas de fixação, provimento e o reordenamento jurídico da formação médica, assim como, a proposta de ampliação e interiorização do ensino superior público foram suficientes como enunciado; e, sobretudo, o que faltou, o que não foi pensando e porque.

Pensar o estado a partir de categorias universais interessa a quem cria os modelos, ou seja, favorece a manutenção dos sistemas que produzem desigualdades. É necessário romper com o normativo e descritivo e ir além, admitir o estado como mediador de interesses sociais, como expressão da cultura, de hábitos, práticas e costumes de vários grupos sociais. É preciso estar atento e investigar a prática de embates, conflitos de interesse, posições e percepções de mundo, e como todos estes fatores produzem acordos momentâneos e dinâmicos. Para o

estudo que propomos é preciso se debruçar sobre a realidade brasileira, o contexto historicamente produzido, que influências políticas e onde estas prosperam ou não. Um país construído sobre a égide de um sistema escravagista de produção, o último do planeta a aboli-lo, e que se mostrou muito mais propenso a acomodações que a rupturas. Esta tradição hierarquizada se perpetua e, segundo alguns autores está presente na forma de se fazer política no Brasil. Muitos dos estudos que afirmam estas características ainda seguem uma tendência universalizante. Descolonizar o pensamento seria o caminho para a construção de uma nova história, um papel relevante para a ciência implicada. Segundo Mattos,

“Mas será possível constituir um pensamento político crítico no Brasil, que rompa com o modelo universal e que valorize o que é a construção cotidiana das políticas, ressaltando as diferenças e conflitos? Não queremos com isso constituir uma nova racionalidade ideal, mas produzir narrativas de um pensamento implicado, que possibilite a percepção de que os processos em curso na nossa sociedade já se dão de forma ampla, ainda que pouco visíveis, sendo preciso trazê-los para discussão.” (Mattos, 2015)

3.2 ANÁLISE DE POLÍTICAS

Monique Esperidião, pesquisadora baiana, oferece uma revisão integrativa, nacional e internacional realizada entre os anos de 2012 e 2017 sobre as principais abordagens teórico-metodológicas sobre a análise de políticas. Os estudos sobre políticas públicas, podem ser divididos entre os de análise de políticas, análise do processo político, do conteúdo da política, de formulação de políticas, e ainda distinguem-se entre a análise de políticas e avaliação de políticas. No Brasil, os modelos teóricos mais utilizados são o Modelo do Ciclo de Políticas, Modelo de Fluxos Múltiplos de Kingdon; Modelo do Equilíbrio pontuado; Modelo do Quadro de Coligação de Defesa; e Modelo de Walt e Gilson. (ESPERIDIÃO, 2018)

O modelo proposto pelas inglesas Walt e Gilson em 1994, e ampliado por Araújo Jr. e Maciel Filho em 2001, que sugere um triângulo composto pela análise do contexto, do processo e do conteúdo da política, tendo com centro da análise os atores sociais que participam desta produção, nos parece apropriado como ponto de

partida para o exame da política de saúde. (WALT E GILSON, 1994; ARAÚJO JR E MACIEL FILHO, 2001) O modelo do ciclo de políticas, como apresentado pelo também britânico Stephen Ball, além de utilizado no campo da saúde constitui-se em um referencial importante para as políticas de educação e será adotado, também, como ponto de partida para a análise deste componente do estudo. (BALL, 1994; 2015) Ambos os modelos são complementares e com categorias muito próximas como detalharemos a seguir. Ball trata os três campos como contextos, mas estes contextos guardam estreita relação com os lados do triângulo de políticas de Walt e Gilson. O contexto de influência aproxima-se ou confunde-se com o contexto proposto pelas autoras. O contexto da produção de texto guarda estreita relação com a análise do conteúdo da política, e o contexto da prática com a análise do processo. Para ambas as abordagens, os campos de análise ou os contextos são indissociáveis. Distinguem-se para a compreensão e comunicação, mas sofrem e produzem influências mutuamente. Pesam sobre os dois modelos o fato serem modelos elaborados por autoras e por um autor saxão, com o que pretendemos dialogar e adjetivar com autores e autoras do sul global, especialmente os latino-americanos e brasileiros.

3.2.1 A análise de políticas em países de baixo e médio orçamento

Em 1994, Gill Walt e Lucy Gilson consideravam a análise de políticas um campo consolidado em países do capitalismo central, porém incipiente em países em desenvolvimento. Apesar do otimismo produzido pelo consenso internacional em torno da atenção primária a saúde – APS (Primary Health Care) na década de 1970, a escalada de custos e os baixos orçamentos nacionais, a emergência da AIDS, o aumento da frequência e intensidade de desastres naturais, da prevalência de doenças crônicas, a persistência de doenças infecciosas, o incremento das desigualdades sociais, a desmotivação dos trabalhadores de saúde, constituem-se como desafios para as pesquisas do campo. Havia na época, e talvez ainda haja uma predominância de estudos sobre o conteúdo das políticas, negligenciando o processo, e os atores. As décadas precedentes de 1950 e 1960 gozam de relativo consenso entre os governos, formuladores e analistas de políticas. Este consenso se dá em torno do papel central do estado na organização de serviços e sistemas de

saúde, e na centralidade do pensamento médico como racionalidade suficiente para a compreensão e intervenção sobre os fenômenos. Na década de 1970, o surgimento do setor privado e as produções da história, sociologia e da economia modificam o cenário de consenso produzindo arenas de conflito. Surgem contestações sobre a eficácia do pensamento médico centrado, e sobre a eficiência dos sistemas da saúde organizados a partir desta racionalidade. O campo de análise de políticas, originalmente destinado contribuir, com ênfase no conteúdo apenas, para a formulação de políticas, passa a ser questionado. Torna-se necessário considerar a política como resultado de um complexo social e interação econômica. Em resposta a esses questionamentos Walt e Gilson propõem uma ampliação da compreensão sobre como as políticas são produzidas, e sobre o que pode e deve ser considerado seu conteúdo. Mas, sobretudo, defendem a imperiosidade da análise do contexto, do processo e dos atores e suas relações na produção destas políticas. Tais dimensões são indissociáveis em qualquer análise. (WALT E GILSON, 1994; GILSON E RAPHALEY, 2008)

Ao reconhecerem a influência das ciências sociais em toda história da construção deste campo epistemológico, as autoras utilizam um referencial claramente estruturalista na compreensão do que é o contexto, sobre o que é o processo e sobre quem são e como se identificam os atores da política. Tomamos esta taxonomia como ponto de partida pela capacidade de interlocução interna no campo, mas acolhemos contribuições mais contemporâneas como dispositivos analíticos complementares.

3.2.1.1 Contexto

Os autores variam quanto a compreensão sobre o que é o estado e qual seu papel no contexto quando analisamos políticas. Walt e Gilson sugerem uma divisão entre os que consideram central ou periférico. Ainda sobre o interesse público do estado, autores com visão marxista entendem que o interesse do estado é definido pelas questões de classe, já teóricos do interesse privado advogam que burocratas e políticos tentam responder aos interesses da maioria como um projeto próprio de poder. Estas posições estão presentes em estudos que consideram o estado como central na formulação, execução e, por conseguinte, análise de políticas. (WALT E

GILSON, 1994) A visão moderna do estado, com forte influência do pensamento weberiano é marcante sobre a noção de que estes seria o macrocontexto. Este ainda poderia ser compreendido, ou descrito sob as perspectivas políticas, econômicas e sociais, e dedica-se a identificar quem manda, quem suporta e quem se opõe. Cabe então perguntar: quão legítimo é o governo? Quão estável? Pode surgir oposição? Quão popular ou impopular é a política? Há tempo para mobilizar uma base de apoio? Quão independente é o governo? A política afeta grupos importantes? Qual a posição das elites?

Há ainda autores que levam em consideração outros elementos na análise do macrocontexto como a cultura, compreendida aqui como conjunto de valores e práticas de uma dada sociedade. (WALT E GILSON, 1994) Mesmo os autores que assim o fazem, partem de uma visão estruturalista da cultura. Para Araújo Jr. o macrocontexto condiciona o microcontexto. Este último seria definido como a política setorial, ou seja, a própria política de saúde dentro e definida pela política nacional. (ARAÚJO JR. E MACIEL FILHO, 2001)

Consideramos relevante a contribuição de Deleuze e Guattari sobre molaridade e molecularidade para a análise do macro e microcontexto. (DELEUZE E GUATTARI, 1997) Estas duas formas de organização da vida (não apenas do estado) seriam complementares e interdependentes. Sendo assim o molar está presente no molecular e vice-versa. As características que definem o macrocontexto estão, da mesma forma, presentes no microcontexto. O micro condiciona o macro da mesma forma e não hierarquicamente. Para fins deste estudo é imprescindível considerar o contexto regional, local e institucional como microcontexto. O agreste pernambucano e Caruaru são regiões que dialogam e explicam o cenário nacional de transformações sociais analisadas neste estudo. A Universidade Federal de Pernambuco – UFPE e seus cursos de medicina da mesma forma.

3.2.1.2 Conteúdo

Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) consideram conteúdo o corpo da política expresso através de programas, projetos, atividades específicas, objetivos e metas. Aquilo que nos leva de uma situação atual a uma situação desejada. Expressa também os fundamentos ideológicos que sustentam os governos e podem ser de

ordem neo-liberais, conservadoras, social-democratas, socialistas, feministas, raciais ou verde (ambientais). É a forma de enfrentar um problema ou grupo de problemas ou a decisão sobre um problema e as decisões subsequentes. O pesquisador pernambucano sugere que o primeiro passo deve ser a identificação deste problema, no nosso caso, a falta e má distribuição de médicos, mas também a inadequação da formação de médicos e médicas para a atuação no SUS. Este último apresenta-se como um problema mais complexo e exemplo da indissociabilidade entre os contextos analisados. (ARAÚJO JR. E MACIEL FILHO, 2001)

Em seguida devemos entender quais os propósitos das políticas propostas, seus objetivos e metas, que recursos materiais, técnicos, e políticos foram mobilizados. Devemos analisar também a organização interna das propostas, sua sequência e coerência. Por fim, os autores defendem que avaliemos se os resultados são condizentes com as propostas e se respondem ao problema formulado. Admitimos desde já a limitação temporal para tais constatações, e dada a complexidade do segundo problema apontado, a dificuldade de avaliação dos resultados.

3.2.1.3 Atores

A maioria dos estudos entendem como atores políticos governantes e burocratas que participam das etapas de eleição dos problemas, formulação das políticas e implementação. Outros vão além e admitem que não só pessoas mas grupos, coletivos, organizações não governamentais e movimentos sociais participam da arena. Em comum, trazem consigo algum poder de alterar a situação atual ou de mantê-las como está. Araújo Jr. sugere o modelo de análise de atores de Matus como um modo possível. Neste modelo devemos (ARAÚJO JR. E MACIEL FILHO, 2001):

1. Identificar atores principais;
2. Identificar a posição de cada ator;
3. Descrever se estão ou não mobilizados na agenda específica;
4. Estabelecer o poder de cada ator em relação aos outros;

5. Analisar as possibilidades de aliança entre eles;
6. Analisar a viabilidade da política.

Acolhemos a sugestão de Mattos e Baptista em considerar sujeitos participantes da política e não atores. A advertência justifica-se pela ideia de que atores atuam conforme a cena, e com roteiro definido por uma suposta direção. Sujeitos são portadores de subjetividades que interferem nos processos decisórios, são atravessados pelas políticas, e sugerem escutas singulares. (MATTOS E BAPTISTA, 2015)

Os sujeitos que interessam a esta pesquisa são os que atuaram como formuladores de políticas em nível central, gestores e políticos. Porém para a compreensão do contexto onde se inserem, e de como interferem neste produzindo sentido para as políticas precisam ser considerados como sujeitos de afetos assim como de direitos, e de poderes. Interessa-nos não apenas os que atuaram em plano nacional, mas os gestores locais do sistema de saúde e da universidade, os professores e estudantes. Nossa atenção também estará dedicada, não só aos papéis formalmente atribuídos, mas também as relações entre estes e a realidade que os cercam e da qual fazem parte.

3.2.1.4 Processo

Essa é a história das políticas e das decisões. Como um determinado problema entrou na agenda? Porque outros não entraram? Como se deu a elaboração das estratégias para enfrentamento dos problemas? Quem formulou as propostas? A partir de que referencial ético, ideológico, político, estético?

Em 1994, Walt e Gilson defendiam que o foco no processo era uma estratégia necessária para a superação das análises centradas no conteúdo das políticas e orientadas a apoiar apenas formuladores em nível central. (WALT E GILSON, 1994) Detalhando o modelo proposto pelas autoras europeias, Araújo Jr e Maciel Filho, (2001) sugerem que a análise do processo passar dar conta de uma sequência de decisões.

1. Identificação do problema. Como entrou na agenda?

2. Formulação. Quem formulou? O que formulou?
3. Implantação (mais importante). Quais eram os recursos disponíveis? Quem foi envolvido e como? Como pode ser apoiada?
4. Avaliação. O que aconteceu? O que está acontecendo? Os objetivos foram atingidos? Houve consequências impensadas?

Em revisão realizada em 2008, Gilson e Raphaely observaram o impacto desta produção e chamam atenção para o que aprendemos com o que veio após. Além de descrever o que aconteceu, consequência metodológica mais frequente nos 164 artigos analisados, é necessário entender o que explica o que aconteceu. Para as autoras, os quinze anos de produção analisados oferecem algumas constatações. As políticas podem ser (e comumente são) contestadas, resultam em consequências inesperadas e podem produzir resultados indesejados, são socialmente construídas e ganham outros sentidos quando tornam-se públicas, os resultados não dependem apenas de bons técnicos ou do uso de evidências. Os estudos, em geral, apresentam foco exploratório, com pouca referência na implantação e nos modos de produção e exercício do poder, com pouca atenção nas instituições. Frequentemente são análises da política e não para a política, ou sejam podem estar descoladas da realidade institucional ou temporalmente. (GILSON E RAPHALEY, 2008)

Walt et al (2008), revisaram seu trabalho e apontam alguns desafios para análise de políticas considerando o crescimento da participação do setor privado nas políticas e a influência do ambiente externo resultante da globalização. Para elas os governos continuam importantes mas outros atores cresceram em importância. As políticas estão, em geral, mais deliberativas, menos *top down*, envolvendo redes expandidas. As pesquisas, por conseguinte, mais interpretativas, levando em conta histórias pessoais, compreendendo valores e crenças através da linguagem e do comportamento. As autoras propõem alguns desafios para o campo.

1. Entender as políticas como ações (e não ações) que afetam as instituições;
2. As políticas não são produções fechadas ou bem delimitadas;
3. É difícil localizar como surgem as decisões;
4. Pode haver excesso de informações, hoje admitimos que pode haver uma grande quantidade de informações falsas também;

5. É conceitualmente difícil de captar e medir níveis de recursos, valores, crenças e poder.

Aprendemos com os apontamentos destinados, principalmente, a países do capitalismo periférico. Destacamos a implantação do curso de Caruaru como estudo de caso das políticas de educação e saúde pela capacidade desta experiência em mostrar o processo de implementação das políticas para a formação médica e expansão do ensino superior público, com vistas a redução de desigualdades. Esta iniciativa tem potência para analisar o que fez parte, mas também o que não entrou na agenda nacional. Esperamos que também possa apontar para o que pode fazer parte em novas políticas assim nesta (ou o que sobrou dela) e que continua em vigor.

3.2.2 O ciclo de políticas

A opção de distinguir e identificar as fases de uma política para sua análise acompanha este campo científico desde sua criação. Esta opção deriva de uma posição racionalista necessária à época, expressa também na concepção do estado e do lugar em que as políticas e os pensamentos sobre elas ocupavam. A preocupação vigente nos séculos XIX e XX repousava sobre como apoiar os governos a tomarem decisões mais racionais, coerentes com seus propósitos e efetivas nos seus meios. Alguns autores destacam-se como expressões desse pensamento e síntese deste contexto. Na década de 30/40 Harold Lasswell propõe uma abordagem multidisciplinar para o campo e na década de 1950 propõe sete estágios para as políticas, restritos às ações de governo: informação, promoção, prescrição, invocação, aplicação, término e avaliação. (BAPTISTA E REZENDE, 2015)

Vários autores sucedem Lasweel na tradição e nas críticas à divisão por fase, supostamente distintas, e à ênfase na ação governamental. Howlett e Ramesh, já na década de 1990, propõem cinco etapas e já consideram, seriam elas: montagem da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação. Contudo permanece a ênfase central no governo como quem apreende o interesse social, decide, executa e avalia sua própria ação. (BAPTISTA E REZENDE, 2015)

Em 1992, Stephen Ball, sociólogo inglês, propõe um abordagem ao ciclo de políticas rompendo com a centralidade das análises sobre as ações de governo e entendendo os processos de produção da política como indissociáveis. As políticas passam a ser compreendidas com um complexo processo de produção e interação social. Admite-se a incerteza como princípio e o poder como categoria central para análise, dada a multiplicidade de fatores envolvidos. A política é vista como discurso, e o discurso é compreendido como uma forma de poder. Os sujeitos e as subjetividades são os formuladores do discurso, mas também quem escuta ou lê, interpreta e dá novos sentidos. No lugar de fases, cronologicamente e racionalmente separáveis, contextos interponíveis, influenciados mutual e reciprocamente, dinâmicos e abertos. (BALL, BOWE E GOLD, 1992)

3.2.2.1 Contexto de Influência

É onde nascem as políticas. O lugar onde grupos de interesses disputam regimes de produção de necessidades sociais, de caracterização dos modos de apreender, compreender e comunicar o que serão os problemas para as políticas. São redes sociais constituídas por dentro e no entorno de partidos políticos, do governo, do legislativo, mas que envolvem movimentos sociais, corporações, e a academia, por exemplo. Os conceitos ganham legitimidade neste contexto, e formam o discurso de base. Trabalhos recentes sugerem uma crescente participação de influências globais como o mercado global de educação e saúde, assim como de organismos internacionais como Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO e Organização Mundial da Saúde – OMS. (MAINARDES, 2006)

Deve compor esta genealogia a análise dos discursos e dos interesses apresentados e não apresentados pelos organismos internacionais, como o Banco Mundial, para a educação superior brasileira. Os diagnósticos, sugestões, e medidas indutoras que definem a ampliação do acesso como meta central da política, e as estratégias de priorização da iniciativa privada como via mais rápida e eficiente para alcançar estes resultados, são exemplos de influências externas que precisam ser levadas em conta na experiência analisada. Também é importante destacar o discurso e as práticas das entidades médicas em barrar qualquer forma de

ampliação da força de trabalho em saúde, especialmente médica, anunciada como medida de proteção da sociedade a má prática, mas que revela um apetite comercial insaciável que sacrifica vidas para inflacionar o mercado de serviços médicos, enquanto a precarização do trabalho avança em tamanho e nos seus métodos.

O contexto de influência das políticas em tela também é formado pelo cenário institucional da UFPE e da conformação dos sistemas locais, regionais e estadual de saúde, em Caruaru e em Pernambuco. A forma como uma instituição centenária acolhe, mas sobre tudo resiste a um projeto inovador parece funcionar como um dispositivo analisador da política nacional, suas potencialidades e limites. A demanda reprimida e constante por mais e novos médicos na região, e como ela interfere na universidade e na política nacional pode ajudar a produzir reflexões sobre como as reformas do ensino superior contribuíram ou não para a permeabilidade da universidade a atores locais e como as regiões de saúde, prefeituras e secretarias conseguem influenciar a política nacional de saúde.

A relação com o SUS, compreendido aqui como um conjunto heterogêneo de trabalhadores e trabalhadoras, gestores, movimentos e interesses, será um eixo de análise a partir do qual tencionaremos as alianças e os enfrentamentos locais. Constitui-se assim um microcontexto, intrinsecamente ligado ao que acontece com os rumos da política nacional de saúde, e que também adjetiva a política de interiorização.

3.2.2.2 Contexto da produção de texto, imagens e sentidos.

Ball entende como simbiótica a relação entre o contexto de influência e o da produção de texto. Porém os textos são endereçados a um público mais amplo, enquanto as influências denotam interesses mais estáveis e ideologias dogmáticas. Este contexto pode ser, inicialmente, observado a partir de textos oficiais, mas também de pronunciamentos, vídeos, e mais recentemente nos mecanismos de comunicação das redes sociais. São resultados das disputas e acordos, que não cessam, pelo contrário, continuam a partir dos textos ou dos discursos proclamados. (Ball, 1994) Propomos ampliar o olhar para incorporar esses novos modos de produção textual, que articulam além de compromissos, sensações, afetos, sentidos e sonhos. A ampliação do acesso ao ensino superior é, indiscutivelmente, um

indicador de desenvolvimento social e possível fator de redução de desigualdades sociais, mas também encontra ressonância com o imaginário de realização pessoal para estudantes e profissionais de saúde de uma região. A existência de uma universidade em uma cidade do interior do nordeste interferem significativamente com a economia local, mas com todo o conjunto de representações e regimes de produção de verdades em todas as áreas do conhecimento.

A chegada de médicos cubanos ao Brasil foi anunciada como um programa de provimento para áreas onde não havia médicos, mas revestiu-se de uma imagem de interferência radical do estado sobre as liberdades individuais, inaugurando o discurso xenofóbico e fascista que, em pouco tempo, tomaria a agenda política nacional.

Esteremos, portanto, atentos aos textos oficiais, e as produções imagéticas e de sentidos que advém da política. Estas representações são a ponte entre o contexto de influência e o de práticas. Segundo Ball, 2015, “we do not do policies, policies does us” Nós não fazemos as políticas, elas nos fazem. Os sentidos produzidos pelas diversas formas de comunicação das políticas aqui analisadas estarão presentes no contexto em que as práticas serão analisadas. (BALL, 2015)

Um eixo central de análise da produção textual e de sentidos em um plano micropolítica é a genealogia da produção do Projeto Político Pedagógico do curso de medicina. O processo como foi escrito, o debate nas instâncias universitárias, o debate com os trabalhadores e trabalhadoras do SUS–Caruaru, com os gestores de saúde. Como as premissas presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais aparecem traduzidas, que outros princípios são agregados, e como são apresentados à sociedade.

3.2.2.3 Contexto da prática

Na prática a teoria é outra, jargão popular que povoa os encontros entre academia e os serviços de saúde pode ser compreendido com uma expressão da teoria de Ball sobre políticas. Uma vez tornado público, o discurso que compreende uma política é apropriado por quem faz o cotidiano, processado, e recriado. Isto não diz apenas do processo de implementação, está presente no contexto de influência, porque trabalhadores, usuários do sistema de saúde, corporações, secretarias de

saúde, as coordenações e direções das universidades, todos e todas, organizados ou não, influenciam o contexto que provoca, que pede a política. Também estão presentes no contexto da produção de sentidos da política, ou são sua expressão mais micropolítica. Para Ball, continua interessando a compreensão da política como discurso, tanto quando texto. O primeiro limita-se por imposição própria. Limitação de alcance e de ressonância. O segundo, o texto, é limitado por seus leitores. No contexto da prática outro discurso emerge e legitima-se. (BALL, 1994; 2015)

Como os pressupostos de formação médica, influenciados por diretrizes e consensos nacionais e internacionais, expressos no Projeto Pedagógico do Curso tornam-se práticas pedagógicas? Que novos discursos emergem quando esta política ganha os serviços de saúde, e circundam os encontros com trabalhadores e usuários?

Um segundo eixo de análise proposto é o processo de formação do corpo técnico pedagógico da escola, professores, técnicos, organograma e processo de trabalho. Este eixo compreende as ações de formação pedagógica da equipe e as iniciativas de educação permanente, instituídas e com funcionamento regular, incorporado ao processo de trabalho/ensino/aprendizagem. O processo decisório do perfil docente permite uma interface com o contexto de influência, mas também ajuda a visibilizar a apropriação de alunos e professores do projeto pedagógico, das diretrizes curriculares, com as representações dos estudantes sobre o que sentidos de ser médico ou médica, com os interesses do mercado local de saúde.

A relação com o aparelho técnico burocrático da universidade e as concepções educacionais vigentes na UFPE, na luta para a construção de um curso que a própria universidade demandou mas que não se encaixa nos formulários e sistemas de gestão acadêmicos, podem ajudar a entender limites das reformas universitárias enquanto conteúdo, propósito e resultados, mas também pode ajudar a pensar novas proposições para futuras políticas.

Encontramos grande correlação entre o pensamento de Ball e Walt e Gilson, em que pese as diferenças epistemológicas, Ball parece responder a algumas inquietações das autoras quando apontam o foco também para a micropolítica e para a compreensão da política como a produção de um certo regime de verdade. Não encontramos referências a Foucault nas produções de Walt e Gilson, mas como o poder constitui o estado e dele parte para a dominação dos corpos, através de políticas e da educação é a chave que o pensamento de Ball oferece para os

desafios apontados. As autoras chamam atenção especial para o lugar dos atores como centro do triângulo e relações entre os lados. Ball propõe dar voz a esses autores, e admite que há mais que atuação institucional, há subjetividades, são sujeitos.

Optamos pela aproximação das duas teorias pelo que estas comunicam com o interior de cada área específica, no caso saúde e educação e pelo que podem complementar-se mutuamente. Há dois outros contextos propostos posteriormente por Ball, o contexto de resultados e de estratégias, complementares aos lados do triângulo de Walt e Gilson, que tomaremos como pano de fundo de nossas análises.

Como síntese do referencial teórico utilizado, sugerimos três eixos reflexivos disparadores das análises dos três lados do triângulo de políticas e dos contextos de influência, práticas e produção de sentidos (texto), ilustrados no quadro Quadro 2 – Principais eixos de análise. . O primeiro as relações com o SUS, um dos contextos de emergência do problema analisado, integrante do contexto de influência local, cenário de práticas pedagógicas e de cuidado, e parte do discurso do Projeto Político Pedagógico – PPC do curso. Este primeiro eixo é portanto, o centro das análises.

O segundo é o processo de produção do projeto pedagógico, seu enunciado explícito, e suas apropriações e ressignificações. Qual a influência das diretrizes curriculares nacionais sobre o PPC, de onde vem a proposta de metodologias ativas? Qual o lugar das desigualdades sociais no PPC, como ele dialoga com o SUS? A produção do PPC é a interface entre o contexto da produção de sentido (Ball) e conteúdo (Walt e Gilson), e o contexto da prática (Ball) e processo (Walt e Gilson).

O terceiro eixo dialoga mais intensamente com o contexto da prática, ou a análise do processo da política. O processo de formação de professores é o processo que concretiza a política porque é compreendido como uma unidade que integra a seleção do perfil, a seleção enquanto processo público de contratação de servidores, a formação pedagógica inicial e acolhimento na instituição, e a estratégia de educação permanente como parte do processo de ensino/aprendizagem/trabalho. Portanto, este processo capilariza-se, dilui-se pelos espaços pedagógicos e retorna para espaços de reflexão e de ressignificação do PPC e das metodologias.

Sem a pretensão avaliativa de auferir julgamentos, discutiremos alguns resultados parciais das avaliações institucionais como parte dos discursos e das

disputas institucionais. Entretanto não constitui objetivo deste trabalho responder, mesmo que imprecisamente, se os médicos e médicas formados em Caruaru respondem a um determinado perfil. A formação médica é uma instituição constituinte do estado moderno, como tratamos anteriormente. A medicina é o pilar fundamental para a concepção moderna de normalidade, essencial para distinguir entre liberdades proibidas de liberdades permitidas. É parte estruturante da compreensão cotidiana do que é a vida, portanto é muito maior que uma escola médica, ou mesmo de que uma política de estado. Não poderíamos avaliar isso com os meios aqui disponíveis.

Quadro 2 - Principais eixos de análise.



Fonte: Elaboração própria.

3.3 BREVE HISTÓRICO DO ENSINO SUPERIOR NO BRASIL

A história do ensino superior no Brasil guarda estreita relação com a conformação do estado brasileiro. As diferentes marcas da colonialidade¹ estão presentes em todos os momentos desde o consenso do período colonial que antecede a chegada da coroa portuguesa até os dias atuais. Trezentos e oito anos foram necessários para a criação do primeiro curso superior, ato do imperador D. João VI. Cento e vinte anos se seguiram e, apesar da independência, abolição da

¹ Para o conceito de Colonialidade ver Quejado, 2005.

escravatura e proclamação da república, o Brasil permanece com poucos cursos, concentrados nos centros coloniais (Rio de Janeiro, Recife, Salvador), com faculdades isoladas destinadas a formação de profissões liberais e para a burocracia estatal que surgiu no período. É marca deste período a dependência e submissão total das instituições ao estado. O controle era estabelecido através do sistema de cátedras, cargos vitalícios conferidos pelo poder central por relações políticas e pessoais, e não pelo mérito acadêmico ou científico. (SAMPAIO, 1991).

O processo de modernização do estado, o deslocamento do centro econômico do nordeste para o sudeste, o nascimento da burguesia paulista, e a industrialização dão início às demandas por produção de conhecimento, ou seja, da pesquisa para o desenvolvimento tecnológico. São marcos deste período a criação da Universidade do Brasil, resultado da unificação das escolas isoladas, em 1920. Nos anos 30 nascem a Universidade de São Paulo e do Distrito Federal (RJ), mas no cenário de superposição de modelos e não na substituição. A polêmica repousava na relação entre a igreja, o estado e as instituições de ensino. A autonomia era reivindicada como estratégia de separação da universidade do estado e, conseqüentemente, da igreja. Mas é uma aliança com a igreja que faz o governo Vargas implementar a reforma Francisco Campos que cria as Faculdades de Filosofia, Letras e Ciência, como estratégia de organização da produção científica. Convivem neste período a formação para profissões liberais como a medicina, o direito e a engenharia, os primórdios da ciência nacional, e a formação de professores para as escolas que serviriam a classe média emergente. (SAMPAIO, 1991)

Tabela 1 – Expansão do ensino superior no Brasil (1808–1968)

Expansão do ensino superior no Brasil (1808–1968)	
Período	Nº escolas de ensino superior criadas
Até 1900	24
1900–1910	13
1910–1920	34
1920–1930	86
1930–1945	95
1945–1960	223
1960–1968	375

Fonte: Teixeira apud Sampaio, 1991

No intervalo entre ditaduras 1930–1964 poucas mudanças e quase nenhum crescimento. Porém forma-se a rede de universidades federais, nasce a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, algumas instituições municipais são federalizadas o que intensifica a diversificação institucional. Nos anos 30 é criado o mecanismo de lista tríplice que permanece até hoje como compartilhamento da escolha dos dirigentes das instituições de ensino entre a comunidade acadêmica e o governo federal.

Tabela 2 – Evolução das Matrículas – Brasil (1940–1960)

Evolução das Matrículas – Brasil 1940–1960		
Ano	Total de Matrículas	% crescimento
1940	27671	
1950	48999	
1954	64645	
1955	72652	12
1956	78659	8
1957	79505	1
1958	84481	6
1959	87603	4
1960	93202	7

Fonte: adaptado de Sampaio, 1991

As mudanças no mundo do trabalho, advindas da industrialização, vividas na década de 1960 repercutem na universidade à medida que o diploma passa a significar a oportunidade de emprego. Apenas neste período é extinto o sistema de cátedra, mas os mecanismos de seleção de professores continuam arbitrários, prevalecendo o patrimonialismo e as relações com o regime autoritário sobre o mérito acadêmico e científico. Professores e estudantes são perseguidos, a produção intelectual crítica é coibida, mesmo assim a universidade brasileira experimenta seu primeiro ciclo de expansão. (SAMPAIO, 1991)

Tabela 3 – Evolução das Matrículas – Brasil (1960–1980)

(continua)

Evolução das Matrículas no Ensino Superior – Brasil 1960 – 1980		
Ano	Matrículas	% crescimento
1961	98892	6

1962	107299	9
1963	124214	16
1964	142386	15
1965	155781	9
1966	180109	16
1967	212882	18
1968	278295	31
1969	342886	23
1970	425478	24
1971	561397	32
1972	688382	23
1973	772800	12
1974	937593	21
1975	1072548	14
1976	1044472	—
1977	1137070	9
1978	1267559	11
1979	1298331	2
1980	1345000	4

Fonte: Levy apud Sampaio, 1991

Para Sampaio (1991), o sistema de ensino superior brasileiro é caracterizado por grandes diferenças institucionais e organizacionais, composto por grandes universidades federais e estaduais, grandes conglomerados privados nacionais e internacionais, faculdades, institutos, cursos isolados, entre outros. Quanto à natureza jurídica podem ser públicos, privados, confessionais e comunitários. Há grande concentração de instituições, matrículas e da produção científica, especialmente no sudeste do país. O sistema também possui grande diversificação de carreira, abrangendo carreiras tradicionais, modernas ou recentes. Apesar do aumento de oferta na década de 1960 o ensino superior brasileiro chega à última década do século XX com grande defasagem em comparação com outros países no que diz respeito ao percentual de alunos em idade esperada, matriculados no ensino superior, e mesmo no ensino médio. Em 1987, apenas 11% dos jovens em idade de cursar o ensino superior estavam matriculados no Brasil, no ensino médio apenas 39%. Nos Estados Unidos esses números são, respectivamente, 60% e 98%. (SAMPAIO, 1991)

4. METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa para a análise das políticas de expansão e interiorização do ensino superior, e do componente de formação do programa Mais Médicos pelo Brasil. Para tal propõe-se a utilização dos modelos teóricos do triângulo de análise de políticas de Walt e Gilson, e da abordagem do ciclo de políticas de Ball. (WALT E GILSON, 1994; BALL, 1994; 2015)

Os precedimentos metodológicos de investigação são descritos por contexto ou face da análise e contemplam a análise documental, revisão bibliográfica, a realização de entrevistas e grupos focais, e a análise de instrumentos de avaliação pedagógica e institucional da universidade.

O período analisado compreende os anos de elaboração, proposição, submissão e aprovação do conjunto de medidas que compõem as políticas de educação e saúde. O contexto de influência precisa considerar o histórico das políticas e experiências anteriores, o que sua delimitação imprecisa. A ênfase de análise deste contexto repousa sobre os anos que sucedem a promulgação da Constituição de 1998, e as tentativas de efetivar os direitos previstos na carta magna. A análise do conteúdo da política considera a Constituição e as leis orgânicas de 1990 e 1994, mas dedica-se em analisar as disposições posteriores nos governos de Lula e Dilma (2003-2016). O contexto da prática compreende os anos de elaboração, submissão e implementação do projeto pedagógico do curso de medicina analisado. (2010-2018)

As transcrições das entrevistas e grupos focais foram analisadas com as técnicas de conteúdo proposta por Bardin (2016). Foram seguidas as etapas da análise categorial: organização, codificação, categorização e inferência, com categorias comuns e específicas para cada contexto.

4.2 PROCEDIMENTOS

4.2.1 Análise do contexto de influência.

Para este contexto foram analisados os artigos da constituição federal sobre saúde e educação, as leis federais, as portarias ministeriais e interministeriais, resoluções dos conselhos nacionais, estaduais e municipais de saúde e educação, anúncios oficiais e extraoficiais, matérias de jornais, blogs e sites. Estas fontes primárias devem ser examinadas para a caracterização do contexto de influências sobre a elaboração do problema ou dos problemas principais que levaram a formulação da política.

Quadro 3 – Documentos para análise documental

Documentos para análise documental	
Constituição Federal e Leis	CF, Leis federais 8080, 8142, LDB, Reuni, Mais Médicos.
Dispositivos infra-legais	Diretrizes curriculares, Portarias e Resoluções (MEC/MS)
Leis Municipais	Nascer Bem, Noa, Residência
Portais de comunicação privada	Folha de São Paulo, Estado de São Paulo, Globo, Carta Capital, El Pais Brasil
Portais de mídia independente	Brasil de Fato, The Intercept Brasil, Mídia Ninja
Documentos institucionais da UFPE	Atas de colegiado de curso, NDE, e plenos do Núcleo de Ciências da Vida, Centro Acadêmico do Agreste, Conselho de Ensino e Pesquisa e Conselho Universitário. Resoluções da universidade. Resultados das avaliações dos estudantes (portfólio), resultados das avaliações institucionais

Fonte: Elaboração própria.

Para aprofundamento da análise foi realizada uma entrevista semiestruturada a informantes-chave para a construção do microcontexto de Caruaru (dois secretários municipais de saúde) e da UFPE (dois reitores e dois pro-reitores).

As entrevistas foram gravadas, com autorização do entrevistado ou entrevistada. Registrada em mídia digital, arquivada em meio físico (disco rígido), com câmera(s) e microfone(s) específicos. A equipe de pesquisa se responsabiliza pelo armazenamento seguro e não compartilhado dos arquivos de imagem e som, podendo qualquer participante do grupo solicitar a retirada de sua participação das gravações.

A caracterização do contexto de influência local implica a apresentação do agreste pernambucano, mais especificamente a cidade de Caruaru seu perfil sociodemográfico e epidemiológico, a rede de serviços de saúde e a organização da força de trabalho em saúde na região. Estas informações foram obtidas a partir dos sistemas de informação oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística–IBGE, Ministério da Saúde/DATASUS, Ministério da Educação/INEP, e dos Planos Municipais de Saúde. Para a análise das relações do curso com o sistema único de saúde foi realizada uma entrevista de aprofundamento com os gestores municipais do período prévio e anterior a implantação do curso.

4.2.2 Análise do contexto da produção de textos, sentidos e conteúdos.

As políticas analisadas estão descritas em várias leis e dispositivos infralegais (portarias, decretos) que foram reunidos em grupos por política ou componente analisado. Também foram reunidas as disposições legais e infralegais anteriores revogadas, modificadas ou disciplinadas pelas políticas. Para a política de expansão e interiorização do ensino superior procedeu-se a análise dos instituintes do ensino superior, desde o seu surgimento até o estabelecimento do atual marco legal vigente. Para a política de formação e provimento de profissionais de saúde foram analisados os instituintes do SUS e a reforma sanitária, programas e projetos anteriores, e o corpo específico do Programa Mais Médicos. Os documentos analisados são discriminados em cada seção.

4.2.3 Análise do contexto da prática e processo.

Tomamos o Projeto Pedagógico do Curso como o elo entre o contexto da produção textual e da prática. O PPC foi analisado em seu conteúdo pelas relações de coerência com os componentes mais próximos da política (Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN), assim como com o corpo de texto específico das políticas de expansão e interiorização do ensino superior e da formação de profissionais de saúde para o SUS. O processo de construção foi analisado a partir do conteúdo das entrevistas e grupos focais a professores.

Os grupos focais foram realizados a partir e nos espaços de educação permanente, considerados estratégicos para a implantação do PPC e para a gestão pedagógica do curso. Em cada espaço de educação permanente e, conseqüentemente, grupo focal reúnem-se os professores e as professoras de cada ano. Os quatro grupos focais foram aleatoriamente enumerados e contaram com a participação total de 25 professores. A partir do PPC e da transcrição dos grupos focais, a tradução das políticas em prática pedagógica foi analisada em dois eixos principais interligados: a construção do corpo docente e o planejamento curricular. Das práticas pedagógicas destacaram-se o modo de ensino–aprendizagem–avaliação, as iniciativas curriculares correspondentes aos pressupostos das políticas e a relação com o SUS.

Os grupos focais foram gravados em mídia digital, arquivada em meio físico (disco rígido), com câmera(s) e microfone(s) específicos. A equipe de pesquisa se responsabiliza pelo armazenamento seguro e não compartilhado dos arquivos de imagem e som, podendo qualquer participante do grupo solicitar a retirada de sua participação das gravações. Todos os participantes do grupo deverão ser consultados individualmente sobre sua participação e sobre a gravação das imagens, conforme orientações da Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Complementaram este estudo, a análise dos dispositivos institucionais que dispõem sobre a gestão de pessoas, resoluções para a contratação, formação e acompanhamento de docentes e servidores técnico–administrativos, o sistema de gestão acadêmica (SIGA) da universidade. Estes documentos foram analisados a partir da interface destes com os problemas que emergiram do contexto de

influências, do processo de formulação da política, dos pactos institucionais e das necessidades cotidianas.

Os procedimentos metodológicos foram organizados por objetivo e categoria central de análise no quadro a seguir.

Quadro 4 – Quadro síntese dos procedimentos metodológicos.

(continua)

Analisar o curso de medicina de Caruaru como interface entre as políticas de expansão e interiorização do ensino superior, e de formação médica para o SUS.		
Objetivo	Categoria	Fonte
Analisar do contexto político que levou a proposição das políticas de expansão do ensino superior e de formação de médicos.	Contexto de influência	Constituição e leis federais;
		Portarias ministeriais e interministeriais;
		Resoluções dos conselhos nacionais, estaduais e municipais de saúde e educação;
		Planos de Desenvolvimento Institucional – PDI, Planos Estratégicos Institucionais – PDE.
		Anúncios oficiais e extraoficiais, matérias de jornais, blogs e sites, manifestações em redes sociais (facebook, instagram e twitter);
		Entrevista semiestruturada (ministros, secretários, diretores dos ministérios da educação e saúde, secretários de saúde, e gestores da UFPE)
		Cartografia do pesquisador.

(conclusão)

Analisar o curso de medicina de Caruaru como interface entre as políticas de expansão e interiorização do ensino superior, e de formação médica para o SUS.		
Analisar a construção do projeto pedagógico do curso e sua relação com corpo das políticas propostas	Contexto da produção de sentidos e conteúdos	Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina;
		Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina – DCN (2000–2014)
Analisar a relação do Curso de Medicina com o Sistema Único de Saúde e a formação de professores como estratégias de implantação das políticas	Contexto da prática e processo	Atas de colegiado e pleno do curso, editais de concurso, memórias da formação inicial, os projetos da especialização e da pós strito–sensu
		Entrevista semiestruturada (Coordenação do curso)
		Dispositivos institucionais que dispõem sobre a gestão de pessoas, resoluções para a contratação, formação e acompanhamento de docentes e servidores técnico administrativos, o sistema de gestão acadêmica (SIGA) da universidade.
		Grupos focais nos encontros de educação permanente de professores.

Fonte: Elaboração própria.

4.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Este projeto segue as diretrizes da resolução 466/12 e 510/16 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ. Para todos os instrumentos de pesquisa estão garantidos os princípios de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, celebrados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

5. RESULTADOS

5.1 CONTEXTO

A pertinência da análise de contexto surge como crítica às análises de políticas com ênfase no conteúdo. Como um campo interdisciplinar dentro das ciências sociais, a análise de políticas acompanha a evolução do pensamento nesta área. À medida que a concepção de estado e de políticas evoluem, questionam o campo de análise a rever seus objetos, finalidades e métodos. As primeiras análises dedicavam-se ao estudo de como os problemas são incorporados na política. Essa ênfase nos processos decisórios deriva de uma compreensão de política como ação do governo, e este constituinte do estado. No pós-guerras do século XX, a análise de políticas dedica-se a analisar as respostas dos governos às demandas apresentadas. A contribuição da análise de Michel Foucault, na década de 1970, amplia o olhar para o estado moderno e o liberalismo político. A emergência da, ainda vigente, concepção de estado pressupõe uma finalidade de controle interno e externo de fronteiras e da população. Compreender como o estado e os governos garantem as identidades nacionais, protegem seu território e sua população, permite redefinir o poder enquanto categoria. O que para Max Weber é inerente às organizações universais, para Foucault emerge das relações. As análises passam a ser desafiadas pelos limites impostos aos planos pelas realidades, e a pergunta deixa de ser sobre porque ou como os problemas se tornam ações dos governos,

porque os problemas não entram nas políticas. Como e porque algumas práticas se perpetuam no âmbito do estado e definem políticas e práticas institucionais. (BAPTISTA E MATTOS, 2005)

A partir disso, e para este estudo, é relevante considerar as disputas pela concepção e características da conformação do estado brasileiro. Os autores que se dedicaram a estudar essa história na primeira metade do século XX, constroem uma visão pessimista a partir da constatação de que a fundação do estado brasileiro é herdeira de um processo de colonização de exploração, que produziu uma sociedade cordial, subserviente e subalterna. Esta análise encontra correlação com alguns achados desta pesquisa sobre a fundação e evolução do ensino superior no Brasil. Como as reminiscências do estado colonial ainda estão presentes na sociedade e nas instituições brasileiras e como interferem na política e nas instituições é parte importante do contexto analisado. Por isso, consideramos a história da constituição dos sistemas educacionais e de saúde como ponto de partida de nossa análise. Na segunda metade do século XX o pensamento social brasileiro oferece novas perspectivas para a compreensão e o enfrentamento das desigualdades históricas, e constrói os fundamentos das políticas implementadas no final do século. É neste momento da história do estado brasileiro e a partir das disputas que ocorrem dentro e fora de seu território que emergem as políticas aqui analisadas. Este contexto também é fundamental e ajuda a compreender como surgiram, como foram implementadas e quais os resultados destas políticas.

Vários autores chamam a atenção para a influência do contexto internacional sobre o contexto nacional onde surgem os problemas e as políticas que visam enfrentá-los. O fenômeno da globalização, compreendido como um processo de queda de barreiras alfandegárias e fronteiras transnacionais, acentua essa influência. Além das questões comerciais e fronteiriças, a globalização inaugurou um padrão de circulação de capitais inédito na história do planeta. Esse processo também foi determinante para a concentração de riquezas e ampliação das desigualdades sociais através criação de grandes conglomerados financeiros, beneficiados pela livre circulação de capitais. Tamanha concentração de riqueza e poder, passa a interferir nos estados nacionais, nas democracias, e nas políticas públicas. Seus pilares foram estabelecidos no fim do século XX de quando podemos reunir alguns marcos históricos. Em 1989, com os EEUU e a Grã-Bretanha sob os governos Reagan e Thatcher, desfez-se a União das Repúblicas Socialistas

Soviéticas e caiu o muro de Berlim, o que para muitos significou o triunfo do capitalismo sobre o comunismo em escala global. No Brasil, no mesmo ano, ocorrem as primeiras eleições diretas para presidente após 25 anos. Entre 23 candidatos, foi eleito Fernando Collor de Mello, do recém-criado Partido da Reconstrução Nacional (PRN) que empreendeu uma agenda de reformas à constituição recém-aprovada (1988) e em consonância com as recomendações internacionais (FMI e Banco Mundial). Ameaçado de *impeachment*, Collor renuncia em 1992, e seu vice, Itamar Franco assume a presidência, nomeando Fernando Henrique Cardoso como ministro da Fazenda. Muda o governo mas não a política, como duras medidas de austeridade fiscal FHC, consegue estabilizar a inflação e é eleito presidente em 1994. Durante seus 8 anos de governo, conseguiu reunir setores da elite nacional, acomodar o fisiologismo político herdeiro da ditadura e realizar profundas reformas na economia nacional. Privatizações, corte de investimentos públicos, superavit fiscal, foram elevados ao status de consenso macroeconômico nacional até que o desemprego, a violência urbana, e a miséria se apresentaram como consequências naturais desse modelo e inviabilizaram a eleição de seu sucessor natural, o ex-ministro da saúde José Serra.

Ball (1992) sugere que as influências internacionais podem ser de duas ordens. A primeira por circulação de ideias, pelo empréstimo de políticas e através de soluções apresentadas ao meio político pela academia. A segunda por recomendações propostas por agências internacionais. Porém, o neoliberalismo e a globalização são movimentos que propõem um deslocamento do papel do estado de elaborador e executor das políticas públicas para regulador do mercado. Esta mudança estrutural se expressa desde as etapas preliminares de construção do problema, pois se não é papel do estado formar pessoas para o SUS, e sim do mercado, este não será um problema. E se não é um problema, soluções deixarão de ser formuladas para tal. Esse é o contexto em que surgem as duas políticas analisadas neste estudo: reformas estruturais que buscam mudar o papel do estado brasileiro, restrições orçamentárias, subfinanciamento, asfixia financeira e política que atingem os serviços de saúde e às universidades. Analisaremos mais detalhadamente o que Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) chamam de macrocontexto. Mas incluímos a análise dos contextos setoriais da saúde e da educação também como macrocontextos setoriais, permitindo a análise do contexto local e institucional como microcontexto. Situamos a análise das políticas de saúde e educação em seu

contexto histórico, o que dialoga com a conformação do estado brasileiro sempre em disputa e construção. Em seguida discutiremos as mudanças deste cenário com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, para compreender como nascem e como são propostas as políticas estudadas. Em diálogo permanente com este macrocontexto, apresentaremos os contextos institucionais da UFPE, de Pernambuco, e de Caruaru.

5.1.1 Macrocontexto da Educação Superior

Em revisão de literatura realizada no portal de periódicos da CAPES para as palavras-chaves expansão e interiorização do ensino superior no Brasil, selecionamos 359 artigos dos 435 indicados em primeira consulta. Dos 359 artigos, identificamos 26 trabalhos que apresentam análises da conjuntura nacional, quer seja da expansão do ensino superior, quer seja da interiorização, ou dos dois processos. Dentre os artigos e teses analisadas chama a atenção a tese de doutorado da profa. Ana Lúcia Borba de Arruda, que analisa a implementação do REUNI na UFPE, pela proximidade metodológica e de objeto desta pesquisa. (ARRUDA E GOMES, 2015)

Os autores e autoras selecionados fazem referência ao processo histórico pelo qual o ensino superior foi constituído no Brasil. Sampaio (1991), dedica-se a este resgate histórico analisando o período de 1808, quando surgiu o primeiro curso superior, até 1990 a partir de quando o sistema sofreu as maiores transformações. Gomes (2012), Trevisol (2009), e Mancebo (2015) incluem o período em que se iniciam estas transformações durante a emergência do neoliberalismo no fim do século XX. Aguiar (2016), Camargo (2018) e Gentil (2016) dedicam suas análises ao período mais recente, tendo como marco comum o início do governo Lula. Os autores e as autoras compartilham pontos de vista sobre a influência do cenário macropolítico e macroeconômico sobre a política educacional, mas aprofundam a análise em diferentes focos como o acesso, a relação público-privado, e a interiorização como estratégia de redução de desigualdades regionais.

O cenário nacional é parte do cenário mundial discutido, do ponto de vista sociológico, por Boaventura de Souza Santos. Para o sociólogo português a universidade no século XXI sofre com três crises. Uma crise de hegemonia resultado

das contradições entre as funções tradicionais e as novas funções atribuídas a universidade ao longo do século XX. A produção da alta cultura versus a produção de padrões culturais médios, o pensamento crítico versus o pensamento útil, a formação da elite versus a formação de mão de obra. Uma crise de legitimidade, resultante das reivindicações de acesso da classe trabalhadora versus a hierarquização de saberes especializados e o credenciamento de competências. É uma crise institucional que repousa sobre os diferentes sentidos que a autonomia universitária pode assumir, incluindo o dilema entre os valores e objetivos da universidade e a exigência de critérios de eficácia empresarial ou social. (SANTOS e ALMEIDA FILHO, 2008)

As crises são secundárias, ao mesmo tempo que reforçam a descapitalização da universidade pública e a transnacionalização do mercado universitário. Estas afirmações confirmam-se nos artigos selecionados na revisão bibliográfica, que documentam várias dimensões da privatização do ensino superior no Brasil. A descapitalização está expressa na manutenção e acentuação das medidas de austeridade fiscal que caracterizam o estado neoliberal, como as limitações do orçamento da união impostas pelas metas de superavit primário e as subseqüentes desvinculações orçamentárias. A transnacionalização se expressa, inicialmente, como uma oferta transfronteiriça. Os autores e autoras analisados constatarem também a conformação dos grandes conglomerados econômicos da educação superior e posteriormente a sua aquisição por grupos internacionais. (SAMPAIO, 1991; GOMES, 2012; TREVISOL, 2009; MANCEBO, 2015; AGUIAR, 2016; ARAÚJO, 2018; GENTIL, 2016).

5.1.1.2 Expansão do Ensino Superior no Brasil

A iniciativa que se pretende analisar deu-se no contexto de expansão do ensino superior brasileiro sob a égide do neoprodutivismo, e suas variantes (SAVIANI, 2008). Respondendo ao consenso de organismos internacionais que orquestraram as reformas neoliberais em todo o mundo, o Brasil amplia significativamente o acesso ao ensino superior no período de 1995 até 2010. (MANCEBO et al., 2015). Em termos de número total de matrículas o país saltou de 1.759.703 para 6.379.299 nestes 15 anos, um crescimento de 262,52%. Ao contrário

do que possa indicar esta ampliação do acesso não contribui significativamente para a redução das desigualdades socioeconômicas como previsto. Inseridas no contexto macroeconômico de um estado comprometido prioritariamente em oferecer segurança financeira ao capital especulativo nacional e mundial, essas mudanças estiveram amparadas em um sistema tributário recessivo no qual, quem ganha menos paga mais por piores serviços (ALMEIDA FILHO, 2015). Com financiamento público, concessões e isenções fiscais, o sistema privado de ensino superior saiu de 60,2% de participação no número total de matrículas para 74,9% em 2008, representando um aumento de 295,3% no número total de matrículas.

O contexto mudou para o ensino superior público a partir de 2002. O Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais REUNI anuncia a retomada de investimentos públicos nas universidades federais condicionada, sobretudo a ampliação de vagas. Ao final do período de 2003 a 2014, haviam sido criadas 18 novas universidades federais e 173 campi de universidades federais no interior do país, dentre eles, o Centro Acadêmico do Agreste em Caruaru. Utilizando também os dados de matrícula líquida e bruta no ensino superior, Alfredo Gomes identifica a transição do sistema de elite para o sistema de massa analisando o período de 1991 a 2008. O pesquisador pernambucano, atual reitor da UFPE, utiliza a classificação proposta por Trow (1973, 2005) que utiliza a proporção de estudantes com idade de 18 a 24 anos, idade alvo para o ensino superior, para classificar os sistemas nacionais. De acordo com a classificação proposta, o sistema é considerado de elite quando menos de 15% dos jovens de 18 a 24 anos estão matriculados no ensino superior. O sistema de massa possui taxa de matrícula líquida entre 16 e 50% e os sistemas de acesso universal mais de 50%. Há outras dimensões e implicações para esta classificação como as funções do sistema, o currículo, as formas de instrução, a carreira do estudante, a diversificação institucional, a distribuição de poder e decisão acadêmica, política de acesso e seleção, formas de administração acadêmica e governança interna.

Tabela 4 – Expansão da taxa de matrícula líquida.

Taxa de Matrícula Líquida – Brasil (1991–2008)		
Ano	ML	TML
1991	833.186	0,04
2008	3.221.000	0,14
Crescimento	1,92	

Fonte: Adaptado de Gomes, 2012

A tabela 4 mostra a expansão da taxa de matrícula líquida no intervalo de 1991 a 2008. Com um crescimento do número de matrículas de 192%, a TML sai de 4% em 1991 para 14% em 2008. Em 2012 o Brasil ultrapassa o limite de 15% de taxa de matrícula líquida, embora mantenha desigualdades de acesso segundo critérios de raça, gênero, e por região do país. A análise da proporção entre matrículas na rede pública e na rede privada mostra que a estratégia definida pelo governo Fernando Henrique foi bem-sucedida. O contingenciamento de recurso imposta às universidades públicas, as mudanças nas carreiras e na remuneração docente, a flexibilização do sistema regulatório e os incentivos fiscais para as instituições privadas pavimentaram o caminho para a consolidação de um sistema de ensino superior majoritariamente privado no Brasil. Em 1961, 44% das matrículas no ensino superior eram na rede privada (SAMPAIO, 1991). Em 1995, 60,2% e em 2008, cerca de 75% das matrículas concentravam-se nas instituições privadas de ensino superior. Este crescimento de 259,3%, deu-se mesmo com o crescimento do ensino público que foi de 81,8% (GOMES, 2012).

Trevisol et al, (2009) analisam o período de 1991 a 2004, tendo como base os indicadores do ensino superior do INEP. Para o pesquisador catarinense, a LDB de 1996 é um grande divisor na linha do tempo das políticas de ensino superior no Brasil. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação modifica o marco legal do ensino superior, está em consonância com outras medidas de encolhimento do estado empreendidas pelo então Ministério da Administração de Reforma do Estado – MARE, e estabelece os pressupostos legais para a ampliação da participação da iniciativa privada no ensino superior no Brasil. Este fenômeno também acontece nos países que aderiram a agenda neoliberal e recebe forte influência de organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial. As transformações não se dão apenas no incremento da participação do capital na educação, mas nas próprias concepções de estado diante do novo cenário global.

“O Estado é chamado a regular as atividades do capital corporativo no interesse da nação e é forçado, ao mesmo tempo, também no interesse nacional, a criar um ambiente atrativo para o capital financeiro transnacional. O capitalismo global e o neoliberalismo tornaram os Estados menos autônomos, privando-os do controle exclusivo sobre os processos econômicos e sociais em seus territórios, assim como menos capazes de manter a singularidade nacional e a homogeneidade cultural. Hoje, eles são questionados, tanto em sua soberania externa quanto em seu desempenho doméstico. São obrigados a se adequar progressivamente a essa dinâmica e, mediante novas regulações e papéis, equilibrar os diferentes interesses e vetores. Com o processo de globalização, cresceram as interações globais e novas redes transnacionais não estatais se estruturaram. São redes de capitais, produção, comunicação, crime organizado, ONGs, religiões, movimentos de opinião pública, etc. Em certa medida, essas redes são independentes dos Estados nacionais, pressionam os governos e são *forças corrosivas* que solapam o poder de controle e de regulação dos Estados nacionais.” (TREVISOL, 2009).

Ao analisar o contexto de influência que levou a construção do REUNI, Arruda (2015) aponta 3 documentos internacionais principais para o que chama de cultura educacional mundial comum e para a agenda global estruturada para a educação. Em documento intitulado: *La enseñanza superior: lecciones derivadas de la experiencia*, o Banco Mundial sugere quatro diretrizes gerais para a educação superior. (BANCO MUNDIAL, 1995) A diversificação institucional, a diversificação de financiamento com incentivos para o desempenho, a redefinição da função dos governos e o foco na qualidade, adaptabilidade e equidade. A Conferência Mundial sobre o Ensino Superior realizada pela UNESCO em Paris, em 1998, produziu a *Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI* (UNESCO, 1998) que recomenda a priorização das medidas de ampliação do acesso à educação superior como medida de desenvolvimento econômico e enfrentamento das desigualdades sociais. *Construir sociedad del conocimiento: nuevos desafíos para la educación terciaria*, (BANCO MUNDIAL, 2003) é o documento de revisão do primeiro em que o Banco Mundial detalha seus princípios sugerindo a presença de instituições não universitárias como meio de ampliação de acesso, a pesquisa em áreas prioritárias para desenvolvimento nacional, medidas de garantia ou promoção da equidade de acesso como bolsas e crédito educativo, e o fortalecimento da capacidade de gestão e a introdução dos sistemas de informação sobre a educação superior. Também é importante destacar a contribuição da Declaração de Bolonha que visava a integração europeia e incentivar a mobilidade estudantil entre países do bloco econômico.

Estas recomendações estão presentes nos instrumentos legais que pavimentaram o caminho para a expansão do ensino superior no Brasil. A LDB é o principal, mas não único marco legal das mudanças implementadas no fim do século XX. Em 1999, a Lei 9.870 ratifica a possibilidade de instituições educacionais operarem com fins lucrativos. A Lei 9.649 de 1998, limita a expansão da rede pública federal e impede a oferta de educação profissional e técnica pela união. As metas do Plano Nacional de Educação, Lei 10.172/2001, que previam expansão da educação superior pública foram vetadas pelo Presidente da República.

Tabela 5 – Expansão do número de IES (1991–2004)

IES por dependência administrativa Brasil 1991–2004			
Ano	IES	IESs públicas	IESs privadas
1991	893	222	671
2004	2013	224	1789
Expansão	1,25	0,01	1,67

Fonte: Gomes, 2012

Tabela 6 – Aumento do número de matrículas (1991–2004).

Expansão do número de matrículas nos cursos de graduação presenciais no Brasil, por unidade administrativa (1991–2004)			
Ano	Total de matrículas	IESs públicas	IESs privadas
1991	1565056	605736	959320
2004	4163733	1178328	2985405
Aumento	2598677	572592	2026085
%	1,66	0,95	2,11

Fonte: Gomes, 2012

O número total de cursos superiores cresceu 237,8% no período de 1996 a 2004, cresceu também a participação de instituições não universitárias (tabela 5). O número total de matrículas aumentou 166,04% de 1991 a 2004, como mostra a

tabela 6. Os componentes deste aumento que dizem respeito ao período pré-LDB (1991–1996) e pós-LDB(1996–2004) foram 19,45% e 122,2%, respectivamente. Os componentes de participação público e privado eram 39,4% nas públicas e 60,6% nas privadas, em 1996. Oito anos mais tarde, em 2004, a proporção passa para 28,3% de matrículas nas instituições públicas e 71,7% nas privadas. (GOMES, 2012)

Mancebo, (2015) analisa as políticas para o ensino superior no Brasil no período de 1995 a 2010 e em quatro eixos. O progressivo quadro de privatizações, a expansão promovida pelo REUNI, a expansão do ensino a distância – EAD, e da pós-graduação. Como privatização, a pesquisadora considera a ampliação do número de instituições privadas e de matrículas nessas instituições, como os autores e autoras já citados, mas também o corte de gastos públicos, a criação de grandes conglomerados, a financeirização e internacionalização do sistema. Concomitante e paradoxalmente a esta tendência do estado, o período analisado compreende a elaboração e implantação do REUNI que retoma os investimentos na rede pública de instituições federais. Publicado através de lei 6096/2007 o programa prevê o aumento da oferta de cursos de graduação nas IFES, inversão da relação público/privado de matrículas, flexibilização curricular, incorporação da EAD no conjunto de políticas, criação de bacharelados interdisciplinares, aumento da taxa de conclusão e da mobilidade estudantil. O processo de elaboração e pactuação da política de ensino superior a partir de 2003 é objeto de aprofundamento apresentado na próxima seção.

Apesar dos investimentos e políticas indutoras, a universidade manteve intocada a relação institucional com o estado. Os atributos legais da escolha do reitor em lista tríplice, por exemplo, foram mantidos no arcabouço legal da educação superior. Assim os processos de compras, contratação de serviços e obras, e de seleção e contratação de professores. As grandes universidades federais brasileiras tornaram-se gigantes econômicos com orçamentos superiores a ordem de bilhões de reais, mas mantiveram o mesmo modo de gestão e tomada de decisões.

Outro componente deste processo de privatização, segundo Mancebo, é a expansão de matrículas no ensino a distância, o que articula uma rede de instituições privadas com presença em muitas regiões do país onde não há oferta de ensino superior. Em 1995 não foram divulgados dados sobre esse indicador. Em 2000 registraram-se 1682 matrículas em cursos a distância no Brasil, o que

representa uma participação de 0,6% das matrículas à época. Dez anos depois, 930.179 matrículas e 14,58% de participação de um sistema que levou 200 anos para se constituir. Destas quase 1 milhão de matrículas, apenas 19% em instituições públicas.(MANCEBO, 2015)

Por fim, Mancebo, (2015), analisa como se deu a expansão da pós-graduação, o que chama de empresariamento do conhecimento. O subsistema de pesquisa brasileiro foi criado com o intuito de formar professores e qualificar o quadro das instituições de ensino superior. A autora analisa os Planos Nacionais de Pós-graduação – PNPG de 1982 a 2010. As mudanças, sobretudo mais recentes, direcionam o sistema para a produção tecnológica e inovação, o que, segundo Dagnino, (2012), produz uma corrida pela produtividade, outra dimensão da privatização do ensino superior.

Viviane Gentil empreende uma revisão no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES para o período de 2003 a 2006. Reúne os autores e autoras mais citados em 222 trabalhos selecionados. Dos artigos que selecionamos na nossa pesquisa este é o único que cita o programa Expandir que antecede o REUNI e foi responsável pela criação de 10 instituições federais de ensino superior e 49 campi. As teses e dissertações analisadas por Gentil, acrescentam outros sentidos possíveis para o processo de expansão ao analisarem casos de interiorização como a Universidade Federal de Grande Dourados, os campi do interior da Paraíba de Mamanguape e Sumé, mas reafirmam algumas características do sistema de ensino superior brasileiro como já discutimos aqui. (GENTIL, 2016)

Vilma Aguiar analisa as políticas para o ensino superior no período de 2003 a 2010. Em sua análise sugere a emergência de pares conceituais que explicam as políticas da época: acesso e equidade, qualidade e massificação, privatização e mercantilização, e diversidade e diferenciação. Segundo a autora, o ensino superior brasileiro chega a década de 1990 elitista, com dualidade entre público e privado mas grande predominância do privado, com poucas carreiras e pouco interiorizado. Durante o período analisado, que corresponde aos governos Lula, o acesso avançou, mas a mercantilização também. A autora reconhece avanços no sistema de avaliação com a criação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, assim como a regulamentação das isenções fiscais que já existiam e não resultaram em redução do acesso ou de desigualdades. Para Aguiar (2016), o

governo Fernando Henrique amplia significativamente o acesso ao ensino superior, porém termina com uma taxa de matrícula líquida de 10,4%, o que caracteriza, ainda, um sistema de elite. Esta característica torna-se mais evidente quando se decompõe a taxa entre os estratos de renda. Estudantes de famílias com renda superior a três salários-mínimos possuíam Taxa de Matrícula Líquida – TML de 35%, enquanto os de família com menos de um salário-mínimo apenas 1%. A autora conclui que, no período analisado (2003–2010), houve uma priorização das ações que produziram ampliação do acesso e da equidade, houve melhora na qualidade através da implantação do sistema de avaliação, a privatização desacelerou mas a mercantilização se aprofundou. (AGUIAR, 2016)

A estrutura da educação superior permanece a mesma na década seguinte. Como a revisão de literatura não mostrou trabalhos publicados sobre esse período procuramos atualizar os dados a partir dos censos da educação superior publicados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP. A expansão continuou, mas em ritmo mais lento. O número de instituições de ensino superior aumentou de 2.252 para 2.537, 285 instituições, o que corresponde a 12,66% de crescimento (tabela 7). A proporção entre instituições públicas e privadas manteve-se praticamente a mesma, apesar do crescimento de 26,69% no número de instituições públicas.

Tabela 7 – Expansão do número de IES (2008–2018)

IES por dependência administrativa Brasil 2008–2018			
2008	Pública	236	0,1
	Privada	2016	0,9
	Total	2252	
2018	Pública	299	0,12
	Privada	2238	0,88
	Total	2537	
Crescimento	Pública	63	0,27
	Privada	222	0,11
	Total	285	0,13

Fonte: MEC/INEP

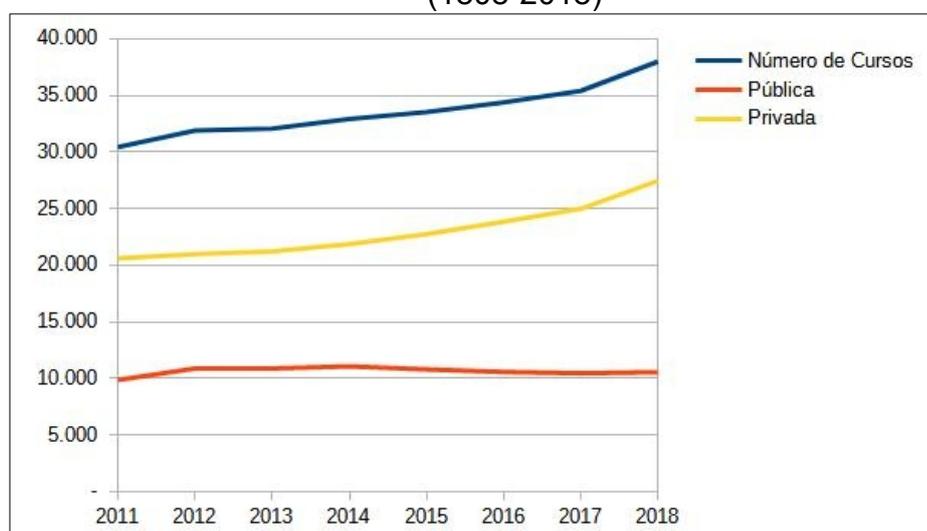
No marco legal, as mudanças se deram na perspectiva de qualificar as formas de acesso através das políticas de cotas (Lei 12.771/2012), e de garantir a permanência dos estudantes que não tinham condições para estudar, nas universidades (Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES). O número de matrículas aumentou mais do que o número de instituições indicando um fenômeno de melhora na eficiência do sistema a partir do aumento do número e diversificação dos cursos oferecidos, sobretudo pela iniciativa privada (tabela 8).

Tabela 8 – Evolução no número de matrículas (1998–2018)

Evolução de Matrículas 1998–2018				
	Instituições	Matrículas	Mat. privadas	Mat. públicas.
1998	973	2125958	1321229	804729
2008	2252	5080056	3806091	1273965
	1279	2954098	2484862	469236
Cresc.	1,31	1,39	1,88	0,58
2018	2537	8450755	6376274	2074481
	285	3370699	2570183	800516
Cresc.	0,13	0,66	0,68	0,63

Fonte MEC/INEP

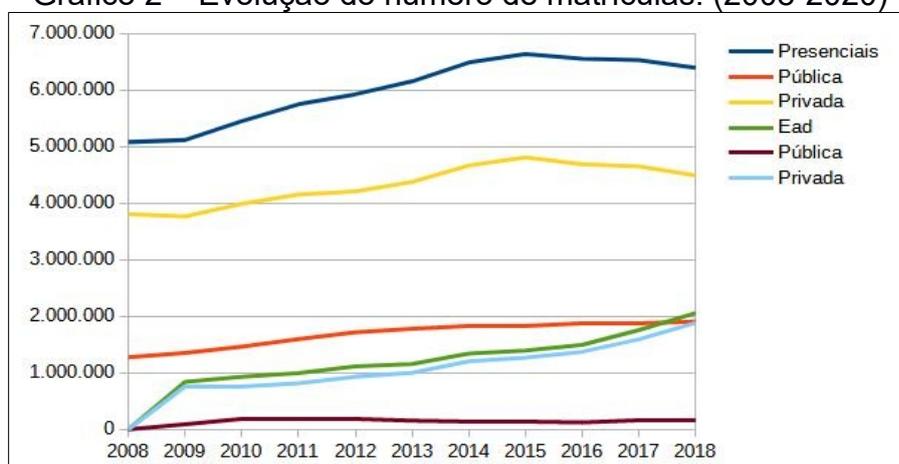
Gráfico 1 – Evolução do número de cursos superiores no Brasil (1808-2018)



Fonte MEC/INEP

O destaque da expansão no período é para crescimento do número de matrículas em curso de Educação à Distância (EAD). Como afirmamos, em 2000 apenas 1682 matrículas foram registradas em cursos de EAD, em 2010, 930.179 matrículas. Em 2018, são mais de 2 milhões de matrículas, um crescimento de 145,36%. Neste intervalo a participação do setor público cai de 19% para 8% apenas. Com este crescimento o número de matrículas em cursos superiores na modalidade EAD supera o número de matrículas em IES públicas no Brasil, como mostra o gráfico 2

Gráfico 2 – Evolução do número de matrículas. (2008-2020)



Fonte MEC/INEP

Fora do ambiente interno das Instituições de Ensino Superior – IES e da política pública, outras mudanças impactam significativamente o ensino superior brasileiro e ajudam a compreender esse quadro. Inicialmente as aquisições de pequenas e médias instituições de ensino formando grandes conglomerados. Depois a abertura de capital destes conglomerados em bolsas de valores, o que caracteriza a financeirização explícita do ensino superior. Segundo Silva (2019) estas medidas contaram com um sólido lastro financeiro das políticas públicas como o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES e o PROUNI. A fusão da Kroton com a Anhanguera é a maior do setor e envolve valores superiores ao orçamento anual das grandes universidades federais, mais de 5 bilhões de reais. Este conglomerado, segundo a autora, tem estimativa de receita de R\$ 5,38 bilhões em 2017, e seu patrimônio líquido é de R\$ 61 bilhões.

5.1.1.2 Interiorização do Ensino Superior

Das autoras e autores selecionadas em nossa revisão bibliográfica, Arlete Camargo foi quem mais se dedicou a analisar o fenômeno da interiorização como parte da expansão do ensino superior. Ela concorda com os demais autores que os governos Lula e Dilma mantiveram o incentivo ao ensino privado apesar da ampliação do público, mas destaca outros elementos importantes como as desigualdades regionais. Por exemplo, em 2003 o Brasil contava com 3.887.022 matrículas no ensino superior. Destas, 49,3% estavam concentradas na região sudeste, 19,17% na região sul, 16,07% na região nordeste, 9,4% na centro-oeste e apenas 5,92% na região norte do país. A autora analisa a expansão promovida pelo REUNI que resultou em 18 novas universidades e 173 campi no interior. Para Camargo (2015), há uma divisão na literatura sobre a interiorização do ensino superior em dois aspectos: o do acesso democrático à educação superior e de atendimento às necessidades locais, e o orientado pelas demandas do estado capitalista, vinculado ao capital internacional, interessado na exploração de recursos e da mão de obra local. Inicialmente a ampliação do acesso traduzia-se no objetivo de formação da burocracia que deveria servir ao estado, gestores, técnicos especializados, ou intelectuais orgânicos. Também interessava as empresas que estavam sendo criadas em compasso com o plano de desenvolvimento econômico das décadas de 60 e 70. Este primeiro ciclo de expansão se deu por quatro mecanismos fundamentais: a multiplicação de estabelecimentos isolados, crescimento este da rede privada, (CAMARGO apud MADEIRA, 1982), a concentração de vagas na área de ciências humanas e a interiorização. Desde este período o acesso ao ensino superior é compreendido como um elemento de desenvolvimento social, distribuição de renda, ampliação da capacidade de consumo e ascensão social. Com menos de 5% da população em idade de cursar o ensino superior matriculada, a desigualdade ou as desigualdades eram ainda maiores entre os grandes centros e o interior do país. Parte do fenômeno migratório que produziu a concentração populacional no sudeste do país se justifica pela procura do acesso à educação superior.

No período Kubitschek foram criadas 6 universidades federais no estado de Minas Gerais, uma no interior de São Paulo e duas no Rio Grande do Sul, marcos

do início da interiorização do ensino superior no país. A influência de políticos e oligarquias locais esteve presente nos processos decisórios sobre onde e como se daria esta expansão e interiorização como mostram estudos sobre o estado do Ceará, Pará e Goiás. Esta influência também se deu na forma do clientelismo que permeia as práticas de gestão destas instituições.

Com grandes variações conceituais a noção de desenvolvimento regional sempre constitui justificativa para a interiorização. Este desenvolvimento pode significar renda individual ou familiar, acesso a bens de consumo, fixação populacional, mas também pode significar o atendimento a necessidades regionais, o resgate de tradições e conhecimentos das comunidades interioranas. Esta preocupação alcança o discurso oficial e compõe as diretrizes da expansão prevista no REUNI. Porém é contraditória com o fato de, em muitas situações, a expansão ter-se dado de forma segmentar e não como universidades, e pelas situações precárias em que muitas instituições funcionaram. Este ciclo conta com 18 novas universidades, 2 apenas em capitais, 50% no nordeste. Dado que aponta para uma tendência de inversão de prioridades, ou pelo menos, a entrada do problema das desigualdades regionais na agenda.

Tabela 9 – Número de IES em capitais e no interior. (2008–2018)

Distribuição das IES Capital/Interior – 2008–2018						
		Capitais		Interior		Total
2008	Pública	82	0,35	154	0,65	236
	Privada	729	0,36	1287	0,64	2016
	Total	811	0,36	1441	0,64	2252
2018	Público	98	0,33	201	0,67	299
	Privado	806	0,36	1432	0,64	2238
	Total	904	0,36	1633	0,64	2537
Crescimento	Público	16	0,2	47	0,31	63
	Privado	77	0,11	145	0,11	222
	Total	93	0,11	192	0,13	285

Fonte MEC/INEP

O crescimento de mais de 30% no número de IES públicas no interior no período de 2008 a 2018 impactou no incremento de apenas 0,38% na proporção entre IES situadas em capitais e fora destas. (tabela 9) Porém muitas destas experiências de interiorização esbarraram em grandes dificuldades de infraestrutura, recursos financeiros e humanos. Para iniciar suas atividades, e em alguns casos por muito mais do que se esperava, os cursos, centros, e campi tiveram que contar com imóveis alugados, mal adaptados para espaços de ensino, dificuldades na contratação de pessoal, processos de gestão centralizados nas reitorias e, por conseguinte, nas capitais. Camargo (2016), considera mais grave a influência do sistema produtivista universitário exercida através do sistema de avaliação que usa a mesma régua para medir uma universidade paulista centenária e um campi no sertão nordestino ou na Amazônia legal. Apesar da ampla revisão a autora não faz nenhuma referência específica aos 173 campi, qual a contribuição destes no cenário da expansão e da interiorização. Como a experiência analisada neste estudo se dá em um campus do interior, faz-se necessária uma análise mais criteriosa deste cenário. A maior contribuição da autora é sinalizar para a multiplicidade conceitual sobre interiorização presente na literatura. Para os sujeitos que participaram deste processo, como estudantes e professores, há outros que possivelmente surgirão. Para o encontro com a política de saúde, e a tentativa de suprir as necessidades de médicos para atenção básica em saúde, outros.

5.1.1.3 Principais atores e as propostas para o Ensino Superior no Século XXI

As mudanças na educação superior brasileira do final do século XX e início do século XXI mostram coerência com as diretrizes internacionais e uma certa continuidade ideológica entre os governos que se sucederam no período. Mesmo seguindo os princípios gerais definidos pelas reformas do estado e criticados por vários pesquisadores é preciso destacar as mudanças ocorridas a partir de 2002. A partir da revisão de literatura, da análise dos dados da política e das entrevistas que fizeram parte desta pesquisa podemos afirmar que houve uma significativa mudança na condução nacional da política e a inauguração de novos marcos legais que resultaram em uma significativa expansão do sistema público federal, em ampliação do acesso e permanência a grupos mais vulneráveis, apesar da persistência, ou

mesmo ampliação, da predominância da participação das instituições privadas no ensino superior. Esta mudança na condução da política nacional começa a ser desenhada ainda na campanha da presidência da república e pelo arco de aliança que se estabelece em torno da candidatura do presidente Lula. Marcadamente mais moderada que as campanhas anteriores, essa foi construída mirando uma perspectiva de pacto nacional entre trabalhadores, empresários e o capital financeiro sintetizada na Carta ao Povo Brasileiro. O governo eleito assume a difícil missão de conciliar as pautas históricas dos movimentos sociais que construíram o partido dos trabalhadores e o próprio Lula, e os interesses do capital nacional e internacional. No campo da educação isso resultou em uma mudança radical na interlocução entre o governo e várias entidades da sociedade civil, ao passo que aproximou o partido dos trabalhadores do emergente empresariado da educação.

A síntese das propostas de governo para a educação é apresentada no documento *Uma escola do tamanho do Brasil*, onde notamos uma ênfase na educação básica, no compromisso com a educação pública e com os princípios estabelecidos no Plano Nacional de Educação. Ainda durante a campanha o, então candidato Lula, recebe os reitores das universidades federais representados pela Associação Nacional de Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior – ANDIFES, que apresentam a situação de sucateamento das universidades e sinalizam com o apoio a sua candidatura.

“poder dizer que é mais difícil você levar a educação pública e tal uma proposta diferente você levar uma universidade pública no interior tem uma proposta de desenvolvimento e mais Global... Então veja já em 2003 é muito importante o resgate no ponto em 2003 a ANDIFES tem uma reunião com presidente Lula né que estava iniciando seu mandato e entregou a ele a ele um documento se comprometendo a dobrar o número de matrícula nas universidades públicas caso o governo autorizasse aí a contratação de docente e ampliação da infraestrutura. Antes desse documento existiam movimento Mas é movimento muito individual das Universidades” (E4)

Várias universidades brasileiras já haviam passado por processos de interiorização por iniciativa própria e por resultado de uma conjunção de interesses locais. No nordeste, destaca-se a experiência recente da Universidade Federal do Ceará com os campi de Crateús, Itapajé, Quixadá, Russas, e Sobral. A Universidade

Federal da Paraíba possui uma experiência mais antiga com o antigo campus de Campina Grande, que se tornou uma universidade, e com os campi de Areia, Bananeira, Rio Tinto e Mamanguape. Na UFPE a proposta começou a ser elaborada no primeiro mandato do prof. Amaro Lins.

“A criação de Caruaru foi ainda uma visão individual da universidade e, junto com o MEC. Não era o programa ainda de expansão, mas logo depois o governo percebeu porque isso aconteceu em vários estados, a necessidade de fazer um programa único. Aí foi né o programa de expansão das Universidades” (E04)

Já no primeiro ano do mandato, Lula recebe os reitores e com eles o documento *Proposta de Expansão e Modernização do Sistema Público Federal de Ensino Superior* (ANDIFES, 2003). Neste documento a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior – ANDIFES sinaliza a intenção de ampliação de vagas atrelada a novos investimentos. Os reitores passaram a ser os interlocutores mais próximos do governo que ajudaram a formular a política e, posteriormente, apoiaram–nas nas universidades. Outras entidades da sociedade civil que atuam sobre a pauta da educação foram contrárias a estas medidas e perderam espaço na arena política. A Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior – ANDES e a União Nacional dos Estudantes – UNE, cobravam a recomposição orçamentária e investimentos mais significativos na educação superior, ao passo que criticavam as medidas de incentivo ao ensino superior privado. Para os docentes as medidas de ampliação de vagas do REUNI, e as metas de redução da retenção e evasão significavam um aligeiramento da formação, com prejuízo na formação crítica, científica e tecnológica. Tais mudanças visavam, segundo a associação nacional, assegurar a inserção do Brasil como país periférico no capitalismo global, com participação restrita na exploração de recursos naturais e oferta de mão de obra barata. As exigências de ampliação da razão professor-aluno seriam uma interferência na autonomia universitária, e até um modo velado de privatização da universidade.

Mais próxima dos princípios da Declaração de Bolonha, a proposta da Universidade Nova chegou a ser aventada pelo governo federal, sob forte influência do então reitor da Universidade Federal da Bahia – UFBA, Naomar de Almeida Filho.

Esta propunha uma reestruturação do acesso através dos bacharelados interdisciplinares e posterior diferenciação da carreira já no ensino superior. Esta proposta foi recusada pelos reitores e não chegou a ser discutida com a sociedade.

As entrevistas aos dirigentes da UFPE revelaram aspectos interessantes da micropolítica destes capítulos da história do ensino superior. Os itinerários políticos que levaram à gestão o grupo político que se encontrava na reitoria por ocasião da eleição de Lula serão melhor abordados em sessão posterior. Mas cabe anotar aqui a mudança que ocorreu no comando da ANDES no curso do governo Lula. A associação de docentes teve origem nas lutas pela redemocratização do país na década de 1980. Criada em 1981, a ANDES participou dos movimentos pela resistência à ditadura militar e pelas diretas já, contribuiu para a eleição de Lula, mas, assim como diversos movimentos sociais, assumiu uma posição crítica ao governo diante da manutenção das medidas macroeconômicas adotadas pelo governo anterior. Como relatam os dirigentes entrevistados, a ANDES foi um importante espaço de formação política e de elaboração de teses sobre a política de ensino superior. No caso da UFPE, essa trajetória foi responsável pela primeira alternância de gestão desde a sua criação, e pela chegada à reitoria de um grupo de professores com trajetória ligada à pós-graduação e ao movimento sindical. Este grupo ajuda a escrever a proposta da ANDIFES e posteriormente a implementá-la na UFPE.

Por fim, é preciso considerar a influência que o complexo empresarial-financeiro da educação privada representou no contexto analisado. Chamamos de complexo empresarial financeiro porque este setor se transformou tão rapidamente quanto o ensino superior no Brasil neste período. A expansão do ensino, financiada com recursos públicos, faz crescer as empresas nacionais, que posteriormente se fundem e são adquiridas por grupos internacionais em grandes operações financeiras. A influência que este complexo exerce sobre a política é pode ser analisada nos documentos oficiais de suas representações, mas vai além com financiamento de campanha e lobby direto sobre parlamentares, partidos e bancadas. Dentre essas organizações, Santos e Chaves (2016) destacam a Associação Brasileira para o Desenvolvimento da Educação Superior – ABRAES, o Sindicato das Entidades Mantenedoras de Estabelecimentos de Ensino Superior no Estado de São Paulo – SEMESP e o Fórum das Entidades Representativas do Ensino Superior Particular – FERESP, este composto por cinco entidades (Semesp;

Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior (ABMES); Associação Brasileira das Mantenedoras das Faculdades (Abrafi); Associação Nacional dos Centros Universitários (Anaceu); e Associação Nacional das Universidades Particulares (ANUP)). Estas entidades exerceram forte influência na elaboração das políticas para o ensino superior, sobretudo na destinação de recursos financeiros e nas políticas de financiamento e crédito estudantil (PROUNI e FIES).

5.1.2 Macrocontexto da Saúde

5.1.2.1 A Reforma Sanitária Brasileira e a Formação Médica

Entende-se por reforma sanitária brasileira o processo que levou a criação do Sistema Único de Saúde e seus desdobramentos na política pública de saúde. Intrinsecamente ligados à luta pela democracia, pela liberdade e pela garantia de direitos fundamentais, este movimento culmina por imprimir na constituição de 1988 uma radical reforma do estado brasileiro no que diz respeito à política de saúde. Deixávamos de entender que a saúde era um direito apenas da população economicamente ativa, para entender que a saúde é um direito humano inalienável. (PAIM, 2009). Os anos que se seguem foram de grandes transformações no sistema e nos serviços de saúde em todo Brasil. Previsto na constituição e nas leis 8080 e 8142, inicia-se o processo de construção do sistema universal, que se pretendia integral, e orientado para a redução de desigualdades. Este complexo sistema já nasce como o maior sistema universal de saúde do planeta². Articula mais de 5 mil gestores de sistemas locais de saúde, divididos entre municípios, estados e a união. Integra os sistemas de atenção à saúde, prevenção e promoção da saúde, vigilância em saúde, sob um comando único e com participação popular. A este sistema também passa a caber a regulação da formação de recursos humanos em saúde, e posteriormente a política de ciência, tecnologia e inovação.

Nos primeiros anos do SUS a agenda prioritária estava concentrada no complexo processo de descentralização que compreendia a transferência de

² A população brasileira em 1988 era de 143 milhões de habitantes, o segundo maior país com sistema universal de saúde era o Reino Unido com 56 milhões.

serviços e profissionais do antigo Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, para as secretarias estaduais e municipais de saúde. Até 1994 o sistema permanecia predominantemente hospitalar, concentrado nos grandes centros e com indicadores de saúde compatíveis com países subdesenvolvidos. Uma epidemia de cólera fez surgir, no interior do Ceará, uma experiência passar a servir de referência para a reorientação deste modelo. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS apresenta uma eficiência inédita na saúde pública do país e serve de referência para a criação do Programa de Saúde da Família. Este programa surge com financiamento do governo federal na forma de incentivo para que municípios implantem unidades de saúde da família. É consonante com as políticas públicas propostas pelo governo federal no contexto do enxugamento do estado. O Programa de Saúde da Família – PSF surge como um incentivo do governo federal para que municípios implantem equipes de saúde compostas por médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde. Porém os recursos previstos não eram suficientes para o custeio integral destas atividades, nem para todo o país. Em um contexto de reforma do recém-proposto estado de bem-estar social, onde o equilíbrio das contas públicas e a geração de um superavit primário são as prioridades do estado brasileiro, o Programa de Saúde da Família conviveu com restrições orçamentárias estruturais que comprometem todo o sistema e acaba configurando-se como umas das poucas políticas focais de saúde implantadas durante os governos FHC. Estes fatos somados ao desenho da equipe mínima ao modo de organização de práticas e a ausência de mudanças na atenção especializada reforçam a tese de uma ação voltada apenas a uma parcela da população que não é capaz de consumir serviços de saúde, corroborando com a ideia de estado mínimo hegemônica. (PINTO E GIOVANELLA, 2018) Mesmo com essas limitações, entende-se este momento como o marco inicial da atenção básica enquanto política nacional. Em 1994 havia 29 mil agentes comunitários no Brasil, 55 municípios implantaram 328 equipes de saúde da família. Em 2001 este número alcança 15.867 equipes em 4701 municípios. (BRASIL, 2006)

Ainda na década de 1990 os problemas relacionados à formação de profissionais de saúde, sobretudo médicos, passaram a fazer parte da agenda política nacional. Inicialmente motivadas pela insuficiência do aparelho formador nas dimensões éticas e técnicas, as entidades médicas ensaiam propor um sistema próprio, corporativo, de regulação do exercício profissional. No contexto das

mudanças propostas na educação superior, pelo governo FHC, trava-se um intenso debate sobre a avaliação das escolas médicas em contraposição ao Exame Nacional de Cursos – PROVÃO. Composta por onze entidades nacionais, a Comissão Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM realiza uma avaliação das escolas de medicina e apresenta à sociedade brasileira os principais problemas da formação de médicos no Brasil, assim como aponta possíveis soluções para a mudança. (CRUZ, 2004). Porém, dentre os atores e autores que discutiam a educação médica no país não se localiza a problemática quantitativa. Pelo contrário, estudantes, sindicatos, conselhos profissionais, professores e pesquisadores da área apresentavam uma preocupação com a abertura de novas escolas. A pauta da qualidade subsidia o discurso de que novas escolas poderiam formar médicos ainda mais distantes das necessidades do sistema e da sociedade. Esta ideia é corroborada pela precarização do ensino superior público e a expansão do privado. A educação privada parecia reforçar a mercantilização da medicina, dados as altas mensalidades dos cursos privados. Em 1980 havia 76 cursos de medicina no Brasil, 47 deles públicos. Pouco se alterou até 1994, 81 cursos no total, 49 públicos. (Fonte: eMEC) Esta distribuição destoa da proporção nacional que sente os efeitos da expansão do ensino privado desde antes da ditadura militar. Porém, devido ao regime de acesso vigente à época, caracterizava-se, talvez, como o melhor exemplo de perpetuação de desigualdades sociais através do ensino superior, uma vez que o vestibular funcionava como um eficiente método de seleção de classe. Sendo a medicina o curso superior mais procurado em todas as universidades brasileiras, pode-se afirmar que o sistema predominantemente público atendia apenas aos estudantes oriundos das classes sociais mais abastadas. As salas de aula eram predominantemente brancas e masculinas. Os alunos e alunas provenientes das escolas particulares e cursinhos mais caros em todas as cidades brasileiras.

Nos seus últimos anos o governo FHC amargou índices muito negativos de aprovação popular, e ensaiou uma ampliação das ações do estado em áreas estratégicas. No ministério da saúde, o ministro José Serra (futuro candidato à presidência) reforça o apoio à saúde da família e acolhe o movimento que reivindicava mudanças na educação médica criando Programa de Incentivos à Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina – PRO-MED. O programa, restrito a 20 cursos de medicina, oferecia apoio financeiro às instituições que apresentassem projetos de mudança curricular que aproximassem os cursos do SUS, e

incorporassem novas formas de ensino aprendizagem. (BRASIL, 2002) Em novembro de 2001, penúltimo ano de FHC, são lançadas as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais – DNC para os cursos de medicina. As DCN incorporam o discurso por mudanças e propõem a ampliação da participação do SUS, nas práticas e nos conteúdos dos currículos médicos. As diretrizes curriculares são parte importante das mudanças trazidas pela LDB de 1996. Até então os cursos de graduação tinham como referenciais curriculares os currículos mínimos que elencaram apenas as disciplinas necessárias à formação de médicos. Este modelo pressupunha, tacitamente, a transmissão de conhecimentos como única forma de ensino. As DCN 2001 introduzem a preocupação com o que se ensina, mas também com o como se ensina. Emergem as dimensões das habilidades e atitudes e os cursos passam a ser avaliados sobre como se propõem a ensinar a fazer e a ser, além de ensinar a aprender. (BRASIL, 2001)

Ainda na década de 1960 algumas experiências isoladas procuraram mudar a forma de ensino da medicina. Apoiados por organismos internacionais e inspirados nas críticas ao modelo norte-americano em consolidação, estes cursos seguiram diretrizes apontadas nas conferências de Colorado Springs, Cali, Viña del Mar e Tehuacán, sob organização da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Aconteceram em duas escolas tradicionais, a Universidade de São Paulo e na Universidade Federal de Minas Gerais, e na recém-criada Universidade de Brasília. Não constituíram, no entanto, consenso nacional. As experiências da USP e da UnB encerram-se por intervenção direta ou indireta da ditadura militar, a da UFMG dissolveu-se mas emprestou legado às reformas curriculares subsequentes do curso tradicional. (EDLER e FONSECA, 2006; SOBRAL, 2014; MARCH et al, 2006)

Estas experiências de mudança curriculares foram sucedidas por iniciativas mais articuladas às transformações em curso no sistema de saúde, no período de reabertura democrática. Como relata Koffman (2001), o curso de medicina da Universidade Federal Fluminense constrói um projeto pedagógico próprio cuja centralidade está na relação com o sistema local de saúde. Porém não compartilha da mesma preocupação metodológica de outras experiências que integraram as redes UNI, IDA e posteriormente UNIDA. Também no interior, as experiências da Universidade Estadual de Londrina – UEL e da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, introduzem a metodologia de ensino baseado em problemas e uma reestruturação curricular que além da forte relação com o sistema local de saúde,

apostam no processo de ensino aprendizagem como estratégia de mudança de práticas. Estas experiências e o fomento governamental, mesmo setorial e limitado, contribuíram com a construção do discurso de mudança na formação médica.

A eleição de Lula mobilizou vários segmentos da sociedade que participam das políticas de construção cotidiana das políticas públicas. Movimentos sociais, a academia, as corporações, os sindicatos e federações, todos depositavam muitas esperanças na mudança de rumos do governo em direção a revisão da política macroeconômica e a retomada do investimento nas áreas sociais. No movimento sanitário brasileiro, que já havia experimentado a gestão de sistemas municipais e estaduais de saúde, havia muita expectativa na efetivação da reforma em curso. O ministério da saúde é o principal financiador do SUS e o faz indicando diretrizes para a gestão do sistema, avaliando e remunerando. A manutenção da estratégia macroeconômica já havia sido anunciada na Carta ao povo Brasileiro, documento de campanha de Lula em 2002 construído na perspectiva da composição com o capital que pavimenta a candidatura e oferece segurança ao capital internacional. Coerente a este acordo o governo Lula mantém as metas de superavit fiscal e de contingenciamento de recursos para as áreas sociais. Além disso, as indicações para os ministérios são parte da negociação para a manutenção da governabilidade com o congresso nacional. O PT, partido que lidera a coalizão de centro–esquerda, reserva para si os ministérios estratégicos, mas tenta equilibrar as indicações com o cenário político. Na saúde assume Humberto Costa, futuro candidato a governador de Pernambuco. Na educação. Cristovam Buarque, ex–governador e senador pelo Distrito Federal.

Estas duas forças instituintes conviveram durante os governos Lula e, à medida em que víamos avanços na concepção e gestão compartilhada do sistema, comemoramos o sucesso de programas específicos como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e a Farmácia Popular. A atenção básica segue os mesmos princípios adotados no governo anterior e mantém a trajetória de crescimento. As iniciativas de mudança na graduação, fomentadas pelo PRO–MED, são reunidas às experiências de incentivo à mudança de práticas dos profissionais de saúde como os Polos de Capacitação de Saúde da Família, na Política de Educação Permanente – PEP (BRASIL, 2004). Recebem um significativo incentivo orçamentário e político com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES. A PEP é interrompida pelo escândalo do Mensalão e

pela nova coalizão de governo que se forma após a reacomodação da base de sustentação do governo. José Saraiva Felipe, deputado federal pelo PMDB de Minas Gerais assume o ministério até o fim do mandato e José Gomes Temporão assume a pasta no segundo mandato de Lula. Neste contexto, a política de fomento às mudanças na graduação continua a fazer parte da agenda da política de saúde. Os polos de educação permanente são dissolvidos e o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRO-SAÚDE, revisita o PRO-MED, mas agora amplia o incentivo aos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, as medidas indutoras objetivam aproximar os currículos à atenção básica. No ano seguinte, 2007, o PRO-SAÚDE é reeditado e passa a apoiar mudanças na graduação em todas as profissões de saúde. O PRO-SAÚDE I, apoia 89 cursos de graduação de medicina, enfermagem e odontologia. O PRO-SAÚDE II financia projetos em 359 cursos de graduação das 14 profissões da saúde por meio de editais e com duração limitada. (BRASIL, 2007) Os governos Lula acomodam sob o mesmo arco de alianças, interesses de movimentos sociais e do capital. No caso da educação em saúde, promove uma política de incentivo às mudanças curriculares, mas as questões quantitativas, que dizem respeito ao número de profissionais necessários às políticas são contempladas apenas com estudos de demanda e de análise de viabilidade. As propostas de ampliação da força de trabalho para atenção básica esbarram na articulação das entidades médicas, que sustentam o discurso de qualidade x quantidade. A expansão de oferta se dá, nos intervalos de regulação de abertura de novas escolas, a grande maioria privadas.

O governo Dilma retoma a prioridade da atenção básica com um conjunto de medidas que visam a recomposição financeira, a reestruturação das unidades de saúde e a recomposição da força de trabalho na atenção básica. Conformam esse conjunto de medidas a revisão do Piso de Atenção Básica e seus componentes fixo e variável, o Programa de Requalificação das UBS; a criação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), a estratégia e-SUS Atenção Básica, o Programa Telessaúde Brasil Redes, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQAB, a própria Portaria da nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, a reestruturação do Programa Saúde na Escola, a criação do Programa Academia da Saúde, a nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Política de Educação Permanente do SUS para os profissionais da atenção básica, o Plano Nacional de Educação Médica, o Programa de Valorização e

Atenção Básica e, posteriormente, o Programa Mais Médicos. (PINTO, SOUZA E FERLA, 2014).

Apesar da densidade das iniciativas apresentadas e do aporte financeiro que elas representam, um problema estrutural impedia a ampliação da cobertura e a efetivação do planejamento de priorização da atenção básica: a falta de médicos. A insuficiência deste profissional mostrava a limitação das experiências anteriores de mudança na graduação e com enfoque mais qualitativo e produzia consequências para o sistema de saúde e para as populações dependentes do SUS.

“Os resultados dessa situação de desequilíbrio ocasionam o comprometimento de recursos do município, além de sua capacidade de pagamento, com posterior descontinuidade dos vencimentos e quebra de compromissos com o médico contratado; redução da carga horária efetivamente praticada pelo profissional, seja porque o gestor ‘compensa’ a remuneração reduzindo a carga horária, seja porque o médico impõe essa condição na sua contratação, gerando uma série de irregularidades e ilegalidades, além de reduzir o acesso da população; alto índice de rotatividade dos médicos, fazendo com que quase a metade não chegue a ficar sequer um ano no mesmo município.” (Programa Mais Médicos 2 anos – MS – 2015)

Diante deste quadro e com as cobranças apresentadas ao governo federal com os protestos de 2013, o governo federal passa a priorizar o provimento de profissionais, quantitativamente, na agenda da política de saúde. Em julho de 2013 é lançado o programa Mais Médicos que prevê três eixos de atuação: provimento emergencial, investimento na infraestrutura, e formação médica. As justificativas para a política são a razão 1,8 médico para mil habitantes, inferior à média dos países que integram a OCDE, a defasagem entre o número de médicos formados e o número de empregos formais criados para médicos na última década, as desigualdades regionais e as dificuldades de fixação de médicos em áreas específicas como: o semiárido nordestino, a amazônia legal, a periferia de grandes centros urbanos e os distritos sanitários indígenas. No âmbito do provimento, o Mais Médicos propõe a contratação de médicos brasileiros e de médicos de países com uma razão de médicos por habitante superior à brasileira, e uma cooperação entre o Brasil e Cuba para a prestação de serviços médicos. Em 2015, as três categorias somavam 18.240 médicos e médicas atuando em 4.068 municípios, dentre estes

100% das capitais e dos distritos sanitários indígenas. No âmbito da formação o Mais Médicos estabelece os pressupostos para a regulação da formação especializada e da expansão da oferta de cursos de medicina. As universidades federais são convidadas a expandir suas atividades para campi no interior do país, mas a resposta é inferior à meta estabelecida pelo governo. A expansão da rede privada se dá por critérios estabelecidos na lei 12.871/13 que só autoriza a abertura de escolas privadas em locais com baixa concentração de escolas, com rede assistencial e com investimentos suficientes para a garantia da qualidade do ensino e da descentralização da oferta. (BRASIL, 2015)

Várias iniciativas antecederam o Mais Médicos na perspectiva da atração e fixação de profissionais da saúde para regiões remotas. Ainda na ditadura militar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS – 1976), mas a experiência não se deu no contexto de um sistema universal. Já sob a previsão constitucional de ordenação de recursos humanos o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS – 1993), e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS – 2001). Estes programas atingiram 398 e 300 municípios respectivamente, foram de duração e impacto limitado. Oliveira (2017) não encontra, em revisão de literatura, justificativas para o fim das duas iniciativas. A última iniciativa que antecede o Mais Médicos é direcionada à regulação da formação especializada. Esta formação está diretamente relacionada à estrutura do modelo assistencial, sempre foi financiada integralmente com recursos públicos e regulada pela corporação médica. O Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) também segue na esteira dos programas de incentivo à ampliação da formação especializada para atenção básica. O Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) prevê a destinação de 3,7 mil vagas de residências para áreas com carência de especialistas em 2019. O PROVAB oferece um bônus de 10% da nota do candidato ou candidata para cada ano de atuação na atenção primária e consegue atrair mais de 3 mil médicos e médicas para atenção básica nos anos que antecedem o Mais Médicos. (CARVALHO e SOUSA, 2013).

A relação entre os ministérios e as políticas de saúde e educação evoluem com as políticas apresentadas. Antes do governo Lula não havia relação e a agenda de formação para o SUS era uma pauta exclusiva do ministério da saúde. No governo Lula a criação de um departamento para a gestão dos programas de

residências médicas no MEC sinaliza uma aproximação, mas a direção empreendida pelo diretor Antônio Carlos Lopes prioriza a interlocução com as entidades médicas que militam em torno de medidas corporativas como o Ato Médico. O MEC passa a compor os conselhos e colegiados que desenham e propõem as políticas articuladas desde o PRO-SAÚDE. Mas com o Mais Médicos e a transformação do Departamento de Residência e Projetos Especiais na Saúde – DREM em Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde – DDES os dois ministérios passam a produzir juntos as políticas. Este departamento é o único na Secretaria de Ensino Superior – SESU do MEC que trabalha uma política setorial.

No conjunto das políticas analisadas podemos observar um nível de detalhamento e de densidade de intervenção maior por parte do MS do que do MEC que tradicionalmente ocupou-se de medidas de registro e regulação. Os dispositivos indutores presentes nas políticas propostas pela saúde estão mais próximos dos desafios das gestões estaduais e municipais de saúde, haja vista o modo de produção de políticas previsto na constituição e nas leis orgânicas do SUS. As comissões bi e tripartite, o conselho nacional de saúde e as conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde parecem garantir que as necessidades de estados e municípios, principais executores das políticas influenciam os formuladores e ministério da saúde como proponente da política nacional. A comparação pode ser feita com a política de educação superior e suas agendas que, na maioria das vezes é construída apenas com os dirigentes das instituições federais de ensino. A composição dos conselhos nacionais também retratam a representatividade dos executores das políticas e suas influências. A relação do MEC com as universidades também se diferencia bastante pelo estatuto da autonomia universitária. Enquanto as propostas indutoras das políticas de saúde são construídas conjuntamente com secretarias estaduais e municipais, usuários e trabalhadores do SUS, as propostas da política de educação são pactuadas com os dirigentes das IES e oferecidas às IES. Os atores da política de saúde participam da construção desta e parecem mais diretamente contemplados. Os atores da política de educação podem ou não aderir às políticas propostas segundo vários interesses, todos eles albergados pelos pressupostos da autonomia universitária. Este fenômeno está presente desde as medidas de fomento à mudança na graduação, até as medidas de adequação quantitativa das necessidades sociais de profissionais. O contraste entre as duas

políticas sugere uma lacuna na formulação das políticas, especialmente de educação, quanto ao ambiente interno das IES, seus modos de gestão e processos decisórios.

5.1.2.2 Principais atores e as propostas para a formação de médicos.

O Programa Mais Médicos tem sido objeto de várias pesquisas na área de saúde coletiva e na análise de políticas. (REGO E MACHADO, 2017; REDE OBSERVATÓRIO PROGRAMA MAIS MÉDICOS, 2015; MEDINA, 2018; RIOS E TEIXEIRA, 2018) Destacamos a tese de doutorado de Heider Aurélio Pinto, sobre a entrada na agenda do programa. Utilizando as teorias do Neo Institucionalismo Histórico, como a teoria de Mudança Institucional Gradual e a Teoria de Múltiplos Fluxos, o autor, que também foi importante ator das políticas de educação e saúde, analisa o contexto de construção do programa e como a insuficiência de médicos tornou-se um problema para as políticas de saúde e educação. (PINTO, 2021) Ao debruçar-se sobre os atores que atuaram neste contexto propõe o agrupamento em comunidades de políticas segundo a teoria de múltiplos fluxos de Kingdon (CAPELA E BRASIL, 2015). Os atores do subsistema da educação são gestores de diversas instâncias estatais, proprietários e dirigentes de IES privadas, dirigentes das IES públicas, docente, estudantes e técnicos, e organizações representativas de IES públicas e privadas (Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras – CRUB, ANDIFES, ANDES–SN, UNE e Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM). No subsistema de saúde destacam-se os atores de diversos órgãos estatais de gestão e controle social, prestadores privados, seguradoras e operadoras de planos de saúde, associações e agrupamentos destas, dirigentes de organizações de profissionais de saúde, lideranças de organizações da sociedade civil, usuários, associações científicas ligadas à reforma sanitária. Estes atores estão agrupados em 3 comunidades de políticas: Comunidade Movimento Sanitário, Comunidade Defesa da Medicina Liberal, e Comunidade Defesa da Regulação pelo Mercado na Saúde e Ensino Superior. A Comunidade do Movimento Sanitário ainda se divide, segundo o autor, em movimento sanitário propriamente dito que reúne especialistas e pesquisadores, docentes de pós-graduação em Saúde Coletiva e é liderada pelas entidades – Abrasco, Cebes e Rede Unida; outro agrupamento é

composto por sujeitos situados no Estado e que atuam pela saúde nas três esferas de governo, principalmente no executivo, mas também no legislativo; e, por fim, o grupo compreendido pelas lideranças sindicais e de organizações e movimentos sociais de saúde e que atuam muito nos espaços de controle social do SUS. O autor ainda destaca a importância do que chama de Rede Temática da Educação Médica, compreendida aqui como um grupo com participação, interação e acesso flutuantes de vários membros, que, por sua vez, se envolveu, discutiu, estudou, formulou e propôs iniciativas relacionadas ao ensino da medicina e às políticas de formação de pessoas para o SUS. Estes agrupamentos de atores apresentam posições nem sempre consensuais, mas muito próximas internamente. A rede temática, por sua vez, constitui-se como um ambiente por onde circulam atores e ideias, teses, tecnologias e conceitos. Ao analisar documentos e ao entrevistar sujeitos-chaves destas comunidades o autor construiu um mapa de poder e interesses que resultou no formato final da política.

A Comunidade Movimento Sanitário esteve engajada na defesa dos princípios da Reforma Sanitária brasileira, e defendeu que a formação, regulação e provimento da força de trabalho em saúde deve ser feita pelo Estado, pelo subsistema saúde e em função das necessidades da população e do SUS. A Comunidade Defesa da Medicina Liberal esteve atrelada a princípios, questões e propostas políticas historicamente hegemônicas na profissão médica buscando manter os privilégios conquistados e se opondo a mudanças na formação, provimento e regulação da Medicina. Não por acaso, defende que o Estado atue controlando o mercado privado de educação. Reivindica, portanto, políticas que impeçam a abertura de escolas que lhe pareça excessiva, mas é contra sua atuação na regulação profissional, na definição de qual o escopo de práticas que cabe a cada profissão, na distribuição dos médicos e na regulação da formação médica. Defende que a formação seja uma escolha livre dos médicos, apesar de financiada pelo estado, e que as entidades médicas definam os sentidos da formação e a regulação profissional. A Comunidade Defesa da Regulação pelo Mercado na Saúde e Ensino Superior entende que cabe ao mercado e seus mecanismos regular a distribuição e remunerações dos profissionais de saúde, o escopo de práticas e a formação, quantidade e perfil. Que a iniciativa privada na educação é garantia constitucional, que a regulação tem de ser do mercado, que o Estado tem de interferir o mínimo possível e que não pode haver a imposição de condicionantes profissionais extramercado que visam a

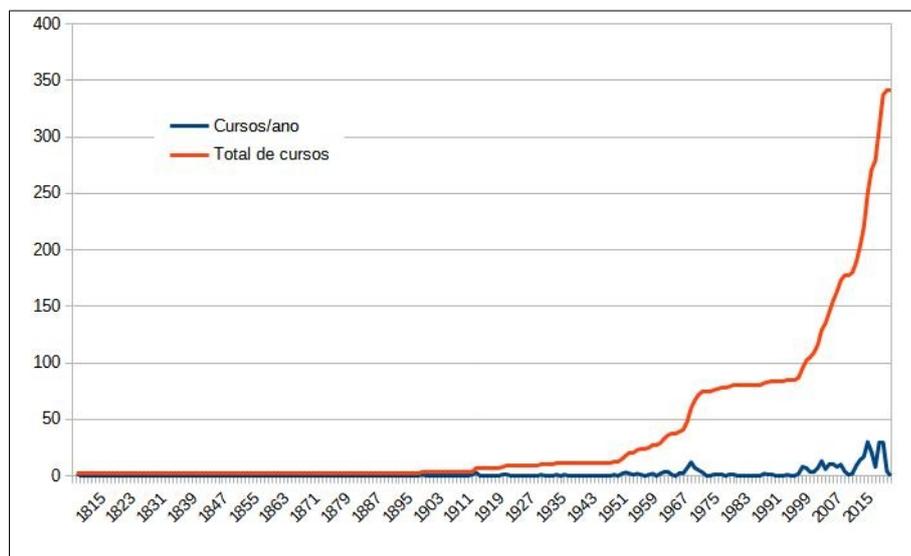
reserva de mercado e o controle de preços da força de trabalho e dos serviços médicos. Ao passo que reivindica subsídios e financiamento público. Seus interesses ora se alinham com os da Comunidade da Defesa da Medicina Liberal, ora conflituam-se. No caso da expansão privada dos cursos de medicina, a aliança com o governo federal fez prevalecer seus interesses. No caso da abertura de um curso de medicina por uma universidade federal no interior do país, estes interesses se aproximam e se fortalecem mutuamente.

Esta correlação de forças produziu a política cujo texto analisaremos em sessão posterior. Para o autor, quatro fatores foram decisivos para que a questão da insuficiência de médicos entrasse na agenda. A primeira foi a conformação do segundo governo da presidenta Dilma Rousseff, com a chegada ao ministério da saúde de atores sensíveis a esta questão. Médicos com interlocução em duas comunidades de políticas analisadas, a do Movimento Sanitário e da Medicina Liberal, e com trânsito na rede temática da educação médica. A segunda, o agravamento da questão produzido pelas políticas que reposicionaram estrategicamente a atenção básica nos anos anteriores. Estas políticas incrementaram o financiamento, o sistema de informação, a avaliação e a infraestrutura, afunilando a complexidade dos problemas que impediam ou retardavam a ampliação da atenção básica nacional à falta de médicos. Em terceiro lugar, o protagonismo dos atores que formularam e conduziram a política, em especial no enfrentamento corporativo interno da medicina. Em quarto lugar a percepção do problema, a potência das soluções apontadas e a proximidade da questão aos gestores municipais e à população. Estes fatores foram favorecidos pelo acúmulo de experiências internacionais e pela posição que o Brasil assumiu na agenda global de saúde. A janela de oportunidade foi definida pela necessidade social crescente, pela composição do novo governo e pelas experiências nacionais anteriores.

5.1.2.3 Evolução do ensino de medicina no Brasil e a oferta de médicos para o SUS.

Considerando os macrocontextos setoriais analisados, dedicamo-nos a analisar o encontro desses dois cenários. Como se deu a origem e a evolução do ensino de medicina no Brasil e como isso impactou a oferta de médicos e a organização do sistema de saúde. Há várias publicações disponíveis sobre a história da medicina no Brasil, destacamos duas produções relevantes. Uma publicação específica da Associação Brasileira de Educação Médica, com essa finalidade e a tese de doutorado de Jorge Luiz do Amaral sobre os duzentos anos do ensino de medicina no Brasil. Durante mais de dois séculos a medicina esteve presente na conformação do ensino superior brasileiro assim como no surgimento das primeiras universidades. As origens do ensino de medicina no Brasil remontam o período colonial e ensejam o cenário das profissões liberais que a coroa portuguesa inaugura com a sua mudança para a colônia americana. O primeiro curso superior do Brasil é o curso de medicina de Salvador, criado pela coroa portuguesa, hoje pertencente à UFBA. O curso segue a tradição do ensino médico francês, assim como o ensino superior a partir daí. Neste período havia uma grande diferença entre os modelos explicativos e terapêuticos entre os países e culturas tanto na Europa como nos territórios americanos. O Brasil conviveu por 300 anos com uma medicina sincrética que conciliava saberes de matrizes africanas e indígenas com os incipientes saberes científicos que chegavam da Europa. Os poucos médicos atuantes em território nacional eram formados em Coimbra, Portugal, assim como os outros profissionais liberais que atuavam no estado colonial. A abertura dos cursos é compreendida com uma abertura da coroa portuguesa a influências liberais pós-revolução francesa. O ensino permanece sob estrito controle estatal e restrito a Salvador e ao Rio de Janeiro. A autorização da prática médica também é atribuição do governo central. (Amaral, 2007)

Gráfico 3 – Cursos de medicina abertos por ano. (1808-2020)

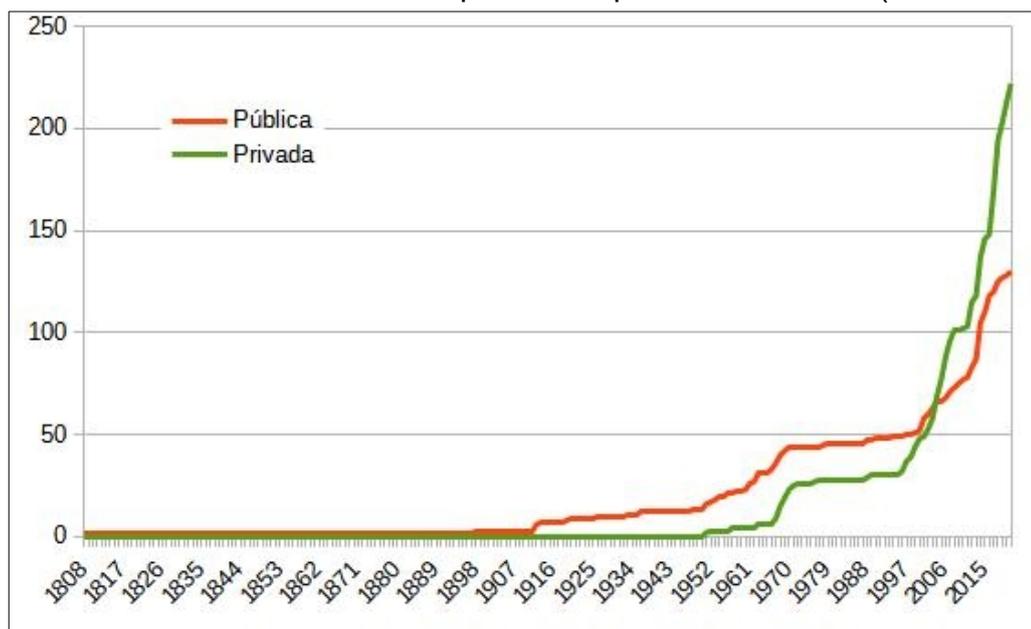


Fonte: eMEC

Quando os dois primeiros cursos de medicina do Brasil iniciaram suas atividades em 1808 a população brasileira era de aproximadamente 4 milhões de habitantes (IBGE). O terceiro curso inicia suas atividades 90 anos depois em Porto Alegre, quando o Brasil já tinha mais de 14 milhões de habitantes. Atingimos a primeira dezena de cursos em 1926, e a segunda apenas em 1952, quando se inicia o primeiro ciclo de expansão, associado ao processo de industrialização e a introdução do ensino privado. O gráfico 3 mostra o pequeno crescimento do século XIX, assim como que a expansão do ensino de medicina acompanha a expansão do ensino superior como um todo. Durante a ditadura militar de 1964–1985, há o primeiro ciclo de crescimento. Neste período houve a consolidação do modelo médico–assistencial–privatista com grande incremento da rede hospitalar vinculada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Também foi o período de construção de vários hospitais universitários vinculados às universidades federais. O caso mais emblemático desse modelo é o do hospital Clementino Fraga Filho da UFRJ. Planejado para ser o maior hospital da América latina, nunca foi concluído e teve metade de sua estrutura implodida em 2010, por

riscos de desabamento. Esse é o período das primeiras experiências de mudança curriculares que descrevemos anteriormente, o foco da política nacional sobre a expansão da rede hospitalar demonstra a falta de respaldo das iniciativas de mudança curricular orientadas à atenção primária.

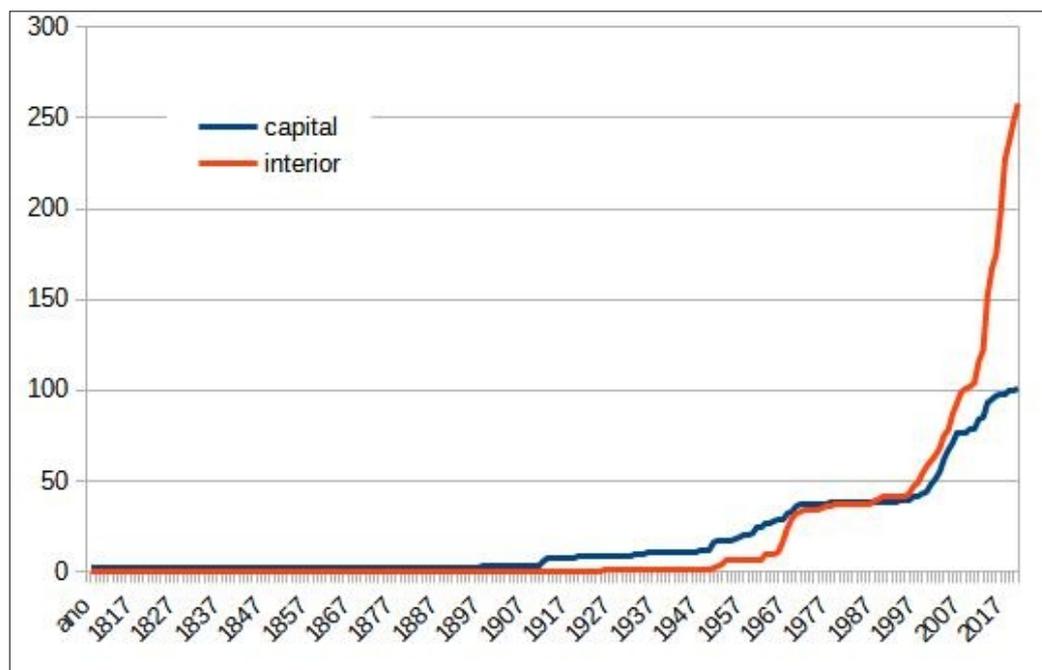
Gráfico 4 – Cursos de medicina públicos e privados no Brasil (1808-2018)



Fonte: eMEC

Apesar da expansão do ensino de medicina durante a ditadura, o deficit e má distribuição de profissionais persiste. Em 1964, já com 80 milhões de habitantes, o Brasil contava com 36 cursos de medicina, 30 cursos públicos (83,33%) e 6 privados (16,67%), distribuídos 27 nas capitais (75%) e 9 (25%) no interior (gráfico 4). Até 1985, quando a população brasileira chega a 135 milhões de habitantes, 40 novos cursos foram abertos, alterando a proporção entre público e privado para 46 públicos (60,52%) e 30 privados (39,48%), e entre 39 (51,31%) cursos nas capitais e 37 (48,69%) no interior. (gráfico 5)

Gráfico 5 – Cursos de medicina em capitais e interior (1808-2018)



Fonte: eMEC

Os cursos de medicina foram importantes focos de resistência à ditadura militar. Em virtude disso, professores e estudantes sofreram graves represálias. Exemplo disso é o caso extremo e emblemático da demolição do prédio da faculdade de medicina da praia vermelha no Rio de Janeiro, pelo governo de Garrastazu Médici em 1973. A resistência à ditadura transformou-se nos movimentos de redemocratização na década de 1980 e 1990. Professores e estudantes, agora médicos, assumiram papéis importantes nas entidades médicas (sindicatos, conselhos e associações científicas) e na gestão do SUS em cidades estratégicas como Santos – SP e Niterói – RJ. Estes atores de diferentes matizes ideológicas e partidárias contribuíram significativamente para a elaboração e aprovação da Constituição de 1988. A 8ª Conferência Nacional de Saúde é reconhecida como o grande encontro dessas forças políticas e seu relatório um dos textos-base para a Constituição.

A reforma universitária de 1968 extinguiu as cátedras e consolidou a fusão das antigas faculdades em universidades. As antigas estruturas administrativas vitalícias, atribuídas pelo governo central, passam agora a se chamar departamentos e seguem a ordem do funcionalismo público federal. A tutela, mais ideológica que acadêmica, passa aos centros acadêmicos, instâncias incumbidas apenas de

atividades de controle das atividades docentes e estudantis. A autonomia universitária é garantida parcialmente, principalmente pelos mecanismos autoritários do governo ditatorial, mas também pelo modelo de gestão centralizado, do financiamento exclusivo e do rígido estatuto administrativo. As estruturas curriculares remanescentes deste período são estruturas rígidas, os chamados currículos mínimos, com a organização fragmentada e subespecializada do conhecimento, retrato do modelo assistencial hegemônico vigente. O sistema avaliativo é coerente com o cenário ideológico, político e pedagógico. Apenas aspectos cognitivos são avaliados por instrumentos fragmentados e punitivos. A combinação entre a insuficiência quantitativa, o modelo administrativo e organizativos das universidades, o modelo pedagógico e o sistema de avaliação são os fatores que determinam a atuação profissional e sua inserção no sistema de saúde, impactando diretamente sobre os indicadores de saúde nacionais. Esses são achados da CINAEM, movimento avaliativo que reuniu atores dos diferentes segmentos que influenciavam a política nacional de educação e saúde, entidades médicas e da área da educação, estudantes, sindicatos, conselhos e posteriormente secretários de saúde.

De 1971 a 1996, a média de abertura de cursos de medicina foi de 0,53, apesar de a população saltar de 97 para 164 milhões. (Fontes: eMEC e IBGE). Este período que marca o fim do período de crescimento econômico, a falência do regime militar e a reabertura democrática foi responsável pela estagnação do crescimento de todo o ensino superior brasileiro. No cenário do ensino de medicina, o que predominava eram os problemas resultantes do modelo de ensino estabelecido durante o regime militar. As transformações que aconteciam no sistema de saúde, implantação da saúde da família e o processo de descentralização/municipalização, demandam dos cursos de medicina novos perfis curriculares. Eram necessários profissionais com formação ampla, com competências para atuar nos ambientes não hospitalares como a atenção básica e os diferentes espaços de gestão que o SUS inaugura desde sua criação. Mas as questões numéricas ainda não são percebidas. As experiências de inovação curricular agora encontram eco nas políticas públicas, e nos governos nacional e municipais.

A partir da promulgação da LDB/96 o Brasil vive uma radical expansão do ensino da medicina. Ainda no período do governo Fernando Henrique são abertos 34 cursos, no governo Lula são mais 66 cursos. Quando a presidenta Dilma Rousseff assumiu a presidência da república, em 2011 o Brasil tinha 179 cursos de

medicina. No mesmo ano, estes cursos formaram 14.634 médicos e médicas, com 197,5 milhões de habitantes, ou seja, 0,74 egressos para 10 mil habitantes. A média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE era de 1,06, no Reino Unido 1,1. (BRASIL, 2015) Após um período de quase estagnação, com um crescimento de anual médio de cobertura em 1,5% da população, a atenção básica volta a ser prioridade do governo federal com um conjunto de medidas que compõem uma nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. São definidos 10 desafios para o ministério da saúde, que demonstram essa priorização.

1. Financiamento insuficiente da Atenção Básica.
2. Infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
3. Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde.
4. Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis.
5. Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado.
6. Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais.
7. Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão.
8. Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, deficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores.
9. Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica.
10. Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade.

Em quatro anos, a transferência de recursos financeiros relativos à atenção básica, do ministério da saúde para os municípios, dobra como resultado das mudanças no financiamento. Além do incremento financeiro incorporado ao Piso de Atenção Básica (PAB), o ministério repassa mais de R \$5 bilhões para a

requalificação da estrutura física das unidades de saúde, além de oferecer assessoria técnica para os processos de elaboração de projetos, licitação e acompanhamento das obras, essa iniciativa é chamada de Requalifica UBS. O grande entrave para a resposta aos objetivos traçados no início do governo é a falta de médicos, o que é percebido em números e no discurso dos prefeitos.

Dados da Pesquisa Nacional de Sinais de Mercado da UFMG, mostraram que de 2003 a 2012, foram criadas 143 mil novas vagas de empregos para médicos no Brasil. Apesar do aumento do número de escolas e de vagas, conseqüentemente, formaram-se apenas 93 mil médicos no período, um deficit acumulado de 50 mil médicos. Essa carência é agravada pela baixa mobilidade externa de profissionais médicos no Brasil. Enquanto o Reino Unido, que forma 1,1 médico para cada 10 mil habitantes e possui uma razão de 2,7 médicos para 1000 habitantes, possui 37 % de seus médicos formados fora do país, o Brasil apresenta, em 2012, apenas 1,8%. Além de insuficiente, a má distribuição regional de médicos torna este problema ainda mais grave nos locais que mais precisam, ampliando desigualdades. Das 27 unidades federadas, apenas 5 possuíam a razão de médicos por habitantes acima da média nacional de 1,83. Enquanto o Distrito Federal e o Rio de Janeiro ostentavam uma razão maior que a do Reino Unido ou à média dos países da OCDE, de 2,7. Todos os estados do Nordeste, do Norte, do Centro-oeste, 2 estados do Sul e 11 das 17 regiões de saúde do estado de São Paulo estavam abaixo da média nacional. (BRASIL, 2015; OLIVEIRA et al, 2019).

As últimas iniciativas anteriores ao Mais Médicos para o provimento de médicos testaram o limite do tensionamento com categoria médica construindo mecanismos de incremento financeiro para o sistema de formação especializada, como recurso redistributivo de médicos e especialistas. O Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – Pró-Residência incentivou a abertura de programas com financiamento novo, nas áreas deficitárias como a Medicina de Família e Comunidade, e o PROVAB ensaia o primeiro mecanismo de regulação da formação especializada com a bonificação por atuação na atenção primária. Antes do lançamento do Mais Médicos, apenas 2% dos médicos brasileiros possuíam formação em Medicina de Família e Comunidade, e apenas 5% atuavam na atenção básica. (BRASIL, 2015; OLIVEIRA et al, 2019).

O conjunto de iniciativas que compõem a PNAB 2011 reposicionam a atenção básica na agenda dos prefeitos. Diante da retomada dos investimentos e do incremento da capacidade dos municípios em oferecer, ampliar e qualificar acesso aos serviços de saúde e da repercussão política que isso pode produzir, estes atores passam a pressionar o governo federal por soluções efetivas para a falta de médicos, único elemento que persiste sem solução e impactava diretamente, restringindo o resultado das demais iniciativas. Esta é uma força política decisiva para a contundência das políticas apresentadas e para as metas estabelecidas. No campo da formação o governo federal propõe e o congresso nacional aprova, com forte influência dos prefeitos e secretários de saúde, a meta de 2,7 médicos por 1000 habitantes para 2025. Com isso, o Brasil saltaria de um total de 380 mil médicos para 600 mil, um aumento de 50% em 13 anos. Para isso seria necessário ampliar o acesso aos cursos de medicina e garantir um aumento no número de egressos em 11,5 mil em cinco anos. Para o setor privado foi destinado um marco regulatório adicional ao que já regulamentava o setor. A partir da promulgação da lei do Mais Médicos, as instituições privadas só poderiam abrir novos cursos de medicina em localidades com comprovada carência de profissionais, e que apresentassem serviços de saúde com condições para o funcionamento dos cursos. Para o setor público, foi criada uma política de acompanhamento e apoio às IFES que já possuíam projeto de curso submetido ao MEC. Muitas destas propostas aguardavam aprovação e provisão de recursos orçamentários para iniciarem suas atividades. Não houve política ou edital específico para os cursos públicos, apenas a mobilização dos cursos que já estavam em vista. Devido a isso, não é possível localizar nos documentos públicos a relação dos cursos públicos que compõem essa fase da expansão. Recorremos aos documentos da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas (CAMEM), para identificar os cursos e as IFES que passaram a ser acompanhados e apoiados pelo MEC. (quadro 5) As previsões orçamentárias para os cursos federais foram garantidas por incremento no orçamento das IFES, sem discriminação específica.

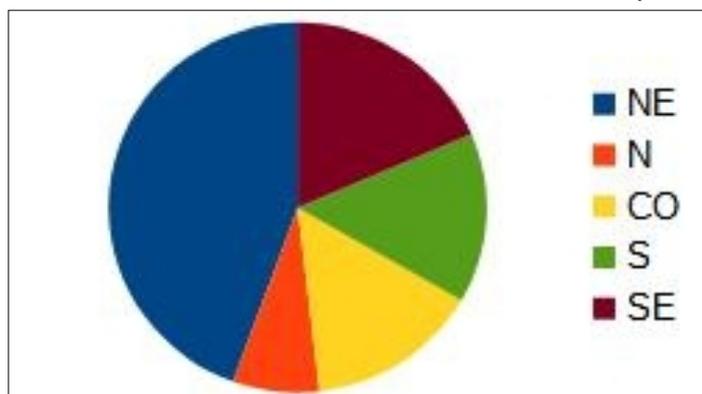
Quadro 5 – Novos cursos em Universidades Federais apoiados pelo Mais Médicos.

	Universidade	Vagas	Cidade	Região
1	UFAL	60	Arapiraca	NE
2	UFAM	48	Coari	NE
3	UFBA	45	Vitória da Conquista	NE
4	UFDPAR	80	Parnaíba	NE
5	UFFS	40	Chapecó	S
6	UFFS	62	Passo Fundo	S
7	UFJ	60	Jataí	CO
8	UFLA	60	Lavras	SE
9	UFMA	100	Pinheiro	NE
10	UFMA	100	Imperatriz	NE
11	UFMS	60	Três Lagoas	CO
12	UFMT	60	Sinop	CO
13	UFOB	80	Barreiras	NE
14	UFPA	60	Altamira	N
15	UFPI	30	Picos	NE
16	UFRB	60	Santo Antônio de Jesus	NE
17	UFRN	40	Caicó	NE
18	UFSB	80	Teixeira de Freitas	NE
19	UFSJ	40	São João del-Rei	SE
21	UFVJM	60	Teófilo Otoni	SE
22	UFVJM	60	Diamantina	SE
23	UNIFAL–MG	60	Alfenas	SE
24	UNILA	60	Foz do Iguaçu	S
25	UNIVASF	40	Paulo Afonso	S
26	UFPE	80	Caruaru	NE
27	UFR	40	Rondonópolis	N

Fonte: CAMEM/MEC

As universidades federais responderam com a oferta de 1565 vagas em 27 novos cursos. Todos no interior, 2 (7,4%) na região norte, 12 (44%) na região nordeste, 3 (11%) na região centro-oeste, e 5 cursos no sul e no sudeste (18%) respectivamente. (gráfico 6) Além disso, houve ampliação de 395 vagas em cursos já existentes, perfazendo 1960 novas vagas no sistema federal, 17% das vagas necessárias para a meta prevista no Mais Médicos.

Gráfico 6 – Curso de medicina do Mais Médicos por região



Fonte: CAMEM/MEC

O marco regulatório para abertura dos cursos de medicina estabeleceu que a autorização da abertura de novos cursos se daria em municípios com necessidade de médicos, e rede de saúde disponível. Os municípios precisavam comprovar a estrutura da rede e comprometer-se com o ensino. As instituições de ensino deveriam ser selecionadas pela qualidade do projeto pedagógico, em conformidade com as DCN, a infraestrutura e corpo docente do curso, o plano de contrapartida para a estrutura de serviços, o plano de formação e desenvolvimento docente, o plano de implantação da residência médica, e o plano de oferta de bolsas para alunos. O processo previa monitoramento por meio de comissão formada por especialistas e representantes do MEC, do MS, do Conselho Nacional de Educação (CNE) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Desde o início do programa até março de 2022, na base de dados do eMEC, foram abertos 115 novos cursos privados de medicina, 4,25 vezes o número de cursos públicos, nestes cursos foram oferecidas 6983 vagas, 4,46 vezes o número de vagas em cursos públicos acompanhados pela CAMEM. Atualmente o Brasil oferece 37.417 vagas de medicina. A meta de 11500 novas vagas é atingida em 2020. Em 2018, o governo Bolsonaro modificou o programa extinguindo o limite imposto pelo Mais Médicos, desde então 1340 vagas foram ofertadas e há 1254 vagas em cursos que ainda não iniciaram as atividades. São 2594 vagas, 22,5% a mais do que havia sido previsto, e sem nenhuma reação das entidades médicas.

5.1.2.4 O ensino da medicina em Pernambuco.

O ensino de medicina começa tardiamente no estado de Pernambuco quando comparado a outros estados, ou províncias do período colonial. Apesar da importância econômica do estado nos 3 primeiros séculos de colonização, e da importância política que o estado tem na federação até hoje, o primeiro curso de medicina só inicia suas atividades em 1920, 112 anos depois da Bahia e do Rio de Janeiro. O Rio Grande do Sul, Minas Gerais, o Paraná, São Paulo e o Pará também já possuíam cursos de medicina antes que a Faculdade de Medicina do Recife iniciasse suas atividades. O segundo curso, atualmente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, iniciou suas atividades 31 anos depois, em 1951. E o estado permanece com apenas dois cursos até 2004 quando a Universidade Federal do Vale do São Francisco inicia seu curso. Em 2006 a Faculdade Pernambucana de Saúde inaugurou o primeiro curso privado do estado. Vinculado ao complexo hospital do Instituto de Medicina Integral prof. Fernando Figueira, o curso é também, o primeiro do estado a usar metodologia ativa como recomendado nas diretrizes curriculares nacionais. O quadro 6 apresenta o ano de criação e o número de vagas ofertadas por cada curso de medicina em atividade no ano de 2022.

Quadro 6 – Cursos de medicina em Pernambuco (2022)

(continua)

Instituição	Ano de abertura	Categoria	Vagas
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE	1920	Pública/Federal	140
Universidade de Pernambuco–/Recife – UPE	1950	Pública/Estadual	150
Universidade Federal do Vale do São Francisco/Petrolina/PE – UNIVASF	2003	Pública/Federal	80
Faculdade Pernambucana de Saúde/Recife – FPS	2005	Privada	192

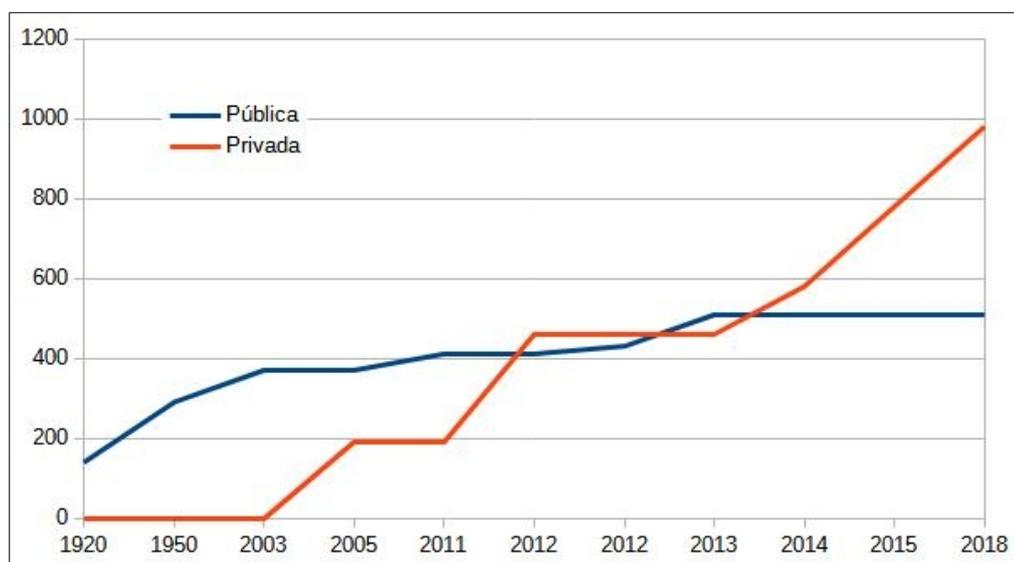
(conclusão)

Instituição	Ano de abertura	Categoria	Vagas
Universidade de Pernambuco/Garanhuns – UPE	2011	Pública/Estadual	40
Centro Universitário Maurício de Nassau – UNINASSAU – PE	2012	Privada	268
Universidade de Pernambuco –UPE/Serra Talhada (PE)	2012	Pública/Estadual	20
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Caruaru (PE)	2013	Pública/Federal	80
Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP	2014	Privada	120
Faculdade de Medicina de Olinda/PE – FMO	2015	Privada	200
Centro Universitário Tiradentes – Jaboatão dos Guararapes – UNIT–Jaboatão	2018	Privada	200

Fonte: eMEC

De 1920 até 2011, o ensino de medicina em Pernambuco é predominante público, concentrado na capital e com um modelo tradicional de currículo. A partir de 2012 há uma inversão da relação público privado com a expansão de cursos privados na capital e região metropolitana e públicos no interior do estado. (gráfico 7 e tabela 10)

Gráfico 7 – Número de curso de medicina em Pernambuco Pub./Priv.



Fonte: eMEC

Tabela 10 – Vagas e percentual de vagas públicas e privadas em PE

	Públicas	%	Privadas	%	Total
Recife	190	24,68	580	75,32	770
RMR	190	16,24	980	83,76	1170
Interior	220	44,9	270	55,1	490

Fonte: eMEC

Em relação às metas estabelecidas pelo Mais Médicos, Pernambuco ultrapassa a meta pois possui, atualmente, 1,81 vagas para cada 10 mil habitantes. Estas vagas, porém, estão concentradas na capital e mais dois municípios da região metropolitana, perfazendo uma razão de 3,39 vagas para 10 mil habitantes. Se analisarmos apenas as vagas e a população de Recife, a razão vai para 5,23, excedendo em muito a média nacional. No interior a razão ainda é inferior à meta de 1,34 vagas para cada 10 mil habitantes. (tabela 11)

Tabela 11 – Razão de vagas de medicina por população, capital, RMR e Interior, 2022

	Capital	RMR	Interior	Pernambuco
Vagas	870	1270	490	1760
População	1661017	3743854	5930939	9674793
Razão vaga/10 ⁴ hab	5,23	3,39	0,82	1,81

Tabela 3. Fonte: eMEC

Atualmente em Pernambuco há 7 cursos com metodologia tradicional, 4 deles em Recife, estes cursos oferecem 818 vagas. Com metodologia ativa, e predominância do Aprendizado Baseado em Problemas há 8 cursos, que oferecem 942 vagas, 3 na capital e 5 no interior, todos privados, à exceção do curso de medicina da UFPE em Caruaru.

5.1.3 Microcontexto Caruaru

5.1.3.1 Caruaru e o curso de Medicina

Caruaru é a principal cidade do interior do estado de Pernambuco e uma das três mais importantes do interior do nordeste do Brasil. Os princípios de sua formação remontam ao século XVII. Torna-se município oficialmente em 1857. Sua constituição se deu a partir da atividade agrícola e do comércio, atividades que se transformaram, mas que continuam com forte influência na economia e na vida de seus cidadãos. Por ser um encontro de rota comercial entre vários outros centros urbanos menores, e entre outros centros comerciais, estabeleceu-se como um grande centro comercial tendo a sua famosa feira como um marco desta tradição. Mais recentemente, no final do século XX, consolidou-se como parte de um polo fabril de confecções com outras duas cidades próximas, Santa Cruz do Capibaribe e Toritama. Está situada a 120 km da capital do estado, na região do Agreste pernambucano, uma região intermediária entre a zona da mata e o sertão do estado onde convivem os biomas da caatinga e da mata atlântica.

Em termos econômicos, Caruaru é a quarta maior cidade do estado, estando atrás apenas da capital, de Jaboatão dos Guararapes e de Ipojuca. De acordo com o

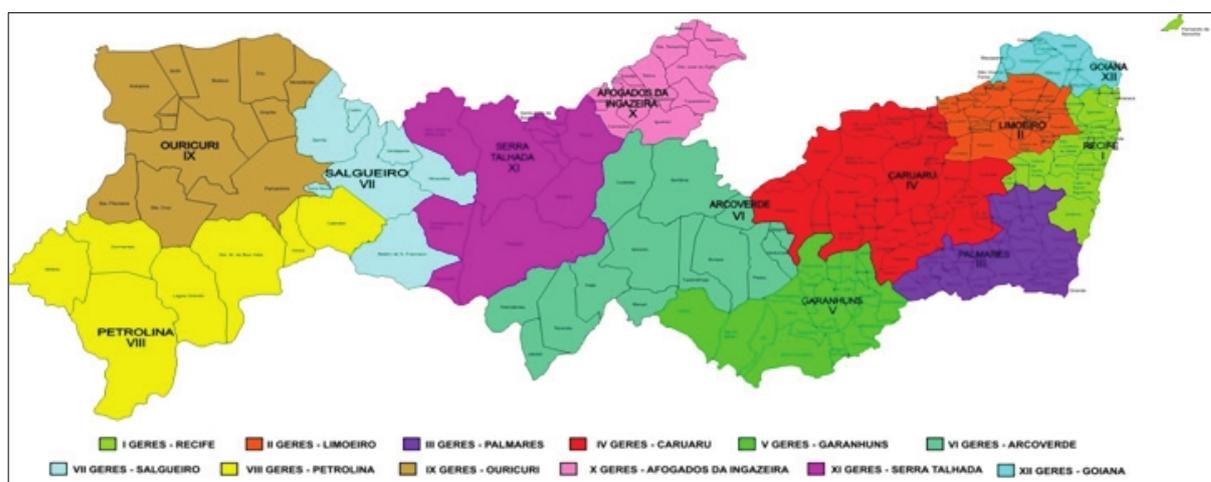
censo do IBGE de 2010, possuía uma população de 314.912 hab. O Produto Interno Bruto – PIB per capita é de R \$19.311,06, e o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH é de 0,677. Em 2017, contava com uma taxa de mortalidade infantil de 11,98 mortes por 1000 nascidos vivos, indicador que acompanha tardiamente a tendência nacional. Caruaru é sede de uma macrorregião administrativa no estado de Pernambuco. Na saúde, sedia a IV Gerência Regional de Saúde – GERES, com um território que abrange 32 municípios e uma população de 1.324.382 hab. (quadro 7 e figura Erro: Origem da referência não encontrada)

Quadro 7 – Municípios da IV GERES.

Agrestina	Alagoinha	Altinho	Barra de Guabiraba	Belo Jardim	Bezerros,	Bonito,
Brejo da Madre de Deus	Cachoeirinha	Camocim de São Felix	Caruaru	Cupira	Frei Miguelinho	Gravatá
Ibirajuba	Jataúba	Jurema	Panelas	Pesqueira	Poção	Riacho das Almas
Sairé	Sanharó	Santa Cruz do Capibaribe	Santa Maria do Cambucá	São Bento do Una	São Caetano	São Joaquim do Monte
Tacaimbó	Taquaritinga do Norte	Toritama	Vertentes			

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE

Figura 1 – Mapa das regiões de saúde Pernambuco



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE

O Projeto Pedagógico do Curso – PPC descreve a rede assistencial prevista como campo de práticas. No momento da instalação do curso, em 2014, havia ao todo 986 leitos em estabelecimentos hospitalares na região, sendo 643 de administração pública direta, nestes há 467 leitos clínicos e 281 cirúrgicos. A região também contava com 323 leitos obstétricos, 313 pediátricos e 206 leitos de outras especialidades na rede hospitalar do SUS. Esses leitos encontravam-se em várias cidades, destacando-se o Hospital Regional do Agreste, Hospital Pronto-Trauma de Caruaru, Hospital Mestre Vitalino, Hospital São Sebastião, Hospital Jesus Nazareno, Hospital Municipal Manoel Afonso Porto Neto, Casa de Saúde Bom Jesus, todos em Caruaru. Na atenção básica a região contava com uma cobertura média de 83,3%. Caruaru 42,8% em 2012, segundo o PPC do curso. Outros serviços não hospitalares disponíveis e relevantes para o ensino são: um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), dois Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em Caruaru e Santa Cruz do Capibaribe que diagnosticam e orientam quanto às doenças sexualmente transmissíveis incluindo a AIDS, dois Centros de Reabilitação em Caruaru, duas equipes de Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), em Caruaru, uma Unidade Pernambucana de Atenção Especializada, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência para 95% da população, e sete Centros de Atenção Psicossocial Transtorno Mental, Álcool e outras drogas. Em termos epidemiológicos a região guarda grandes desigualdades e indicadores bastante diferentes entre os vários municípios.

Quadro 8 – Mortalidade por causas específicas – IV GERES (2014)

(continua)

Condição	IV GERES	Municípios	
AIDS	3	Ibirajuba – 26,49	
Neoplasia de mama	8,45	Ibirajuba – 23,63	Vertentes – 20,97
Neoplasia de colo uterino	4,9	Poção – 34,74	Taquaritinga – 23,14
Infarto Agudo do Miocárdio	63,09	Cupira – 177,38	São Caetano – 154,69
Doenças Cerebrovasculares	5,03	Ibirajuba – 17,22	Panelas – 13,84

(conclusão)

Condição	IV GERES	Municípios	
Diabetes Mellitus	5,64	Agrestina – 56,81	Ibirajuba – 53,04
Acidente de transporte e agressão	56,93	Agrestina – 103,99	Cupira – 95,18
Doenças infecciosas e parasitárias	16,03	Ibirajuba – 39,74	Jataúba – 36,99
Por transtornos mentais	7,97	Jurema – 47,74	Sairé – 27,58
Por uso de álcool e outras drogas	6,95	Jurema – 47,74	Sairé – 27,58

Fonte: PPC Curso de Medicina.

Quadro 9 – Incidência de condições específicas – IV GERES (2014)

Condição	Municípios	
Dengue	Altinho – 1.081,81	Belo Jardim – 11,00
Hanseníase	Frei Miguelinho – 55,97	Santa Cruz do Capibaribe – 3,43
Tuberculose	Barra de Guabiraba – 31,31	Belo Jardim – 4,14
Hepatite B	Bonito – 7,99	Caruaru – 0,62
HIV/AIDS	Caruaru – 20,01	

Fonte: PPC Curso de Medicina.

Os quadros 8 e 9 ilustram como a situação epidemiológica era compatível com a transição epidemiológica e demográfica em curso no Brasil. Porém, na região do Agreste, ainda se encontram casos de doenças infectocontagiosas mais presentes no meio rural com as parasitoses intestinais e a Leishmaniose visceral, além das doenças negligenciadas e das doenças metabólicas e agravos por causas externas. A rede assistencial parecia adequada ao perfil epidemiológico, porém a falta de médicos em todas as especialidades comprometia a qualidade da atenção. Muitos serviços são mantidos com profissionais que migram da capital para Caruaru apenas nos dias de atendimento, e várias especialidades não contam com nenhum profissional na região.

“apesar da decisão política não se tinha uma atenção à saúde de qualidade na atenção primária primeiro porque os processos de trabalho eram muito pouco voltados para o que de fato da atenção primária deveria fazer E por que a gente tinha uma insuficiência de profissionais médicos muito grande” (E6)

Além de importante economicamente, Caruaru sempre teve forte protagonismo na política pernambucana e nacional. A dinâmica política do município revela uma alternância de forças políticas com forte influência familiar, como em muitas cidades do nordeste do Brasil. (quadro 10) Esta dinâmica, por vezes, se sobrepõe às diferenças ideológicas ou programáticas, e tem reflexos nas relações dos grupos políticos locais com o governo do estado e com o governo federal. Estes alinhamentos também possuem desdobramentos sobre a política setorial de saúde.

Quadro 10 – Prefeitos de Caruaru.

João Lyra Filho	1959–63(UDN)/1973–77(MDB)
José Queiroz	1983–88 (PDT)
João Lyra Neto	1989–1992 (PMDB)
José Queiroz	1993–96 (PDT)
João Lyra Neto	1997–2000 (PSB)
José Queiroz	2009–2016 (PDT)
Raquel Lyra	2017–2022 (PSDB)

Fonte: Elaborado pelo autor

Segundo um dos entrevistados, dois grupos de médicos já haviam ensejado a implementação de um curso de medicina na cidade. Destaca-se a liderança dos ex-secretários de saúde Oscar Capistrano e Antônio Vieira. De acordo com um dos secretários de saúde entrevistados, os grupos liderados pelos médicos possuíam posições ideológicas diferentes, mas contribuíram para a estruturação do SUS em Caruaru e empenharam-se para a implantação de um curso privado e público, respectivamente.

“sempre houve uma discussão principalmente no meio da categoria médica, só que em Caruaru a gente tem campos bem distintos assim a maioria dos médicos eles eram ligados da iniciativa privada mesmo né? durante alguns, durante um período eles também ocuparam cargos de secretários municipais de saúde. Eu citaria dois nomes como Doutor Vieira, que eu já citei antes, e Oscar Capistrano que também era da iniciativa privada e se tornou secretário de saúde. Então eu acredito que os dois eles representavam grupos distintos, né? Que tenham visões distintas de como deveria ser, de qual deveria ser a missão de uma faculdade de medicina, não é? Um grupo liderado por Doutor Vieira, mais humanista, e outro por Oscar, né? Que tinha uma visão mais tradicional da formação médica e da inserção dos médicos no mercado.” (E6)

Na av. Portugal, no bairro Universitário, há um monumento prova material desta intenção. Este marco traduzia o interesse das classes dominantes da cidade de que seus filhos pudessem ter acesso à formação médica sem precisar deixar a cidade como fizeram os primeiros médicos que ali se instalaram. Apesar do alinhamento político entre atores locais, estaduais e federais já ter acontecido no período dos governos FHC, Jarbas Vasconcelos, João Lyra Neto e Tony Gel, o projeto do curso não conseguiu ser concretizado. O que sugere uma influência ou determinação da política nacional, uma vez que o governo Fernando Henrique priorizou as políticas de austeridade fiscal e empreendeu duro ataque às universidades públicas. Em 2009, o realinhamento político e ideológico se restabelece, desta vez, em torno de um ideário social-democrata ou social-desenvolvimentista, o que parece ter forte influência na decisão e no sucesso da implantação do curso. (quadro 11)

Quadro 11 – Alinhamento político-ideológico UFPE, Caruaru, Pernambuco, Brasil

Presidente	FHC		LULA1			LULA2			DILMA1		D2	T	B												
Governador	JARBAS1		JARBAS2			EC1			EC2		PC1		PC2												
Prefeito	JL	TG1		TG2			JQ1		JQ2		RL1		RL2												
Reitor	MOZART2		AMARO1			AMARO2			ANÍSIO1		ANÍSIO2		ALFREDO												
	2000			2003				2007					2011				2015				2019				2022

Fonte: Elaborado pelo autor

FHC – Fernando Henrique Cardoso (PSDB) – Pres. 1995–2002
LULA 1 e 2 – Governos de Luiz Inácio Lula da Silva (PT) – Pres. 2003–2010
DILMA1 e D2 – Governos de Dilma Rousseff (PT) – Pres. 2011–ago/2016
T – Governo de Michel Temer (PMDB) – Pres. ago/2016–2018
EC1 e 2 – Primeiro e segundo governos de Eduardo Campos (PSB) – Gov. 2007–2014
PC1 e 2 – Primeiro e segundo governos de Paulo Câmara (PSB) – Gov. 2015–2022
JL – João Lyra Neto – Pref. 1997–2000
TG1 e 2 – Primeiro e segundo governo de Tony Gel (PFL) – Pref. 2001–2008
JQ1 e 2 – Primeiro e segundo governo de José Queiroz (PDT) – Pref. 2009–2016
RL1 e 2 – Primeiro e segundo governo de Raquel Lyra (PSDB) – Pref. 2017–2022
MOZART2 – Segundo reitorado de Mozart Neves Ramos
AMARO 1 e 2 – Primeiro e segundo reitorado de Amaro Lins
ANÍSIO 1 e 2 – Primeiro e segundo reitorado de Anísio Brasileiro
ALFREDO – Primeiro reitorado de Alfredo Gomes (Atual)

É importante destacar ainda a contribuição de Jorge José Gomes, deputado federal de 2004 a 2007, e secretário estadual de saúde de 2007 a 2008. O ex-prefeito João Lyra Neto é eleito vice-governador do estado de Pernambuco na chapa do gov. Eduardo Campos e assume a secretaria estadual de saúde em 2008, permanecendo no cargo até março de 2010.

“...houve um grande movimento em relação a isso. Eu acredito que, talvez, a atuação política tenha sido um peso até maior em relação a rede. Eu acho, acredito que sim. Então, basicamente, é o movimento que foi encaminhado por José Queiroz, João Lyra Neto e Jorge Gomes que na época era Deputado. Eram eles se revezavam eu não sei exatamente o período. Mas eles todos foram eram muito preocupados com esse pleito de trazer essa faculdade de medicina para Caruaru. Isso é um desejo da população e eles trabalharam muito para que isso acontecesse. É, na época, teve um período que Jorge também era secretário estadual de saúde, então ele trabalhou muito para que isso acontecesse.” (E6)

O entrevistado destaca ainda que, na sua percepção, não havia força política contrária à implantação do curso.

“em relação a Tony gel mas eu acho que ele, também nos Bastidores, ele também deve ter trabalhado para que esse projeto acontecesse. Não houve nenhuma posição contrária de nenhuma força política” (E6)

Todos os dirigentes universitários entrevistados fazem referência a este alinhamento político-ideológico como um fator importante no contexto de tomada de decisão da implantação do curso e na política nacional. Alguns dirigentes que tiveram contato direto com o presidente Lula fizeram questão de salientar que essa era uma das ações de governo que ele acompanhava pessoalmente.

“Então esse é um pouco desenho que eu venho até a criação do reuni e a criação de uma coisa que conta muito também no reúne são as oportunidades do ponto de vista tecnológico. Eduardo Campos, governador de Pernambuco Eduardo Campos é muito vinculado com Lula e é criada aqui toda a estrutura da indústria naval, a estrutura do Porto de Suape, com o Estaleiro Atlântico Sul e com a Refinaria Abreu e Lima” (E4)

“o Presidente tá te chamando lá aí ele disse reitor como é que tá o campo de Caruaru O que é que tá precisando como é que estão já começou e as obras quando a gente conclui Como é que tá a contratação” (E4)

“Mas, mas, tive o privilégio de encontrar o presidente Lula, em quatro ocasiões, de poder conversar com ele. Na última aqui em Recife, quando eu me apresentei sendo pro reitor, ele conversou 5 min sobre o curso de medicina de Caruaru. Ele perguntou pra mim, já formou a primeira turma? Como é que está? Já saiu do shopping? E ele disse pra mim, foi uma decisão acertada de Amaro, ter feito o curso de medicina lá. E ele, os cinco minutos que teve, quando eu me apresentei a ele, ele, a primeira coisa que ele perguntou foi sobre a medicina de Caruaru. O que pareceu que ele acompanhava, ou de certa forma acompanhou isso. Pessoalmente, ou pelo menos, tinha informação da sua assessoria de Caruaru, de medicina” (E6)

5.1.4 Microcontexto UFPE. Uma universidade oligárquica e liberal?

Apesar de não estar disponível em bases de buscas, um artigo citado por um dos dirigentes da UFPE entrevistados, chamou atenção pela contundência das afirmações, pela quantidade de citações em outras publicações, e pelo valor político e histórico que parece representar para uma geração de docentes da UFPE que teve forte influência no contexto de produção das políticas analisadas. *Um projeto oligárquico-liberal de universidade*, é um texto de Gadiel Perruci, professor do departamento de história e do curso de mestrado em sociologia da UFPE, integrante da primeira diretoria da Associação dos Docentes da UFPE – ADUFEPE. O texto foi publicado nos Cadernos de Estudos Sociais da Fundação Joaquim Nabuco, em 1986, e traça uma genealogia da criação da UFPE, desde as Faculdades de Direito em 1827, de Engenharia em 1895, Farmácia 1902, Odontologia em 1913 e Medicina em 1920. Segundo o autor, o primeiro curso da futura universidade nasceu da necessidade de formação de quadros para o estado nacional em surgimento. Os outros cursos vão surgindo de forma fragmentada e desarticulada, em escolas privadas ou estaduais. Em meio a um redimensionamento dos negócios do açúcar e da industrialização paralela a este. A capital passa por intenso processo de transformação econômica, política e social com a decadência da antiga aristocracia rural, a emergência de um empresariado industrial e de uma dinâmica intelectualidade. A Universidade do Recife surgiu em 1946, fruto da fusão das faculdades existentes em meio ao processo de redemocratização pós estado novo e segunda guerra mundial. Segundo Perruci (1986), neste momento se estabelecem dois pilares da futura Universidade Federal de Pernambuco, a influência liberal e oligárquica das elites que dominavam o estado na época, e que seguem dirigindo a universidade até 2003. O primeiro reitor da UFPE, o jurista Joaquim Amazonas, dirigiu a universidade de 1946 até a sua morte em 1959. Seu reitorado foi marcado pelos princípios de centralização e controle, exercido através do sistema de cátedras e da congregação das faculdades. A Universidade do Recife é federalizada em 1965 passando a se chamar Universidade Federal de Pernambuco. Seguindo os princípios citados, as gestões subsequentes conduzem a transferência das antigas faculdades para o novo campus no bairro do Engenho do Meio, em terreno adquirido pelo governo do estado. A única faculdade que não se muda para o campus é a

Faculdade de Direito. A Faculdade de Medicina transfere para o campus localizado na zona oeste, extremo oposto ao centro da cidade do Recife, apenas suas atividades teóricas. O hospital universitário continua sendo o Hospital Pedro II, que funcionava no bairro dos Coelhos, região central da cidade. As obras de construção do Hospital das Clínicas – HC da UFPE foram iniciadas ainda no reitorado de Joaquim Amazonas, em 1952. Mas só foram concluídas em 1979. Durante todo esse período as atividades do curso seguiam fragmentadas entre as atividades básicas no campus e as atividades clínicas no Hospital Pedro II. O prédio originalmente desenhado para a faculdade de medicina foi ocupado pelas cátedras das áreas básicas. As cátedras clínicas e cirúrgicas permaneceram no centro da cidade, distanciando o núcleo do poder médico do processo de modernização da universidade, vivido nos anos 1960 e 1970. O sistema de cátedras é extinto pela reforma universitária de 1968, paradoxalmente durante o regime militar, estes mecanismos povoam a cultura de ensino e gestão da universidade até o presente. Nos corredores da universidade, ainda se pode ouvir estudantes falando de cadeiras e não disciplinas ou módulos. Em pleno século XXI ainda encontramos práticas docentes sem embasamento teórico, perpetuação da tradição familiar, mesmo com concursos públicos, e muitos departamentos, cursos ou centros são comumente chamados de feudos. Quando o HC é finalmente entregue em 1979, o Hospital Pedro II é paulatinamente desativado, e as antigas cátedras, agora departamentos, são obrigados a se transferirem para o campus do Engenho do Meio, distante dos consultórios dos professores e da rede hospitalar privada emergente no centro da cidade. É interessante destacar um aspecto arquitetônico da organização dos primórdios da medicina hospitalar. As cátedras eram localizadas em mezaninos nas próprias enfermarias, o que permitia aos catedráticos um olhar superior sobre seus assistentes e sobre os pacientes. A moderna arquitetura do HC não previa a presença dos setores administrativos da faculdade ou dos departamentos no HC. Como o prédio originalmente desenhado para abrigar a Faculdade de Medicina havia sido ocupado pelos departamentos das áreas básicas, que posteriormente foram organizados no Centro de Ciências Biológicas, os departamentos da medicina foram acomodados em estrutura provisória, adaptada e precária, anexa ao hospital das clínicas.

“tem um problema os feudos impedem o desenvolvimento do Estado porque tem que passar pelo crivo desses feudos então para se fazer isso é feudo dentro da Universidade de um centro de uma área da ciência isso é feudo político no interior isso é feudo de tudo que é tipo de coisa então eu creio que assim como em Pernambuco o Brasil poderia ter avançado muito mais e não avançou por conta da nossa cultura institucional” (E3)

“a Universidade Federal de Pernambuco Universidade do Recife e a gente pode generalizar para o Brasil ela nasceu Oligárquica não é a estrutura da universidade é uma estrutura é de ocupar e de apoiar e de formar os setores médios da sociedade as classes médias emergentes com a industrialização e as classes dominantes no interior as Universidades rurais eles são tipicamente Isso” (E4)

Entre indicados e eleitos, a gestão da UFPE permaneceu com o grupo de situação desde o reitorado do prof. Joaquim Amazonas até a eleição do prof. Amaro Lins em 2003. Esta primeira ruptura consolida a trajetória de um grupo de docentes com inserção na pós-graduação e no movimento docente, que teve início no fim da década de 1970. Este grupo participa ativamente do processo de redemocratização, e formula, no seio da ADUFEPE, teses para a política do ensino superior que passariam a influenciar a política nacional. São valores caros para esse grupo a universidade pública e gratuita, a pesquisa e a participação da universidade no plano de desenvolvimento econômico e social da região e do país. Estes valores aproximam a gestão da universidade de uma coalizão social-desenvolvimentista com setores do governo federal, com o governo estadual e municipal de Caruaru. O plano de expansão da UFPE é resultado de um estudo desenvolvido pela universidade, antes mesmo da eleição de Lula, que analisa as necessidades de formação e desenvolvimento tecnológico do estado.

“nós fomos atrás de estudos que existiam antes, tá certo? Fomos atrás de algumas empresas para saber qual é exatamente a importância de um Campus e onde ele deveria se localizar. Quais são os polos de desenvolvimento do Estado, porque tinha que otimizar, não é? Tinha que ser um polo fora da capital mas que tivesse toda uma estrutura para garantir que nós atrairíamos bons professores, servidores técnicos administrativos, que os alunos teriam também a melhor estrutura enquanto cidade, não é? Que a universidade precisa também de todo esse entorno e fizemos uma grande pesquisa e mostrou que Caruaru é o segundo polo depois de Recife, de desenvolvimento. Mostrava uma necessidade enorme. Por exemplo, Caruaru tinha, na época, um comércio muito pulverizado, uma indústria que era uma indústria ainda não muito consolidada, mas que precisava muito de

conhecimento para poder dar suporte ao desenvolvimento dessas empresas, dos negócios que estavam para lá. Então muitas vezes uma grande empresa do sul ou do exterior que queria vir para cá, mas não se interessava. Por quê? Porque no interior não tem formação, não tem pessoal.” (E4)

Esta posição, porém, não era consensual, nem hegemônica na UFPE. Apesar do entusiasmo com a nova gestão, a universidade vinha de 8 anos de contingenciamento e corte de recursos, congelamento de salários e sucateamento de sua infraestrutura. A eleição deste reitorado se deu nesta conjuntura e, em parte, devido ao alinhamento político do grupo anterior com o governo FHC. O ambiente interno da universidade era bastante desfavorável a qualquer mudança. Professores desmotivados, estrutura precária, salários defasados produziam um clima de desalento institucional. Os setores mais à esquerda esperavam do governo federal a imediata reposição das perdas e a revisão da política fiscal. Com a manutenção das políticas de austeridade, divergências começam a surgir dentro do movimento sindical que levariam à ruptura da ANDES com a Central Única dos Trabalhadores – CUT e sua filiação à Central Sindical e Popular – CONLUTAS em 2005.

“[...] mas teve alguns cursos que se negaram a fazer isso, e não fizeram porque ele dizia o seguinte: como é que a universidade, não esqueça que isso segue-se um período de grande escassez destruição da Universidade, estava um bagaço até corte de lâmpada mesmo. Não é energia, não. Lâmpada! Retirar a lâmpada para o consumo diminuir. Telefone, cortou na universidade. Era a metade só, da conta. Era o caos! As pessoas diziam: como é que você vai criar um campus novo, quando a gente tá aqui a míngua? De jeito nenhum! Só vai criar quando investir aqui!” (E4).

De acordo com os entrevistados e com os documentos analisados, a proposta do REUNI foi resultado da interlocução do governo federal com dirigentes da IFES, sendo a ANDIFES a principal interlocutora. Os dirigentes da UFPE tiveram um papel importante neste contexto, em especial o prof. Amaro Lins, reitor da UFPE por dois mandatos, 2003–2007 e 2007–2011, presidente da ANDIFES (2008–2009) e, posteriormente, Secretário de Ensino Superior do MEC (2012–2013). Mesmo assim, a submissão da adesão da UFPE ao programa foi objeto de forte oposição interna. Os departamentos não aceitavam a ampliação de vagas, nem o aumento da razão

aluno/professor como exigências para novos investimentos. A reitoria da universidade foi ocupada por estudantes e a sessão do conselho universitário precisou ser interrompida. (ARRUDA, 2015; E4; E5).

“não vai ter infraestrutura não vai ter professor vai lotar aqui porque na cabeça da gente e o do que passaram para gente né o reuni era uma ampliação de vagas para dentro da do nosso Campus lá em Recife do campus Joaquim Amazonas então a gente vai ter muita gente a gente já não tinha RU e a pauta da gente era ter um RU.” (GF02)

“E aí Amaro fez uma, realmente, ele aprovou, a decisão de aprovar o reuni. Foi tomada dentro do gabinete. Eu tava lá, dentro do gabinete porque o prédio, o auditório tava ocupado e aí você tinha dois movimentos. Você tinha um movimento de uma linha oposição ao reitorado de Amaro, que era uma linha de uma leitura conservadora da Universidade, que ela dizia: olha esse dinheiro não vale a pena colocar no interior, é preciso melhorar as condições existentes. Era essa, é o discurso de alguns membros do Conselho Universitário, diretores de centro” (E05)

“a tremenda reação que as Universidades tiveram contra isto inclusive o próprio REUNI, o conselho Universitário para aprovar, Amaro correu para sala da proplan por dentro da Reitoria. Os estudantes invadindo, querendo quebrar tudo. E foi aprovada inclusive com votos, assim, a distância. Eu chamando as pessoas para poder o reuni ser aprovado. Na realidade, o curso de medicina, ele veio dentro desse bojo. E esse foi o primeiro momento de grande confusão aprovado, isso sem a anuência dos sindicatos, dos estudantes de um modo geral dos movimentos contrários” (E03)

A política de expansão só ensino superior conta com o precedente das experiências institucionais de interiorização. A experiência da UFPE, mesmo que tardiamente, compõe o conjunto destas experiências que embasam e justificam a proposta a ANDIFES. Estes achados fornecem elementos que caracterizam a formulação ascendente da política (*bottom up*), com influência setorial do movimento docente da década de 1980, de pensadores e pesquisadores do campo das ciências sociais e das políticas de educação de dos reitores das IFES. Estas posições históricas, políticas e institucionais coincidiam em vários atores políticos da ocasião. Uma vez formulada, a política foi proposta às universidades por meio destes mesmos interlocutores, agora com uma característica descendente (*top down*).

“na realidade eu acho que a universidade veio a reboque ela foi a reboque creio que partiu do grupo que foi formado pelo Governo Federal que trouxe o português né que a referência de todo mundo Souza Santos né E mais uma equipe que pensou em mudar a educação brasileira e chamou para si os reitores e a partir daí é estimularam e deram uma diretriz para os reitores isso não nasceu no corpo das IFES simplesmente nasceu do próprio governo né a partir daí esse grupo de excelência acho que o Naomar também estava dentro dele e daquele médico lá do reitor da UFC que eu nem sei mais o nome dele (é Henry Campos) e tenha mais alguns estrangeiros eu acho que esse grupo pensou e depois explanou para os reitores. Os reitores foram, eles viram que poderia acontecer e também viram as vantagens que eles poderiam ter as Universidades uma forma de conseguir recursos extras foram mordidos pelo financeiro aí também fora o sonho e daí em diante os reitores trouxeram para as Universidades” (E03)

O curso de medicina da capital participou de todas as políticas de fomento às mudanças por influência do diretório acadêmico, filiado a DENEM. A desvalorização da universidade pelos governos anteriores teve um impacto diferente no curso de medicina. Não apenas por essa razão, mas talvez pela atratividade do mercado privado empresarial, os professores de medicina, paulatinamente passaram a se desinteressar pela vida universitária e a coordenação de curso da capital chega ao ano 2000, com baixa legitimidade e pouca governabilidade sobre o curso. A influência do conceito de cátedras contribui para essa situação, passando as disciplinas ou departamentos a serem os espaços de poder que interessam aos professores e que definem os rumos pedagógicos do curso. Influenciado pelo contexto externo, composto pela participação do curso no projeto CINAEM, pela atuação do Diretório Acadêmico de Medicina Umberto Câmara Neto – DAMUC na DENEM, e para atender as exigências das novas DCNs, o curso de medicina de Recife realiza um reforma curricular. O curso não deixa de ser um curso tradicional. Incorpora algumas mudanças como conceitos do desenvolvimento de competências, com a organização de eixos temáticos. Introduz novos componentes curriculares que propiciam vivência na atenção básica e amplia o internato para 2 anos. Porém não muda em nada a gestão do curso e mantém as práticas pedagógicas sob domínio exclusivo dos professores. O sistema avaliativo continua o mesmo. Um resultado indireto do processo de reforma curricular é a formação de uma geração de médicos egressos do movimento estudantil com interesse na carreira docente e na atuação no SUS. Muitos desses médicos e médicas se tornam professores em Caruaru.

O curso de medicina de Recife não aderiu ao REUNI. Apesar de não participar das pautas de reivindicação nos anos anteriores, utilizou o mesmo discurso da precarização da universidade para responder a uma pauta interna da categoria médica, de não abertura de novos cursos ou vagas. A concessão da abertura do curso de Caruaru se deu, segundo os entrevistados, por negociação da construção do prédio da faculdade de medicina, uma necessidade sentida desde a mudança do centro da cidade para a cidade-universitária, e acentuada pelos esforços de reforma curricular das décadas de 1990 e 2000. Mesmo assim o curso de Recife, não empreende nenhum esforço para a construção do curso de Caruaru. Seu primeiro PPC é construído pelo Prof. Fernando Menezes, que chegava à UFPE com a experiência da criação do curso de medicina da Universidade Federal de Roraima, da gestão desta universidade como reitor e da gestão do ministério da saúde. Apesar do PPC aprovado em 2010, não há um só professor que conduza o processo de implantação do curso de Caruaru. Esta lacuna é ocupada pelos professores egressos do movimento estudantil, com histórico de militância na educação e, sobretudo, no SUS.

“essa foi a história do campus como um todo mas Medicina já estava como você disse medicina estava lá no início Vamos criar o curso de medicina só que medicina não podia fazer e como já fizemos os outros cursos é medicina Você sabe precisa toda uma estrutura tem a questão da rede hospitalar né que lá era muito pequena ainda na época que a gente tava pensando então resolvemos adiar mas tocamos o projeto só que medicina tem uma cultura própria né. Não é crítica a médico não o mas é o médico ele tem essa visão tanto da sociedade como própria visão que ele tem dele mesmo para ele meu só tem um tempinho só né então que aconteceu ele sério nem a pau não vai querer que você vai ser no interior com essa situação porque o prédio Aqui é bonzinho né estrutura de medicina aqui em Recife ela é muito precária você não vai mais não aí nós vamos comer aí já era Dad explicar os ministros nós vamos criar porque o pessoal não vai deixar eles vão mobilizar bancada parlamentar internamente eles vão boicotar vamos consertar o diabo vamos fazer o seguinte vamos ajudar a melhorar a estrutura do curso em Recife autorizado não voltei cheguei com reunir o pessoal do Conselho né E lá no CCS e isso olha vamos fazer uma sede pro curso e hoje existe, foi feita né” (E4)

Também como resultado indireto das políticas de saúde direcionadas para a formação, destaca-se a importância do incentivo a criação de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade – PRMFC. No contexto de PE e

da UFPE, a criação do programa produziu resultados limitados e passageiros para o provimento de profissionais, até mesmo para o município de Recife, onde funciona. Criada sob os pressupostos do saber militante (MERHY, 2004), com centralidade no residente, experimentando inserções dos residentes nos módulos da graduação e qualificando os espaços de práticas nas USF, a residência teve papel importante na formação de quadros para a docência e a gestão do SUS. A importância do grupo inicial de professores do curso de medicina de Caruaru será discutida em outro capítulo, mas como parte do contexto devemos ressaltar que dos primeiros 16 professores concursados para o curso, 10 tiveram passagem no movimento estudantil nas décadas de 1990 e 2000. Entre os médicos de família, 50% do primeiro concurso, 7 professores eram egressos do movimento estudantil de medicina.

A expansão e, sobretudo, a interiorização da UFPE pode ser considerada tímida ou moderada quando comparada a outras universidades. Os dois campi do interior distam 50 e 120 km da capital. O município de Vitória de Santo Antão, onde se localiza o Centro Acadêmico de Vitória, está situado na I regional de saúde, a mesma da capital. Caruaru é sede da macrorregião do agreste, mas está muito mais próximo da capital que do extremo oposto do estado. (Petrolina, 583 km)

“A primeira coisa é como a universidade chegou tardiamente, ela não foi capaz de assumir como um valor para si própria, ela precisou ser induzida por uma política nacional, quando ela mesmo poderia ter colocado no seu escopo a interiorização dos cursos. A UFPB não precisou do REUNI para interiorizar, nem a UFRN. O instituto agrônomo de Mossoró e as escolas de engenharia e de medicina que hoje compõem a UFCG, acabou que ela se tornou uma universidade, isso elas fizeram parte, todas da UFPB. Nesse sentido, se a gente olhar para o nordeste como um todo, a UFPE chegou por último.” (E02)

As diretrizes e as metas de expansão e interiorização da UFPE, assim como os resultados estão presentes nos Planos de Desenvolvimento Institucional da universidade resumidos no quadro 12.

Quadro 12 – Evolução do número de cursos, alunos e professores da UFPE (2008–2018)

	PDI 2009–2013	PDI 2014–2018	PDI 2019–2023
Cursos Graduação	70	102	107
Recife	62	93	88
Caruaru	5	8	13
Vitória	3	6	6
Pós-Graduação	170	187	183
Especialização	74	54 pres + 3 EAD	41 pres + 3 EAD
Mestrado	58	69 acd + 10 prof	73 acd + 14 prof
Doutorado	38	51	52
Extensão	294	138	123
EAD	1	4	5
Professores	1703	2270	2417
Estudantes	33304	41242	41751
Est. Pós	5548	10792	10807
TEA	3381	4106	3986

Fonte: UFPE

5.2 CONTEÚDO

Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) consideram o conteúdo o corpo da política expresso através de programas, projetos, atividades específicas, objetivos e metas. Aquilo que nos leva de uma situação atual a uma situação desejada. Expressa também os fundamentos ideológicos que sustentam os governos e podem ser de ordem neo-liberais, conservadoras, social-democratas, socialistas, feministas, raciais ou verdes (ambientais). É a forma de enfrentar um problema ou grupo de problemas ou a decisão sobre um problema e as decisões subsequentes. Os pesquisadores pernambucanos sugerem que o primeiro passo deve ser a identificação deste problema, no nosso caso, a falta e má distribuição de médicos, mas também a inadequação da formação de médicos e médicas para a atuação no SUS, e o como o ensino superior responde a essa necessidade. Em seguida devemos entender quais os propósitos das políticas propostas, seus objetivos e metas, que recursos materiais, técnicos, e políticos foram mobilizados. Devemos analisar também a organização interna das propostas, sua sequência e coerência.

Ball (1994) entende como simbiótica a relação entre o contexto de influência e o da produção de texto. Porém os textos são endereçados a um público mais amplo, enquanto as influências denotam interesses mais estáveis e ideologias dogmáticas. Este contexto pode ser, inicialmente, observado a partir de textos oficiais, mas também de pronunciamentos, vídeos, e mais recentemente nos mecanismos de comunicação das redes sociais. São resultados das disputas e acordos, que não cessam, pelo contrário, continuam a partir dos textos ou dos discursos proclamados. Propomos ampliar o olhar para incorporar esses novos modos de produção textual, que articulam além de compromissos, sensações, afetos, sentidos e sonhos. A ampliação do acesso ao ensino superior é, indiscutivelmente, um indicador de desenvolvimento social e possível fator de redução de desigualdades sociais, mas também encontra ressonância com o imaginário de realização pessoal para estudantes e profissionais de saúde de uma região. A existência de uma universidade em uma cidade do interior do nordeste interfere significativamente com a economia local, mas com todo o conjunto de representações e regimes de produção de verdades em todas as áreas do conhecimento.

A chegada de médicos cubanos ao Brasil foi anunciada como um programa de provimento para áreas onde não havia médicos, mas revestiu-se de uma imagem de interferência radical do estado sobre as liberdades individuais, inaugurando o discurso xenofóbico e fascista que, em pouco tempo, tomaria a agenda política nacional. Estejamos, portanto, atentos aos textos oficiais, e as produções imagéticas e de sentidos que advém da política. Estas representações são a ponte entre o contexto de influência e o de práticas. Segundo Ball, (2015), “we do not do policies, policies does us” Nós não fazemos as políticas, elas nos fazem. Os sentidos produzidos pelas diversas formas de comunicação das políticas aqui analisadas estarão presentes no contexto em que as práticas serão analisadas.

O contexto de produção textual da política também se interpõe ao contexto da prática. O texto de ligação entre esses dois ciclos da política é o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Olhamos para este documento não como a lente da análise curricular, mas como parte do conjunto de textos que compõem a política de expansão e interiorização do ensino superior, em especial da medicina. No próximo capítulo iniciamos a análise das práticas a partir deste documento, do processo como foi escrito, o debate nas instâncias universitárias, o debate com os trabalhadores e trabalhadoras do SUS–Caruaru, com os gestores de saúde. Como

as premissas presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais aparecem traduzidas, que outros princípios são agregados, e como são apresentados à sociedade. Para isso, partimos da análise dos capítulos de saúde e educação na constituição federal. Analisamos em seguida as leis ordinárias da saúde e de diretrizes e bases da educação, as leis complementares e, por fim, as leis específicas do mais médicos e do REUNI. Para chegar no PPC do curso, ainda é necessário a análise das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina.

5.2.1 Constituição Federal

A constituição de 1998 estabelece com direito de todos os brasileiros a saúde e a educação, nos artigos 196 e 205, respectivamente. Do texto constitucional chama atenção alguns artigos para as políticas em análise. O artigo 200, inciso III estabelece que ao Sistema Único de Saúde a competência de ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde. O artigo 207, define que as universidades gozam de autonomia didático-científica, e de gestão financeira e patrimonial, e que obedecem ao princípio de indissociabilidade de ensino, pesquisa e extensão. Estas duas disposições têm se mostrado opostas desde a promulgação da constituição, fato amplamente discutido na literatura e constatado pela dificuldade de regulamentação de ambas. O ordenamento da formação de recursos humanos pelo sistema de saúde é um princípio de vários sistemas nacionais de saúde. Implica em mecanismos regulatórios do acesso à graduação, da definição de diretrizes pedagógicas para esta etapa da formação e no disciplinamento da formação especializada em pós-graduação. Estas atribuições são frontalmente concorrentes com o princípio da autonomia universitária ampla e irrestrita, prevista no texto constitucional.

A autonomia didático-científica, por sua vez, é um princípio dependente da gestão financeira e patrimonial. Este último, apesar da previsão constitucional, nunca se materializou de fato, devido ao arcabouço institucional das universidades federais. Estas permanecem dependentes e subordinadas ao Ministério da Educação que preserva a prerrogativa de indicação de seus dirigentes, mesmo que em lista tríplice ou sêxtupla. Para contratação de professores ou servidores as universidades federais, por comporem o quadro de servidores federais, dependem

de aprovação no congresso nacional de projeto de lei do executivo. O orçamento das IFES também é definido pelo governo federal e submetido ao congresso junto com o orçamento da união. A indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão são princípios caros que distinguem as universidades de outras instituições de ensino superior, mas não se materializam em todas as ações das universidades, e podem seguir caminhos completamente distintos internamente às mesmas.

5.2.2 Leis orgânicas

A lei orgânica da saúde foi promulgada na esteira do movimento da reforma sanitária dois anos após a constituição, e traduzem o conjunto de propostas aprovadas na 8ª conferência nacional de saúde. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação 9.394/96 só é aprovada em 1996, seis anos após a 8.080 e 8 anos após a constituição. A tramitação atravessou os governos Sarney, Collor e Fernando Henrique e foi aprovada com um texto muito diferente do que foi originalmente proposto pelo Fórum Nacional em Defesa da Escola Pública (FNDEP), organização da sociedade civil composto por 15 organizações do campo sindical, estudantil, acadêmico–científico e de classe: Associação Nacional de Educação (Anede), Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior (Andes), Associação Nacional de Pós–Graduação em Educação (AnPed), Associação Nacional de Profissionais da Administração Escolar (Anpae), Confederação dos Professores do Brasil (CPB), atual Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE), Centro de Estudos Educação e Sociedade (Cedes), Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT), Central Única dos Trabalhadores (CUT), Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico–Administrativos das Universidades Públicas Brasileiras (Fasubra), Federação Nacional de Orientadores Educacionais (Fenoe), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), Sociedade de Estudos e Atividades Filosóficas (Seaf), União Brasileira de Estudantes Secundaristas (Ubes) e União Nacional dos Estudantes (UNE). A LDB foi apresentada ao congresso nacional pelo deputado federal Octávio Elísio do PSDB/MG em 1988 como PL 1258–A. Na câmara dos deputados passou por várias comissões e foi submetida ao plenário como PL 1258–C ou substitutivo Jorge Hage, após receber 1263 emendas, foi aprovada em 1993. Segue para o senado onde

passa a tramitar como PL 101 sob relatoria do senador Cid Saboia (PMDB/CE). Discutida em audiências públicas, tramita em várias comissões mas não chega a ir ao plenário, por não ter sido aprovada pela comissão de constituição e justiça por falta de coro. Extemporâneo a esse processo o Senador Darcy Ribeiro apresenta substitutivo que altera princípios centrais da lei e acaba sendo aprovado com o apoio do governo Fernando Henrique em dezembro de 1996.

Em uma das idas e vindas do projeto entre as comissões com congresso, foram apresentadas 1.236 emendas. A tramitação e o número de emendas denota a diversidade de interesses em disputa. A comunidade da educação defendia, desde a constituinte, uma educação pública, gratuita e de qualidade para todos. A igreja católica disputava a manutenção e ampliação do ensino religioso, e as instituições privadas a diversificação do sistema, traduzida em novas oportunidades de negócio. O resultado final é uma lei que reposiciona o lugar do estado, deslocando-o de lugar de provedor para o lugar de regulador do sistema, cabendo às instituições o provimento ou oferta de cursos. Vários autores reconhecem um caráter neoliberal nas influências sobre lei, e que passaram a predominar sobre as políticas educacionais no Brasil a partir de sua promulgação. Apesar do caráter regulador do estado, não foi prevista a relação entre a oferta de vagas na graduação e o mercado de trabalho. O papel regulador do estado ficou restrito ao disciplinamento da oferta de vagas. (NÓBREGA BOLLMANN e AGUIAR, 2017; SAVIANI, 2016)

“Renunciando ao papel de agente executivo das políticas públicas, repassando ao mercado a tarefa de oferecer serviços educacionais segundo o ritmo, as escalas e as características da demanda, o Estado não deixa de se fazer presente; faz-se de outro modo. Ele regula a própria desregulação estatal, tornando-se ausente em algumas tarefas e plenamente presente em outras. A ausência estatal em matéria de ensino superior é politicamente produzida. Ocorre, de fato, nova articulação entre o princípio do Estado e o do mercado.” (Trevisol, 2009)

A lei 8080/90, que regulamenta o direito à saúde previsto na constituição também dispõe, assim como a constituição, da relação com a política de educação. Em seu artigo 6º, reafirma a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde como campo de atuação do SUS, assim como o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico, em sua área de atuação. O artigo 14 define

que deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições. O artigo 15 atribui à União, Distrito Federal, Estados e Municípios as atribuições de participar na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, e realizar estudos e pesquisas nesta área. Para Ceccim (2002) isto delimita a ação educacional como atribuição dos órgãos de gestão do SUS. O artigo 27 estabelece, ainda, que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo, com objetivos de organizar de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. Em seu parágrafo único, o artigo 27 da lei 8080/90 estabelece que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de práticas para o ensino e pesquisa. Por fim, o artigo 30 define que as especializações em serviço devem ser regulamentadas por comissão nacional, instituída junto ao Conselho Nacional de Saúde, com participação das entidades profissionais.

A prerrogativa de ordenamento de recursos humanos para a saúde, prevista no inciso III do artigo 200 se superpõe ou pode entrar em conflito com o artigo 207 da constituição. Os artigos 6º, 14º e 15º da lei 8080/90 reforçam essa contradição. Em 1992, o senador Almir Gabriel do PSDB/PA tentou através do PLS 137/92 regulamentar o inciso III do artigo 200. No senado o PL tramitou por 10 anos, entre as comissões de assuntos sociais, educação e no plenário. Na câmara dos deputados foi aprovado nas comissões de seguridade social e família, e de educação e cultura, mas acabou rejeitado por inconstitucionalidade na comissão de Constituição e Justiça e arquivado em 2004 O argumento utilizado para a reprovação por atentar contra a autonomia das universidades. (ROMERO, 2009)

No vigésimo aniversário da LDB, um dos principais autores da carta de Curitiba, texto base para o PL 1258-A, o professor Dermeval Saviani, contabiliza 39 leis que modificaram o texto original da 9394/96. De todas as modificações na lei, apenas 5 tratam do ensino superior, mas como afirma o autor, todas mudanças “tópicas”. A lei 10.870/04 que estabelece a necessidade da avaliação em foco para

instituições de ensino superior, a 1.331/06 que torna obrigatória a publicação do resultado dos processos seletivos para as IES, a 11.788, conhecido com lei dos estágios, que acrescenta a LDB a referência a esta lei como disciplinamento legal dos estágios, a 12.416/11 que estabelece o ensino superior para os povos indígenas, e a 13.168/15 que disciplina a propaganda de oferta de vagas no ensino superior privado. Nenhuma lei se aproxima do objeto de regulação da força de trabalho para nenhuma área profissional que não seja a de formação de professores. Destaca-se também que a questão dos limites da autonomia universitária, assim como o arcabouço legal que rege sua administração, também não foram alterados.

Um conjunto de políticas, aprovadas por meio de leis ordinárias isoladas e com articulações singulares cada uma. (quadro 11) O conjunto dessas leis transformaram o ensino superior brasileiro e as universidades, a tal ponto que poderiam configurar uma reforma universitária. Borges e Borges (2021) realizaram uma revisão da legislação brasileira sobre o ensino superior e selecionaram as principais leis, decretos e portarias.

Quadro 13 – Principais leis do ensino superior (1994–2020)

Leis	Redação
Lei nº 8.958/1994	Dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio e dá outras providências
Lei nº 9.394/1996	Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional
Lei nº 10.172/2001	Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências
Lei nº 10.260/2001	Dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior e dá outras providências
Lei nº 10.558/2002	Cria o Programa Diversidade na Universidade, e dá outras providências
Lei nº 10.861/2004	Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências
Lei nº 10.973/2004	Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências

Lei nº 11.096/2005	Institui o Programa Universidade para Todos – PROUNI, regula a atuação de entidades beneficentes de assistência social no ensino superior; altera a Lei nº 10.891, de 9 de julho de 2004, e dá outras providências
Lei nº 12.711/2012	Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências
Lei nº 13.005/14	Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências
Lei nº 13.409/2016	Altera a Lei no 12.711, de 29 de agosto de 2012, para dispor sobre a reserva de vagas para pessoas com deficiência nos cursos técnico de nível médio e superior das instituições federais de ensino

Fonte: Adaptado de Borges e Borges, 2021

Dentre as leis selecionadas pelas autoras, destacam-se:

- Lei nº 8.958/1994 – Promulgada antes mesmo da LDB abre a possibilidade de gestão de contratos e convênios por fundações de apoio às universidades federais. Uma tentativa de flexibilização administrativa que não altera a relação de dependência das universidades e o governo federal. Muitos setores criticaram a medida como uma privatização disfarçada. Atualmente as fundações de apoio fazem parte do cotidiano da gestão das universidades federais mas também apresentam importantes dificuldades em atender metas e objetivos traçados em outros dispositivos legais;
- Lei nº 10.172/2001 e Lei nº 13.005/14 que aprovam os respectivos planos nacionais de educação;
- Lei nº 10.861/2004 que cria o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. O SINAES substitui o antigo sistema de avaliação baseado no Exame Nacional de Cursos – PROVÃO;
- Lei nº 10.260/2001 e Lei nº 11.096/2005 que instituem o FIES e PROUNI, políticas que lastreiam a expansão do ensino superior privado;
- Lei nº 12.711/2012, conhecida como lei de cotas que estabelece critérios para o acesso ao ensino superior de populações historicamente vulnerabilizadas.

5.2.3 Decretos e portarias

Os decretos são atos do poder executivo que não precisam de aprovação do congresso nacional. São mecanismos de disciplinamento das ações de governo e orientam o serviço público para o cumprimento das leis. Dos três decretos destacados pelas autoras, listados no quadro 14, chama atenção o Decreto nº 6.096/2007 que instituiu o REUNI, política de expansão do ensino superior público que analisaremos na próxima seção.

Quadro 14 – Principais decretos do ensino superior (1994–2020)

Decretos	Redação
Decreto nº 5.800/2006	Dispõe sobre o Sistema Universidade Aberta do Brasil – UAB
Decreto nº 6.096/2007	Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – Reuni
Decreto nº 3.276/1999	Dispõe sobre a formação em nível superior de professores para atuar na área de educação básica, e dá outras providências

Fonte: Adaptado de Borges e Borges, 2021

A Portaria Normativa nº 2, de 26 de janeiro de 2010 institui o Sistema de Seleção Simplificada – SISU e acesso ao ensino superior por meio do Exame Nacional do Ensino Médio – ENEM, cuja adesão é facultada às IES, respeitado o princípio constitucional da autonomia universitária, mas ao qual estão vinculadas as políticas de financiamento ou subsídio público ao ensino superior privado. O quadro 15 apresenta o conjunto das portarias que dispõem sobre o ensino superior no período de 1994 a 2020.

Quadro 15 – Principais portarias do ensino superior (1994–2020)

Portarias	Redação
Portaria n.º 301/1998	Normatiza os procedimentos de credenciamento de instituições para a oferta de cursos de graduação e educação profissional tecnológica a distância
Portaria Normativa nº 2, de 26 de janeiro de 2010	Institui e regulamenta o Sistema de Seleção Unificada, sistema informatizado gerenciado pelo Ministério da Educação, para seleção de candidatos a vagas em cursos de graduação disponibilizadas pelas instituições públicas de educação superior dele participantes
Portaria Normativa nº 18 de 11 de outubro de 2012	Dispõe sobre a implementação das reservas de vagas em instituições federais de ensino de que tratam a Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, e o Decreto nº 7.824, de 11 de outubro de 2012
Portaria Normativa nº 21, de 05 de novembro de 2012	Dispõe sobre o Sistema de Seleção Unificada – Sisu

Fonte: Adaptado de Borges e Borges, 2021

Desta forma, as universidades, que foram profundamente transformadas pelos efeitos das políticas e das leis desde a LDB, continuam política e financeiramente dependentes do governo federal. A escolha de seus dirigentes ainda segue o mesmo mecanismo estabelecido pela reforma universitária de 1968, cabendo ao presidente da república indicar o reitor a partir de uma lista tríplice apontada pelo conselho universitário. O orçamento, assim como o dimensionamento de recursos humanos, continuam integrando o orçamento geral da união, elaborado pelo poder executivo, submetido ao congresso nacional e passível de cortes e contingenciamentos que se tornaram regra. Os professores e servidores técnico-administrativos integram o serviço público federal e são regidos pelo mesmo regime de contratação, gestão, remuneração e previdência. Ou seja, para se oferecer uma vaga nova de professor universitário é necessário a aprovação de uma lei específica. A estabilidade é uma premissa do servidorismo público brasileiro e uma garantia da autonomia acadêmica política e científica de professores e pesquisadores, mas em casos de mau desempenho pedagógico ou científico, ou mesmo de improbidades éticas graves o desligamento de um professor é um processo lento, caro e, na maioria das vezes, inócuo.

5.2.4 Marco Legal da expansão do Ensino Superior

Como discutido no capítulo sobre o contexto de influência, as diretrizes propostas por organismos internacionais da necessidade de expansão do ensino superior foram seguidas pelos diferentes governos brasileiros nas duas primeiras décadas do século XXI. Também como indicam os organismos internacionais, essa expansão se deu majoritariamente pelo setor privado, com um conjunto de medidas que permitiram a estruturação, transformação e expansão das instituições privadas de ensino. O artigo 7º da LDB confirma o artigo 209 da CF que estabelece: “O ensino é livre à iniciativa privada, atendidas as seguintes condições: I – cumprimento das normas gerais da educação nacional; II – autorização e avaliação de qualidade pelo Poder Público” e acrescenta a condição de autofinanciamento, ressalvado o artigo 213 da constituição. Antes da LDB a Lei 9.131/1995 passou a permitir que pessoas jurídicas de direito privado, mantenedoras de instituições de Ensino Superior, possam assumir qualquer das formas admitidas em direito, de natureza civil ou comercial. Tal medida cria, segundo Pereira (2020) “novo setor da economia”, que passa a contar com subsídios estatais e com vultuosos recursos advindos do denominado capital financeiro. De acordo com o Código Civil, associações, sociedades, fundações, organizações religiosas, partidos políticos, e empresas individuais de responsabilidade limitada podem, amparadas por esta lei, adquirir instituições de Ensino Superior. O mesmo código civil permite que instituições mantenedoras estrangeiras funcionem no Brasil mediante autorização do Poder Executivo e transferindo sua sede para o país. Esse conjunto de medidas isoladas, porém não desarticuladas, formaram o lastro para a expansão do ensino superior privado com forte participação internacional e financiamento público nacional.

A partir de 2006 tiveram início as aquisições de grupos nacionais por empresas estrangeiras com participação de fundos de investimento internacionais. A primeira delas foi a aquisição da Universidade Anhembi Morumbi pela Laureate Internacional, controlada pelo fundo KKR. Posteriormente, em 2014, mais três grandes aquisições: A Estácio de Sá, a Anhanguera, e a Kroton passaram a ser controladas pela GP, pelo Banco Pátria e pela Advent International. (Pereira, 2020). Em 2007 tem início o processo de fusão dos grupos educacionais que chega ao

auge entre 2011 e 2013. Até 2015 foram 62 atos de concentração submetidos ao CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômica, órgão encarregado de proteger o sistema econômico de trustes e monopólios. Em consequência disto, o Brasil passa a concentrar os maiores grupos educacionais privados do mundo: Kroton/Anhanguera, Anima, Estácio, Ser Educacional, Devry, Laureate, e Universidade Paulista (UNIP).

A expansão do ensino superior público se deu em 3 fases. (BRASIL, 2014a) A primeira entre 2003 e 2007 que teve como prioridade a redução de desigualdades regionais dentro do próprio sistema, com o processo de interiorização. (quadro 16) A segunda, de 2008 a 2012, marcada pela execução do REUNI (quadro 17) e a terceira pela continuidade das anteriores e complementada por medidas específicas de desenvolvimento regional (quadro 18).

Quadro 16 – IFES abertas na 1ª fase de expansão (2003–2007)

Universidade	Ato de Criação
Universidade Federal de Alfenas	Lei nº 11.154 de 29/07/2005
Universidade Fed. dos Vales Jequitinhonha e Mucuri	Lei nº 11.173 de 06/09/2005
Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Lei nº 11.152 de 29/07/2005
Universidade Federal Rural do Semi-árido	Lei nº 11.155 de 29/07/2005
Universidade Tecnológica Federal do Paraná	Lei nº 11.184 de 07/01/2005
Fundação Universidade Federal do ABC	Lei nº 11.145 de 26/07/2005
Fundação Universidade Fed. de Grande Dourados	Lei nº 11.153 de 29/07/2005
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia	Lei nº 11.151 de 29/07/2005
Fundação Univ. Fed. de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Lei nº 11.641 de 11/01/2008
Fundação Universidade Federal do Pampa	Lei nº 11.640 de 11/01/2008

Fonte: Brasil, 2014a

Ao todo foram 10 novas universidades federais. Quatro no Sudeste, três no Sul, duas no Nordeste e uma no Centro-oeste. Apenas a UTFPR e a UFCSPA em capitais. Todas criadas por meio de projetos de lei do executivo, aprovados no congresso nacional. Além das universidades também foram implantados 79 campi em universidades pré-existentes. Tanto as novas universidades quanto os novos

campi e cursos foram implantados segundo critérios estabelecidos pelo governo federal. São eles (BRASIL, 2014):

- a vocação da região e políticas públicas em desenvolvimento – arranjos produtivos locais;
- a promoção do desenvolvimento com redução das assimetrias regionais;
- a localização geográfica;
- a população da micro e mesorregião atendidas;
- os polos da Universidade Aberta do Brasil (UAB);
- os indicadores de desenvolvimento econômico e social (taxas de evolução): IDH, IDEB; a taxa da oferta de vagas públicas e privadas na educação superior (estadual, federal, técnica) na microrregião e mesorregião; as áreas de formação prioritárias (formação de professores, saúde, tecnologias);
- o curso em área de conhecimento existente na universidade;
- o curso novo em área de conhecimento de ações prioritárias e a ampliação da oferta de educação superior pública no período noturno.

Na segunda fase da expansão, impulsionada pelo REUNI, foram abertas mais 4 universidades federais e 47 novos campi. O Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI é proposto por meio do Decreto nº 6.096/2007, como resposta às reivindicações das universidades federais e mediante a interlocução com os reitores, como analisamos no capítulo de contexto. No ano em que foi editado, 8 universidades já haviam sido abertas, e mais seis foram autorizadas após sua edição. O REUNI prevê uma ampliação de até 20% do orçamento das universidades federais para construção e readequação de infraestrutura, compra de bens e serviços e despesas de pessoal relacionados ao cumprimento das diretrizes do programa. Quais sejam: (BRASIL, 2007).

I – aumento do número de matrículas, por meio da redução das taxas de evasão, da ocupação de vagas ociosas e do aumento da oferta de vagas de ingresso, especialmente no período noturno;

II – ampliação da mobilidade estudantil, com a implantação de regimes curriculares e sistemas de títulos flexíveis, baseados no aproveitamento de

créditos e na circulação de estudantes entre instituições, cursos e programas de educação superior;

III – revisão da estrutura acadêmica, por meio da reorganização dos cursos de graduação e da atualização de metodologias de ensino–aprendizagem, buscando a constante elevação da qualidade;

IV – diversificação das modalidades de graduação, preferencialmente não voltadas à profissionalização precoce e especializada;

V – ampliação de políticas de inclusão e assistência estudantil; e

VI – articulação da graduação com a pós–graduação e da educação superior com a educação básica.

A partir de então inicia–se a terceira fase da expansão com a implantação de políticas específicas de integração, fixação e desenvolvimento regional. Estas políticas compreendem o componente formativo do programa Mais Médicos chamado, no MEC, de Programa de Expansão do Ensino Médicos, O Programa Viver Sem Limites e o PROCAMPO. Estes últimos, parcerias do MEC com a Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e com o Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão – SECADI e Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica – SETEC, respectivamente.

Quadro 17 – IFES abertas na 2ª fase de expansão (2008–2013)

Universidade	Ato de Criação
Universidade Federal da Fronteira Sul	Lei nº 11.029 de 15/09/2009
Universidade Federal do Oeste do Pará	Lei nº 12.085 de 05/11/2009
Universidade Federal da Integração Latino–Americana	Lei nº 12.189 de 12/01/2010
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro–Brasileira	Lei nº 12.826, de 05/06/2013.

Fonte: Brasil, 2014a

5.2.5 Marco legal do provimento e regulação profissional em medicina

Todas as iniciativas anteriores ao Programa Mais Médicos – PMM que visaram atender ao princípio constitucional de ordenamento da formação em saúde foram instituídas mediante portaria do Ministério da Saúde ou portarias interministeriais deste com o Ministério da Educação. Ou seja, nenhuma iniciativa anterior foi discutida com o congresso nacional, ou objetivava alterar o marco legal da regulação da formação profissional em saúde no Brasil. Pode-se presumir que em todas as situações anteriores o cálculo da correlação de forças para iniciativas estruturais era desfavorável. As estratégias traçadas correspondiam aos arranjos impostos pelo presidencialismo de coalizão e pelas formas em que minorias privilegiadas influenciaram o congresso nacional e as políticas públicas no período. Desde a reabertura democrática os governos federais de FHC, Lula e Dilma sempre optaram por medidas de consenso com setores com interesses conflitantes como os usuários, gestores e corporação médica.

Pinto (2019), considera a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação – SGTES, um marco na política de saúde no Brasil. A criação da SGTES atribuiu a uma secretaria do MS a função específica de formular e conduzir políticas para o trabalho e a educação na saúde. Estas funções cabiam anteriormente às políticas específicas, coordenadas pela Secretaria de Políticas de Saúde. Este novo arranjo organizacional foi acompanhado por secretarias estaduais e municipais de saúde resultando numa priorização da agenda pelos outros entes federados. Além disso e principalmente a SGTES passou a ser a secretaria que fazia a interlocução com o MEC e com as instituições de ensino. A partir de sua criação foram propostos a Política Nacional de Educação Permanente, o PRO-Saúde, o PRO-Residência, e o PROVAB. (quadro 18)

Quadro 18 – Políticas de fixação, provimento e formação em saúde.

Políticas de Fixação, Provimento e Formação em Saúde	
PITS	Portaria GM 227/2001
PROMED	Portaria Interministerial 610/2002
POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE/APRENDER SUS	Portaria 198/2004
PRO SAÚDE	Portaria Interministerial 3019/2007
PRÓ-RESIDÊNCIA	Portaria Interministerial 1001/2009
PROVAB	Portaria 53/2013

Fonte: Elaborado pelo autor

A proposição do PMM foi feita pela medida provisória 621/2013, transformada em lei 12.871/2013. Esta lei cria o Programa Mais Médicos e altera o marco regulatório da formação profissional em medicina, atribuindo ao SUS uma certa capacidade de regulação da força de trabalho médica. São objetivos do programa, previstos na lei:

- I – diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II – fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III – aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV – ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V – fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI – promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII – aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII – estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Para isto, prevê três ações prioritárias:

- I – reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;
- II – estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País;
- e
- III – promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino–serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

Na prática o programa se apresenta com dois eixos principais, o de provimento e o de formação. O eixo de provimento prevê, em primeiro lugar, a convocação de médicos brasileiros, seguidos de intercambistas de países com maior razão de médicos por habitantes que o Brasil e por último, uma cooperação com o governo de Cuba que prevê a atuação de médicos deste país no Brasil. A mudança no marco legal do exercício profissional do eixo de provimento se deu na autorização para a atuação no Brasil de médicos intercambistas sem a revalidação do diploma. Destaque-se que essa exigência continua vigente no Brasil, e a exceção estabelecida pela lei 12.871 foi apenas para atuação no PMM. No eixo de formação, a lei do PMM estabeleceu critérios para abertura de novos cursos e vagas para os cursos de medicina, criou mecanismos de regulação da graduação e da residência médica, e instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino e Saúde – COAPES.

A abertura de cursos no Brasil é uma prerrogativa das instituições de ensino. As instituições universitárias podem abrir cursos sem autorização prévia. As instituições não universitárias (faculdades) precisam de autorização do Conselho Nacional de Educação para iniciarem suas atividades. Assim como os cursos de odontologia e psicologia, os cursos de medicina destas instituições precisam de autorização do Conselho Nacional de Saúde, além do CNE (Decretos 3.860/01, 5.773/06 e 9.235/17). Todas precisam ser avaliadas antes da conclusão da primeira turma sobre as condições de funcionamento, o que se chama reconhecimento. Até a lei 12.871/13 apenas os sistemas de avaliação das IES foram alterados. Em 1995 a lei 9.131 institui o Exame Nacional de Cursos, o Provão, como instrumento de

avaliação do ensino superior. Em 2004, a lei 10.861 institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES. Durante o primeiro ano de governo de Lula, os Conselhos Nacionais de Saúde e Educação acolheram o pleito das entidades médicas (CFM e AMB), recomendaram, e os Ministros da Educação do período acataram, com o estabelecimento de uma moratória na abertura de cursos. O processo de expansão, aquisição e fusão de instituições privadas de ensino acelerou a abertura de cursos de medicina à medida que, como universidades, as instituições não precisavam desta autorização. Nenhuma das medidas disciplinaram a abertura de cursos por critérios objetivos de necessidade de médicos por habitante ou por região do país.

O PMM, por meio da lei 12.871, estabelece, pela primeira vez, critérios para abertura de cursos de medicina no Brasil. A partir de então, os cursos respondem a um edital de abertura de cursos, onde os ministérios definem previamente os locais onde os cursos podem funcionar segundo a necessidade social do curso para a cidade e para a região em que se localiza, demonstrada por indicadores demográficos, sociais, econômicos e concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo dados relativos à (BRASIL, 2013):

- a) relação número de habitantes por número de profissionais no Município em que é ministrado o curso e nos Municípios de seu entorno;
- b) descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares e de programas de residência em funcionamento na região;
- c) inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza.

O edital também exige a comprovação prévia de critérios de qualidade para o funcionamento dos cursos (BRASIL, 2013):

- a) exigência de infraestrutura adequada, incluindo bibliotecas, laboratórios, ambulatórios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de Medicina;
- b) acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;

- c) possuir metas para corpo docente em regime de tempo integral e para corpo docente com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;
- d) possuir corpo docente e técnico com capacidade para desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares em questão, aferida por publicações científicas;

Além de estabelecer em lei o mecanismo de regulação da abertura de novos cursos de medicina, a lei 12.871 também dispõe sobre a formação médica reforçando a importância das Diretrizes Curriculares Nacionais, e estabelecendo um mínimo de 30% da carga horária do internato para a atenção básica e em serviços de urgência e emergência. Por meio das portarias 306 e 386 de 2016, o Ministério da Educação instituiu uma comissão específica para acompanhamento dos cursos de medicina em universidades federais, e estabelece critério de avaliação no intuito de aproximar a avaliação dos cursos de medicina no SINAES aos princípios do programa. Em 2016 também, o MEC instituiu a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina – ANASEMS, por meio da portaria 982/16 e em resposta ao artigo 9º da lei do Mais Médicos.

O PMM também alterou o marco legal da formação especializada em medicina. Extensamente discutida na literatura, a residência médica tem um papel decisivo na formação e atuação dos médicos no Brasil. Quase que absolutamente financiada com recursos públicos e utilizando-se de serviços do SUS, a residência médica é parte fundamental para a constituição do mercado privado e liberal do exercício da medicina. (FEUERWERKER, 1998, ALESSIO, 2016, OLIVEIRA, 2019). As mudanças no marco regulatório da residência médica não alteraram substancialmente a finalidade liberal nem o financiamento público, mas estabeleceram regras para o acesso e para o disciplinamento da proporção de especialistas no Brasil, como faz o Reino Unido. A lei determina que as instituições formadoras deveriam oferecer, até 2018, o mesmo número de vagas de residência que de formandos. Além disso, a formação em Medicina de Família e Comunidade passa a ser obrigatória para todos os programas que têm grande procura, e de um ano para os programas de menor procura. Esta medida está articulada com a estratégia de provimento do programa e previa a substituição dos intercambistas estrangeiros pelos médicos brasileiros que estariam cursando a residência em MFC. Por fim, a lei do Mais Médicos criou o cadastro nacional de especialistas unificando

as certificações emitidas pelos Conselhos de Medicina, pelo MEC e pelas associações científicas médicas.

5.2.6 Planos Institucionais da UFPE

O planejamento é uma forma de construção do estado concebida inicialmente no contexto da revolução bolchevique, na Rússia do começo do século XX. Por muito tempo foi compreendido como um dos descritores do estado socialista, mas ao longo do século passado passou por várias apropriações e ressignificações, sendo incorporado como prática presente nos estados capitalistas, nas instituições e, até mesmo, nas empresas. No Brasil, o planejamento passa a ser incorporado às práticas de governo e às políticas públicas na década de 1960, influenciado pelo contexto da América Latina. Na área da saúde encontramos referências a estas práticas nas políticas públicas desde a lei 8.142/90 que vincula o repasse de recursos federais à apresentação dos planos estaduais e municipais de saúde, construídos pelas respectivas conferências. Na educação o primeiro Plano Nacional de Educação foi publicado em 1962, após a promulgação da lei LDB 4.024/61. Segundo Saviani (1999), apesar da influência do movimento da escola Nova, no documento final prevalecem princípios econômicos e diretrizes para o financiamento da educação nacional. A LDB atual, as leis 9.784/99 e 10.861/04, e o decreto 5.773/06 exigem das universidades brasileiras a elaboração dos Planos de Desenvolvimento Institucional. Esta medida se justifica, nas leis anteriores, pelo esforço das políticas públicas em garantir transparência e eficiência na gestão das universidades.

A Universidade Federal de Pernambuco passou a atender a exigência com o Plano de Desenvolvimento Institucional – PDI 2009–2013, aprovado pelo conselho universitário em dezembro de 2010. Antes do PDI 2009–2013, a UFPE produziu e publicou o Plano Estratégico Institucional – PEI para a década de 2003 a 2013. Em seguida o PEI, volta a ser editado para o período de 2013 a 2027. Além do PDI09/13, mais dois planos foram aprovados e analisados nesta pesquisa, os PDI14/18 e PDI19/23. Os PEI e PDI desdobram-se em mais 3 planos institucionais menores. O Plano de Ação Institucional – PAI, de periodicidade anual, publicado de 2015 a 2019; O Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação – PDTIC,

bienal, com duas edições publicadas, 2017/2019 e 2020/2021; e o Plano de Internacionalização, decenal, com a primeira edição contemplando o período de 2017 a 2027. (quadro 19)

Quadro 19 – Planos institucionais da UFPE

P. Estratégico Institucional	2003–2013, 2013–2027
P. de Desenvolvimento Institucional	2009–2013, 2014–2018, 2019–2023
P. de Ação Institucional	2015, 2016, 2017, 2018, 2019
P. Diretor de Tec. da Informação e Comunicação	2017–2019, 2020–2021
Plano de Internacionalização	2017–2027

Fonte: Elaborado pelo autor

Os planos institucionais da UFPE são referência importante para a análise de como a política nacional de educação é lida e reescrita na instituição. A análise desses documentos se deu sobre as referências nacionais e internacionais, seus modos de construção e o conteúdo dos planos, mais especificamente as citações sobre a expansão e a interiorização. As referências nacionais e internacionais ajudam a compreender o contexto da produção destes documentos. O modo de construção oferece um olhar sobre a cultura institucional da UFPE e sobre as práticas de gestão universitária, sobre como o planejamento está, ou não, presente no cotidiano dos que fazem a gestão da UFPE. Este modo de construção dos planos também oferece elementos para análise dos atores institucionais e sua participação nos processos decisórios da universidade. A análise do conteúdo do plano, direcionada para as categorias centrais desta pesquisa, investiga a relevância que os componentes de expansão e interiorização do ensino superior assumem na UFPE.

Os PEI 2003/13 e 2014/27 fazem referência às Conferências Mundiais da Educação Superior realizadas nos anos 1998 e 2009, em Paris, e aos Planos Nacionais de Educação 2001/2011 e 2014/2024, respectivamente. O segundo PEI toma com base o documento anterior, incorpora contribuições de planos institucionais de outras universidades brasileiras, americanas e europeias (Kentucky 2009–2014 Strategic Plan Preamble; Cornell University at its Sesquicentennial – A Strategic Plan 2010–2015; Universidade de Coimbra – Plano Estratégico 2011–2015; UNB – Bases do Planejamento Estratégico 2011 a 2015; USP 2031 – Planejando o

Futuro; Plano de Desenvolvimento Institucional 2011–2015 da UFPA) e contribuições da Sociedade Brasileira para Progresso da Ciência – SBPC e do Fórum de Pró-reitores de Graduação – FORGRAD. (UFPE, 2003 e 2013). Para a elaboração do primeiro PEI a UFPE recorreu a duas avaliações institucionais externas (Associação das Universidades Europeias e Middle States Association of Colleges and Schools) precedidas de uma avaliação interna, como primeira etapa para a construção do plano. Em seguida contou com uma consultoria privada para construção de uma matriz de análise situacional resumida, conhecida com matriz SWOT, mais utilizada por empresas e instituições privadas, e para contextos mais simples. Todo o processo foi conduzido pelo Grupo de Apoio ao Planejamento Estratégico – GAPE, constituído por 11 professores, representantes dos centros acadêmicos. O documento elaborado pelo GAPE foi submetido à comunidade acadêmica de novembro de 2002 a fevereiro de 2003. O período de 3 meses correspondeu ao período de férias e de transição do governo federal. O segundo PEI foi conduzido pelo GAPE, com 12 professores, e por uma comissão de gestores. Na etapa inicial, foram indicados 9 grupos temáticos para a análise situacional: Formação Acadêmica de Graduação e Pós Graduação; Pesquisa, Inovação e Extensão; Desenvolvimento Estudantil; Gestão; Internacionalização; Gestão de Pessoas; Informação, Comunicação e TI; Infraestrutura e Segurança; e Cultura. A etapa seguinte também contou com a ferramenta SWOT para análise do ambiente interno e externo da universidade. Ao todo, cerca de 45 pessoas da comunidade acadêmica (professores, estudantes, técnicos, e gestores) participaram do processo. A composição do GAPE também seguiu a regra geral de representatividade por centros acadêmicos.

O primeiro PEI é um documento genérico cujo valor está na iniciativa de construir o primeiro documento institucional de referência para os processos de gestão e avaliação. O documento reafirma a compreensão pré-estabelecida da visão, missão e finalidades da universidade. Também define suas principais atividades: ensino, pesquisa e extensão. A interiorização aparece como perspectiva distante no item 8. Áreas de cooperação, subitem 8.3 Interiorização. Segundo o PEI 2003/2013, o objetivo da interiorização é “contribuir para a modernização econômica e o desenvolvimento sustentável dos municípios do estado de PE, difundindo a produção do conhecimento, dos processos e produtos elaborados pela UFPE”. Um tópico estratégico, que pode ser compreendido como linha da ação é a definição de uma política de interiorização da universidade. Não há referências à expansão.

O segundo PEI é um documento mais consistente e coerente com o contexto. Retrata o amadurecimento institucional e permite uma análise mais criteriosa de seu conteúdo. A ideia de ser uma universidade de excelência é predominante no documento. O plano apresenta 17 objetivos para a UFPE no período estabelecido. Os objetivos estão divididos em 3 categorias: resultados, processos e alicerces. O primeiro objetivo, da primeira categoria, é tornar a UFPE uma das 100 melhores universidades do mundo. O segundo é consolidar e expandir a interiorização, o quinto é expandir a oferta de cursos, garantindo a qualidade. As ações previstas para a interiorização são: construir mais um campus no interior, prover de infraestrutura os campi de Caruaru e Vitória de Santo Antão, e ampliar a oferta de cursos de graduação e pós-graduação. O PEI 2014/2027 não detalha o plano de operacionalização destes objetivos. A fundamentação e justificativa para a expansão e interiorização é genérica, o que não permite a compreensão do conceito de desenvolvimento social presente no documento. Desta forma, a análise do documento sugere que a expansão e a interiorização do ensino são incorporações das políticas nacionais, que adjetivam a opção substantiva da universidade pela excelência e meritocracia. O quadro 20 apresenta a visão e missão da UFPE nos dois PEI citados.

Quadro 20 – Síntese dos planos institucionais – UFPE.

Visão da UFPE	
PEI 2003/2013	PEI 2014/2027
Como instituição pública, ser democrática e de referência em ensino, pesquisa e extensão	Ser uma universidade de classe mundial comprometida com a transformação e desenvolvimento da humanidade.
Missão da UFPE	
PEI 2003/2013	PEI 2014/2027
Promover um ambiente adequado ao desenvolvimento das pessoas e a construção de conhecimentos e competências que contribuam para a sustentabilidade da sociedade, através do ensino, pesquisa, extensão e gestão.	Como instituição pública, promover a formação de pessoas e a construção de conhecimentos e competências científicas e técnicas de referência mundial, segundo sólidos princípios éticos, socioambientais e culturais.

Fonte: Elaborado pelo autor

Os Planos de Desenvolvimento Institucional são documentos que espelham os PEI, fazem referência aos mesmos documentos nacionais e internacionais, mas apresentam uma estrutura mais detalhada em resposta às exigências do decreto 5.773/06. A partir deste decreto, os processos de abertura e reconhecimento de cursos, ampliação de vagas, e outros processos de avaliação institucional utilizam os PDI como documento de referência. O primeiro PDI foi construído por 3 comissões internas da UFPE, com participação das pró-reitorias e dos centros acadêmicos: Perfil Institucional, Gestão Institucional e Organização Acadêmica – Composta predominantemente por Pró-Reitores, representantes do GAPE e Diretores e Vice-Diretores de Centros; Infraestrutura, Finanças e Orçamento – Composta predominantemente por representantes das Pró-Reitorias, Prefeitura, Assessoria de Comunicação – ASCOM, Núcleo de Tecnologia – NTI, Biblioteca Central, representantes dos Centros e representantes do GAPE; Avaliação – Composta predominantemente por representantes das Pró-Reitorias, Prefeitura, Comissão Própria de Avaliação – CPA, representantes dos Centros e representantes do GAPE. Tomou como documento base o PEI 2003/2013 e outros relatórios internos de gestão e avaliação institucional. No documento há 10 referências à interiorização e 15 à expansão. Os dois objetivos analisados aparecem no histórico e nos desafios da universidade. A interiorização é citada com exemplo de inserção regional, e como objetivos para a expansão da graduação, assim como pela necessidade de articulação com as ações de extensão. Porém não há referência a interiorização da pesquisa. A expansão já aparece no PDI com programa institucional, mas também nas referências institucionais, no projeto pedagógico da universidade, no capítulo que trata da responsabilidade social e nas estratégias de gestão. Em todo documento há uma referência clara à expansão proposta no PNE e no REUNI.

“Mas a maior ação de inserção regional da Universidade a ser destacada é a sua interiorização, iniciada no ano de 2006, num processo que abriu novas possibilidades de atuação para diminuição das diferenças intraestaduais.” (PDI-UFPE 2009/2013)

O PDI seguinte (2014–2019) segue a mesma estrutura e modo de produção. Também é escrito por uma comissão, composta por dirigentes da administração central e dos centros, servidores, submetido a uma consulta pública, dividido nos mesmos eixos temáticos. A estrutura e o conteúdo do plano são semelhantes ao plano anterior, com as mesmas posições estratégicas de interiorização e expansão. O documento é bem mais extenso, com acréscimo de informações sobre a situação da universidade no momento da elaboração do plano. As ações e resultados relatados são espelho das políticas nacionais de expansão, avaliação, acesso, assistência estudantil, gestão de pessoas e de processos administrativos de compras e contratações. São 11 referências à interiorização ao longo do documento e detalha os objetivos estratégicos de consolidar e expandir a interiorização.

Objetivo Estratégico 2: Consolidar e expandir a interiorização.

- 2.1 Estabelecer os critérios normativos para expansão de cursos e de campi levando em conta as necessidades e demandas socioeconômicas e culturais das regiões onde serão inseridos os novos cursos, garantindo a implantação de pelo menos 7 novos cursos no interior no período 2014–2018.
- 2.2 Criar pelo menos 4 novos programas de pós-graduação nos campi do interior.
- 2.3 Início de funcionamento do restaurante universitário do Centro Acadêmico do Agreste.
- 2.4 Expandir o programa de bolsas para os estudantes dos campi do interior.
- 2.5 Em alinhamento com a ação 1 e dentro de um contexto de relevância e interesse institucional e social, implantar, caso indicado, um novo campus da UFPE fora da RMR e no estado de Pernambuco.

O segundo PDI da UFPE faz 33 referências à expansão, muitas delas já descrevendo os resultados desta, outras fortalecendo a importância institucional deste processo. O Objetivo Estratégico 5, Promover a expansão de cursos garantindo a qualidade, faz referência direta ao curso de medicina da Caruaru como ação prioritária para o ano de 2014. No Objetivo Estratégico 15, Ampliar, modernizar e manter a infraestrutura física da Universidade, está prevista a obra de construção

do curso de medicina, acompanhada de uma referência entre parênteses ao programa Mais Médicos.

Objetivo Estratégico 15: Ampliar, modernizar e manter a infraestrutura física da Universidade.

15.13 Construir o prédio do curso de medicina do Centro Acadêmico do Agreste CAA (Programa Mais Médicos).

O último PDI da UFPE traz na capa 6 imagens com 3 campi. A imagem central e maior é o Laboratório de Pesquisa em Petróleo e Energia do campus de Recife. Todas as outras imagens são dos campi do interior. Foi construído e segue a mesma estrutura dos planos anteriores, com uma visão mais clara, e que retrata o amadurecimento institucional em relação às práticas de planejamento e gestão. A teoria geral de planejamento permanece híbrida, seguindo princípios e valores públicos, mas dispendo de conceitos e ferramentas de mercado. Stakeholders e não atores ou sujeitos sociais, e a matriz SWOT por exemplo. Acrescentou-se à visão e missão do último PEI, os propósitos da UFPE: Promover a transformação social através da formação humanizada e produção de conhecimento de excelência. Segundo o plano, esses 3 conceitos definem a identidade organizacional. Os objetivos estratégicos que eram 17 no plano anterior, agora são 20. A interiorização deixou o segundo e passou ao 5o lugar, agora com 12 estratégias e já definidos indicadores, metas e responsáveis.

Objetivo Estratégico 5: Consolidar e expandir a interiorização.

- 5.1 Elaborar projeto de cursos de especialização nos campi do interior
- 5.2 Definir critérios de abertura de novos cursos de graduação para o interior
- 5.3 Criar polos associados de atuação presencial nos cursos de graduação a distância
- 5.4 Elaborar projeto de criação de cursos de pós-graduação no interior (Centro Acadêmico de Vitória – CAV e Centro Acadêmico do Agreste – CAA)
- 5.5 Estimular a criação de novos cursos na modalidade à distância

- 5.6 Fomentar ações de acessibilidade no interior.
- 5.7 Garantir a divulgação semestral dos editais de assistência estudantil
- 5.8 Estabelecer novas estruturas organizacionais que possibilitem a descentralização de atividades na gestão para os campi do interior.
- 5.9 Ampliar a infraestrutura física do CAV e do CAA
- 5.10 Concluir a construção do prédio da medicina do CAA
- 5.11 Implantar o Campus de Goiana
- 5.12 Abrir uma unidade do Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami (LIKA) nas instalações do novo prédio de medicina do Campus do Agreste

O documento atesta a consolidação da interiorização e da expansão, assim como as mudanças nos modos de acesso à universidade, e assistência estudantil. São apenas 8 referências à interiorização, todas no sentido de consolidar, fortalecer e qualificar. Quanto à expansão são 23 referências, a maioria prestando conta e relatando os resultados. Chama a atenção no documento a referência ao processo estatuinte, que recebeu forte apoio da reitoria. Mas que ao fim não produziu o resultado esperado. Esperava-se que o novo estatuto da UFPE trouxesse mais capacidade administrativa para a solução de problemas cotidianos, menos burocracia e mais democracia interna. Porém a reitoria ocupou-se de organizar o processo sem trazer teses que pudessem atender a esses objetivos, prevaleceu o assembleísmo e a dinâmica atual dos conselhos, ampliando-se a participação em quase todos os espaços decisórios, criando novas comissões e câmaras, em muitas situações com atribuições superpostas. A versão final aprovada pela estatuinte previa uma representação no conselho universitário de 3 representantes de cada segmento (professores, técnicos, e estudantes) de cada centro no conselho universitário, sem a representação dos diretores de centro nem dos pro-reitores. O conselho universitário rejeitou a proposta e o impasse só se resolveu com manifestação da Procuradoria-Geral da República sobre a inconstitucionalidade de tal medida, deslegitimando o processo pelo qual havia sido construído o estatuto. A condução do processo estatuinte sem a apresentação de teses contradiz o PDI 2019/2023 que, pela primeira vez, traz elementos de análise crítica do processo de expansão e referências a autores do campo da análise de políticas educacionais e da sociologia, buscando tensionar os conceitos e práticas pedagógicas. Estas transformações pedagógicas estão presentes no projeto pedagógico do curso de Medicina que vamos analisar a seguir. Mas não há referências do PDI a estas

inovações. O curso de medicina de Caruaru é mencionado neste PDI quando da definição da prioridade da conclusão da obra do prédio sede do curso iniciado em 2014, e até a publicação do plano, ainda em sede provisória.

5.2.7 As Diretrizes Curriculares Nacionais.

A LDB/96 estabelece um novo marco para a definição de parâmetros curriculares nacionais para o ensino superior. Até a promulgação desta lei os cursos de graduação seguiam um documento de referência nacional com a relação de disciplinas obrigatórias que todos os cursos de graduação deveriam oferecer, um currículo mínimo. A flexibilização curricular introduzida pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, permitia não apenas arranjos curriculares diversos em termos de conteúdos, mas também a incorporação e adoção de novas metodologias de ensino aprendizagem, a integração entre diferentes dimensões do aprendizado como atitudes, habilidades, capacidade de análise crítica da realidade, e cidadania. Em resposta a LDB, e após um processo que se deu na arena constituída pelo Projeto CINAEM na década de 1990, o Conselho Nacional de Educação publicou as primeiras diretrizes curriculares para o curso de medicina em 2001. O esforço para o estabelecimento de um marco para a formação profissional em medicina pode ser reconhecido como parte do conjunto de medidas que compõem o Programa Mais Médicos pela iniciativa de revisão das DCN. Publicadas em 2014 as novas DCN mantêm a estrutura do documento anterior mas avançam no detalhamento de algumas disposições e na inclusão de outras. Para efeitos deste estudo, elaboramos um quadro comparativo entre os dois documentos e analisamos os posicionamentos oficiais do ministério da saúde a respeito, assim como a produção acadêmica sobre o componente formativo do PMM.

Em site do programa (<http://maismedicos.gov.br/o-novo-curriculo>) o Ministério da Saúde, atribui às novas DCN:

“o propósito de promover uma formação médica mais geral, humanista e crítica com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, dignidade humana e saúde integral da população.”

Destaca ainda que, segundo o documento, a formação médica deve:

- ser orientada pelas necessidades de saúde dos indivíduos e das populações;
- usar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração dos conteúdos de ensino, pesquisa, extensão e assistência;
- promover a integração e interdisciplinaridade aprendendo e atuando em equipes multiprofissionais;
- Ter a presença de ciências sociais e discussões em temas fundamentais para a formação ética do estudante como a segurança do paciente e a diversidade na garantia de direitos sociais, debatendo questões de gênero, etnia, entre outras condições;
- prever a inserção do aluno na rede de serviços de saúde desde as séries iniciais da formação e ao longo de todo o curso proporcionando ao estudante oportunidade de lidar com problemas reais assumindo responsabilidades crescentes;
- dar centralidade para o ensino da atenção básica organizado e coordenado pela área de Medicina de Família e Comunidade e fortalecer também áreas como a atenção às urgências e saúde mental.

Para o MS é importante destacar que as DCN 2014 priorizam o aprendizado em todos os níveis de atenção, assegurando no mínimo 30% da carga horária do internato na atenção básica. São consideradas mudanças estruturantes introduzidas pelo documento, a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem), integrada ao SINAES, a previsão de estratégia de qualificação docente, e de educação permanente dos trabalhadores e a articulação com a política de formação especializada, entenda-se residência médica.

Oliveira et al., (2019) discute a qualificação da formação médica em artigo que analisa o componente formativo do PMM. A análise comparada das DCN 2001 e 2014 corrobora a síntese realizada pelo autor. No quadro comparativo construído para a análise dos dois documentos categorizamos o conteúdo segundo as seções:

1. Definição do perfil do egresso;
2. Competências ou articulação conhecimento/habilidades/atitudes;
3. Conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades específicas (2001), que se tornou área de competência da prática médica (2014);
4. Conteúdos essenciais para o curso;
5. Internato;
6. Estrutura do curso;
7. e outras diretrizes.

Destas 7 categorias, apenas a terceira que dispõe sobre as competências para a prática médica, sofreu uma modificação em sua definição. Nota-se uma evolução, ou consolidação do conceito de competências que, em 2001, ainda parecia impreciso. Em algumas partes do documento, a noção de competência inclui o conhecimento, em outras é tratado com algo diferente. Além da clareza do conceito, as DCN 2014 resumem as competências a serem desenvolvidas no curso em apenas 3 áreas: atenção, gestão e educação em saúde. Amplia-se o conceito de atenção à saúde, agora atrelada ao direito constitucional e aos pressupostos do SUS. A área de atenção à saúde inclui a promoção da saúde, faz referência a preservação da biodiversidade e da sustentabilidade, e considera as necessidades de saúde de pessoas com deficiência, além dos princípios éticos já presentes em 2001. As competências de tomada de decisões, comunicação, e liderança passam a compor a área de Gestão em Saúde, junto com as competências de trabalho em equipe e participação social. A competência de educação permanente é ampliada para Educação em Saúde. São incorporados valores como o aprendizado ativo, crítico, interprofissional, e colaborativo.

Na análise comparada dos dois documentos percebe-se um amadurecimento das concepções curriculares e sobre o aprendizado profissional. A seção dedicada aos “Conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades específicas” não está mais presente. Em seu lugar surge uma seção dedicada às Áreas de Competência da Prática Médica. As competências descritas nesta seção estão categorizadas de acordo com a seção anterior em Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. As competências da área de atenção são divididas entre atenção individual e coletiva. Na atenção individual estão contemplados os conhecimentos da seção correspondente do documento de 2001, mais detalhados, e com uma concepção ampliada de clínica e da atuação social do médico. Na atenção à saúde coletiva, são relacionadas competências para a análise, planejamento e avaliação das ações em saúde articulando saberes interdisciplinares com o campo da saúde coletiva.

O perfil do egresso e a estrutura do curso permaneceram praticamente inalterados. Os conteúdos essenciais, cuja seção sugere uma contradição entre os princípios de organização curricular que orientam todo o documento, são mantidos

inalterados acrescentado apenas conteúdos transversais exigidos pela legislação educacional brasileira como as questões étnico-raciais, ambientais, de direitos humanos, das tecnologias da informação e de língua estrangeira.

As disposições sobre o internato são alteradas com a inclusão da área obrigatória de saúde mental. É mantida a proporção mínima de 35% da carga horária total do curso, mas é definida a CH mínima de 2700 h. 30% desta carga horária deve ser destinada à Atenção Básica e a serviços de Urgência e Emergência. As DCN definem ainda que as atividades do internato voltadas para a atenção básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade. Por fim, são incorporados os limites legais impostos pela lei 11788/2008, conhecida como lei dos estágios.

As DCN 2014 estabelecem a avaliação processual seriada como instrumento de avaliação e acompanhamento dos cursos, e definem que seus resultados deverão ser utilizados como parte do processo de classificação para os exames dos Programas de Residência Médica. Atribuem aos cursos de graduação a responsabilidade de desenvolver Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde com o intuito de valorizar o corpo docente e promover o envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso. Também cabe aos cursos de graduação o desenvolvimento, ou fomento a participação dos profissionais da rede de saúde, de programa permanente de formação e desenvolvimento. Estas ações devem estar previstas no COAPES proposto pela lei 12.871/13 a que se refere esta disposição.

A análise comparada das DCN confirma o que dizem Oliveira et al. (2019) sobre as mudanças estratégicas prioritárias.

“As diretrizes mantiveram os elementos centrais e o perfil do egresso do documento anterior; estruturaram o desenvolvimento de competências nas áreas de atenção à saúde, educação e gestão; e fortaleceram o ensino de áreas estratégicas para o desenvolvimento do SUS, tais como a ABS, a urgência e emergência e a saúde mental, especialmente no período de internato. Adequando-se às mudanças na sociedade brasileira, agregaram-se novos e reforçaram-se elementos ao processo de formação, tais como respeito à autonomia do usuário; segurança do paciente; respeito à diversidade humana; cuidado às pessoas com deficiência, atenção às questões étnico-raciais; interprofissionalidade e trabalho em equipe; questões socioambientais; e o papel dos determinantes sociais no processo saúde-doença.” (OLIVEIRA et al., 2019)

5.2.8 O contexto da produção textual e de sentidos

Para Ball (1993), a política deve ser compreendida como texto, como discurso e por seus efeitos. Como texto será sempre inacabada e incompleta porque pressupõe uma nova escrita, ou reescrita em ato. A leitura da política varia com o tempo e o contexto em que se dá a leitura, mesmo o texto permanecendo inalterado. Sendo assim, podemos afirmar que uma lei nunca existe sozinha. Sempre há uma que antecede e uma que sucede, outras que fazem referência apoiam ou são apoiadas por. A análise da política de expansão e interiorização do ensino de medicina cobra o exame de todo o corpo de textos da política de ensino superior, de saúde, seus dispositivos infralegais, e desdobramentos institucionais. Desde a constituição em 1988 a lei do Mais Médicos em 2013, são 25 anos em que as iniciativas de enfrentar a falta e má distribuição de médicos no Brasil, tangenciaram a questão central do papel do estado na regulação da formação da força de trabalho em saúde. Neste período, as mudanças ocorridas nas políticas de educação favoreceram a mudança, à medida que objetivavam, inicialmente, a ampliação do acesso ao ensino superior e, posteriormente, incluíram a dimensão setorial a esta ampliação. As disposições específicas de ampliação e democratização do acesso à formação, regulação da abertura de cursos, avaliação institucional específica e disciplinamento da formação especializada estão amparadas na legislação e nas medidas anteriores. Estas disposições estão presentes em um conjunto de leis, decretos, portarias das políticas setoriais de saúde e de educação que, ao fim de um custoso processo de construção democrática institucional, passaram a dialogar e se apoiarem mutuamente, ampliando a potência de seus efeitos.

Diante disso, podemos afirmar que as tentativas anteriores de incidir sobre o problema ajudaram a delimitar melhor o problema, identificando os interesses envolvidos, os atores políticos, as relações de poder e, sobretudo, a importância do papel do estado. A boa caracterização social, histórica, e política do problema permitiu a elaboração de um plano também maduro, complexo, com vários dispositivos interconectados e coerentes entre si. As estratégias escolhidas parecem dar conta da complexidade do problema e constroem um denso emaranhado político que dá sustentabilidade à ação. Todo esse conjunto vetorial indica características de uma política de estado.

Os planos institucionais da UFPE denotam uma cultura recente de planejamento em uma instituição milenar. Os planos institucionais contam com pouca participação e leitura por parte da comunidade acadêmica. Enquanto instrumento normativo, traduzem parcialmente as metas previstas nas políticas envolvidas, incorporando a expansão e a interiorização como metas institucionais. Mas não fazem referência ao papel da universidade, como parte do estado, no complexo regulatório das profissões. Das proposições da política de formação não há referências às políticas para a formação especializada/residência médica nos PEI, PDI, ou PAI. Os planos institucionais da UFPE não mencionam o componente de provimento do PMM. As diretrizes curriculares constituem outro pilar do corpo da política. Produzidas pelos conselhos nacionais de educação e saúde, com a contribuição de representantes da corporação médica, das escolas médicas, e dos gestores da política nacional possuem outra legitimidade que as leis apresentadas pelo governo e aprovadas pelo congresso nacional. Constituem-se como um documento complexo, que responde às transformações em curso no plano da educação e ao consenso no subsistema da educação de médicos (Educação Médica), por isso, dialogam com o cotidiano das escolas orientando os projetos pedagógicos e as avaliações institucionais. Estão ancoradas nas medidas de ampliação de acesso, qualificando-as emprestando sentido ao desenvolvimento regional como enfrentamento das desigualdades sociais produzidas pela falta de médicos e pela presença destes.

5.2.9 O que não foi previsto.

Ao examinar o documento “A democratização e expansão da educação superior no país 2003 – 2014”, destacamos a seção que trata da Gestão dos recursos humanos e de infraestrutura, dentro do capítulo da expansão universitária, parte II do documento, dedicada às políticas, programas e ações. Esta foi a única referência encontrada, em todos os documentos examinados, que dispõe sobre medidas de reorganização administrativa das universidades para atender às mudanças previstas nas leis e no conjunto da política. As medidas são apresentadas como reestruturação dos recursos humanos e infraestrutura. Os resultados apresentados são as novas leis que regulamentam as carreiras de magistério e

técnicos do ensino superior, além do incremento das duas categorias. O documento apresenta também o número de obras realizadas nas IFES no período (1984 obras).

A análise integral do documento mostra como o MEC respondeu às tensões específicas do campo da educação, às demandas do plano de governo e às demandas setoriais de forma isolada. A reestruturação da carreira foi resultado das negociações salariais entre o governo e as categorias docentes e de técnicos. A expansão e as políticas de inclusão, acesso e permanência respondem ao plano de governo e às metas do PNE. Mas quanto à reorganização administrativa, o documento apenas cita o número de obras realizadas. Uma quantificação genérica e imprecisa quanto a sua relação com o plano de expansão. Os problemas críticos da gestão universitária que remetem a sua herança centenária e que permanecem como mecanismos de perpetuação de privilégios, acentuação de desigualdades e impedimento do cumprimento da própria meta de expansão e democratização. Estes problemas aparecem fortemente nas entrevistas e grupos focais da pesquisa e serão melhor discutidos no próximo capítulo. Estão divididos em gestão de pessoas, recursos humanos ou da força de trabalho; o sistema de gestão administrativa e financeira que implica nos processos de compras e contratações; o sistema de gestão acadêmica; e de avaliação institucional.

“a gente se reunia lá no TCU, em Brasília. Eu participei de uns três pelo menos. E a gente levava, quais são as demandas de vocês? Quais são os problemas? Por exemplo a lei 8666. Veja essa lei ela é completamente atrasada e nociva para o país todo mundo sabe disso mas ela se mantém.”

“Quanto a carreira docente, já é tempo de fazer uma nova. Você imagina o professor, hoje vai entrar na sala tem que ser 40 horas e dedicação exclusiva tem que ter flexibilidade dizer que ela quer ter um percentual de professores por exemplo a medicina, medicina não vai botar um professor de dedicação exclusiva”. (E04)

“O REUNI, ele não conseguiu dar o salto nas estruturas gerenciais e administrativas da Universidade elas não conseguiram se reinventar né na na proporção na medida da necessidade” (E05)

A análise do corpo da política mostrou que, com o amadurecimento da problemática da falta e má distribuição de médicos, o estado brasileiro enfrentou interesses corporativos da categoria médica, mas não ousou discutir a autonomia universitária. Ampliou o acesso ao ensino superior, mas manteve as universidades sob um regime administrativo que impõe processos seletivos incompatíveis com as necessidades de professores médicos, em especial no interior. Parece óbvio afirmar que as universidades não são instituições especializadas em processos de compras como um ministério, secretaria ou departamento que construa estradas ou compre medicamentos. Mas seguem os mesmos ditames do processo de compras do regime geral da união. Continuam com os orçamentos dependentes do MEC, e dos ministérios da área econômica, suscetíveis a contingenciamentos e cortes. Com estas imposições a UFPE utiliza um sistema de gestão acadêmica, por onde passam todos os processos de ensino de mais de 20 anos, sem atualizações e que não admite cursos com que atendam as flexibilizações curriculares propostas pelos documentos de referência nacional. Todos estes problemas têm rebatimentos nos indicadores de avaliação institucional que estão orientados para induzirem a instituição à mudança, mas não dão conta dos processos pedagógicos nem administrativos. Para a nossa análise essa é a grande ausência da política.

Alguns professores afirmaram sentir falta de políticas específicas para a pesquisa no interior. Não identificamos nos documentos da política nenhuma medida específica para o fomento da pesquisa no interior. No capítulo seguinte analisamos como a ausência de medidas específicas para fomento à pesquisa interfere nos processos de gestão e avaliação institucional.

“Veja, nós temos 5 pós-graduações no centro de ciências médicas da UFPE. E eles não conseguem se articular para ter uma política de formação para os professores da UFPE campus Recife. Imaginar isso para o campus do agreste é inimaginável. Quando eles teriam essa responsabilidade, no sentido de formar os colegas. E não fazem porque não estão dispostos a romper paradigmas. Não estão dispostos a romper com a ordem estabelecida. Com o status quo estabelecido.” (E02)

“Veja, nós temos 5 pós-graduações no centro de ciências médicas da UFPE. E eles não conseguem se articular para ter uma política de formação para os professores da UFPE campus Recife. Imaginar isso para o campus do agreste é inimaginável. Quando eles teriam essa responsabilidade, no

sentido de formar os colegas. E não fazem porque não estão dispostos a romper paradigmas. Não estão dispostos a romper com a ordem estabelecida. Com o status quo estabelecido.” (GF01)

5.3 CONTEXTO DA PRÁTICA E ANÁLISE DO PROCESSO

Na estrutura de análise proposta por Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) a partir da produção de Walt e Gilson, o processo de construção da política confunde-se com a tomada de decisão. Este processo inicia-se na construção do problema, passa pela formulação da política, sua implementação e avaliação. Para os autores, a elaboração do problema e a avaliação competem a análise de conteúdo ou do texto da política. A formulação e implantação da política caberiam à análise de processo, propriamente dita. Nestas etapas, uma atenção especial deve ser dada aos atores e ao modo de tomada de decisões. Os atores são os atores políticos presentes na arena de elaboração do problema, na formulação e na implementação da política. Os modos de tomada de decisão podem ser considerados como bottom-up e top down, ou ascendentes e descendentes, respectivamente. Esta análise ou classificação deriva da compreensão da política e de sua relação com a concepção de estado, se elitista ou pluralista. Quanto aos resultados, as políticas podem ser classificadas como: distributivas, redistributivas, de auto-regulação, ou regulatórias (WALT, 1994). Araújo Jr. e Maciel Filho, incorporam a concepção do chileno Carlos Matus a estrutura de análise de política proposta, admitindo que os recursos para a política serão sempre limitados. Em Matus (1996), apontam as estratégias para o enfrentamento à falta de recursos políticos: a) cooperação com outros atores; b) cooptação de outros atores; e c) conflito com outros atores. Estas estratégias devem seguir um cálculo que leva em conta a legitimidade do governo, a força da oposição, a popularidade ou impopularidade da política, o tempo de governo e da política, que interesses a política afeta e como a elite política reage a política.

Ball (1994), em uma abordagem pós-estruturalista, propõe a análise dos ciclos da política como contínuos e interponíveis. O contexto da prática é onde a política está sujeita à interpretação e recriação e onde produz efeitos e consequências que podem representar mudanças e transformações significativas na política original. Os atores que vão executar a política passam a ter mais relevância nesta abordagem, assim como as relações e as formas de exercício de poder. Bowe

& Ball (1992) utilizam o conceito de Roland Barthes de estilos de textos (writely e readerly) para dizer como a política é escrita e relida por cada ator e coletivo, que dá novo sentido a sua leitura.

“...os profissionais que atuam no contexto da prática [escolas, por exemplo] não enfrentam os textos políticos como leitores ingênuos, eles vêm com suas histórias, experiências, valores e propósitos (...). Políticas serão interpretadas diferentemente uma vez que histórias, experiências, valores, propósitos e interesses são diversos. A questão é que os autores dos textos políticos não podem controlar os significados de seus textos. Partes podem ser rejeitadas, selecionadas, ignoradas, deliberadamente mal entendidas, réplicas podem ser superficiais etc. Além disso, interpretação é uma questão de disputa. Interpretações diferentes serão contestadas, uma vez que se relacionam com interesses diversos, uma ou outra interpretação predominará, embora desvios ou interpretações minoritárias possam ser importantes”. (MAINARDES, 2006 apud BOWE et al., 1992, p. 22)

Bowe e Ball, consideram que o contexto da prática é intimamente ligado aos contextos de influência e da produção textual. A ligação deste último com o contexto da prática se dá, justamente, na ressignificação do texto e nas elaborações e usos dos discursos que emanam no cotidiano das instituições. Iniciamos, portanto, a análise do contexto de práticas ou do processo da política a partir do que consideramos um texto de transição entre o corpo da política e o cotidiano das práticas pedagógicas do curso e sua relação com o sistema de saúde. Estamos propondo com isso que o Projeto Pedagógico do Curso seja considerado como parte do conjunto de textos que compõem a política de educação, no caso em análise a política de expansão e interiorização do ensino superior de medicina. O processo de construção deste texto político-pedagógico oferece elementos para analisar como a política foi percebida pelos professores, as resistências, e as novas propostas incorporadas ao currículo do curso. A partir daí nos debruçamos sobre a própria organização curricular, o lugar da metodologia, as práticas em serviço e os espaços de aprendizagem. A relação da escola com o SUS acompanha todo o processo de elaboração do PPC e de construção curricular do curso, propomos analisá-la como uma característica prevista na política e que recebe novas concepções e novos arranjos. Por fim, voltamos o olhar sobre a gestão universitária e pedagógica do curso para analisar as dificuldades encontradas, os desafios apontados e as soluções experimentadas.

5.3.1 A construção do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina de Caruaru.

O primeiro PPC do curso de medicina foi elaborado em 2010 para dar início ao processo de autorização junto ao MEC. O projeto contou com a colaboração do prof. Fernando Menezes, recém-incorporado à instituição após uma trajetória de relevância nacional na agenda de recursos humanos para a saúde. Cirurgião formado em Recife, e com pós-graduação na Europa, coordenou a implantação do curso de medicina da Universidade Federal de Roraima, no primeiro ciclo de expansão dos cursos de medicina, para a região norte, ainda no governo Fernando Henrique Cardoso. O projeto inicial é genérico e foca na mudança da estrutura curricular e metodológica do curso. É importante destacar que o projeto pedagógico é apresentado pelo curso de medicina de Recife, mas sem a discussão ou o apoio de seu colegiado. Discutimos isso como o contexto institucional da UFPE no capítulo de análise do contexto de influência. A contribuição do prof. Fernando, apoiada pelo coordenador do curso de medicina da capital, prof. Oscar Coutinho, se dá pelo alinhamento político com a gestão da universidade e com o governo federal. Em 2012, o prof. Fernando Menezes assume a secretaria adjunta de gestão do trabalho e da educação do Ministério da Saúde, passando a ser um ator chave no processo de formulação da política nacional.

A coordenação do processo de implantação do curso de medicina de Caruaru segue sob a responsabilidade da coordenação do curso de medicina de Recife, ainda sem apoio de seu colegiado e sem debate com a comunidade acadêmica. Apenas em 2013 é atribuída uma coordenação específica a um professor da área de saúde coletiva/medicina de família e comunidade, mestre e com experiência de ensino em comunidade e em gestão do sistema de saúde. Neste momento, restava pendente a atribuição do perfil das primeiras vagas para o concurso de professores. Em consonância com o PPC vigente o perfil das vagas encontrava-se sob contestação da procuradora da universidade sob o argumento de ser genérico demais. O perfil previa a contratação de 16 professores para o primeiro ano do curso. 8 médicos e 8 professores de qualquer área da saúde ou áreas correlatas. Para manter o princípio da interdisciplinaridade, e amparado na análise dos processos de implantação de cursos no interior, anteriores a esta, definiu-se o perfil

de 8 médicos de família e comunidade e 8 médicos com especialidades focais nas grandes áreas gerais de medicina: clínica médica, cirurgia, ginecologia e obstetrícia, pediatria, e na saúde coletiva. Priorizou-se, assim, um corpo docente com formação médica, antecipando a dificuldade de contratação para desta categoria, atestada por outras instituições do interior. Se não houvesse médicos para o início do curso, o curso não iniciaria. Ao contrário de outras instituições que iniciaram o curso com profissionais de outras áreas, e que sofreram graves crises com a falta de médicos no corpo docente. Uma vez concluído o curso instalado na cidade, a resistência da categoria médica tende a aumentar, funcionando como um fator limitador adicional a dificuldade de contratação de médicos para a carreira docente.

“os médicos de família que participaram desse primeiro grupo e que a gente naquele momento conseguia ter esse olhar porque a gente participar das políticas né a gente tava dentro do Mais Médicos a gente tava dentro de todos esses espaços” (E01)

“E aí a história de que tudo que a gente sonhou para o curso médico no movimento estudantil tinha possibilidade que a gente dizer que os entraves da Universidade não possibilitavam a gente colocar em prática né de fazer um ensino médico diferente de fazer o ensino médio voltaram para o SUS para as necessidades de saúde da população” (GF02)

“Não era uma réplica do curso de medicina, era um curso inovador. Ele mudava, ele incorporava as novas diretrizes, ele trazia uma formação por ciclo, metodologias ativas, todo esse conjunto esbarra no pensamento médico tradicional. Em diversas vertentes, o mais médicos fez explodir isso. Mas, acho que o grupo de professores que se enuclearam em torno da proposta do curso de caruaru, eu particularmente considero um sucesso.” (E02)

“medicina nasce diferente pela impulsão que é dada né pela pelas lideranças jovens aí você certamente tem um papel estratégico né E pensar um outro modelo mas que provavelmente já vinha acontecendo com o SUS” (E05)

Esta definição também permitiu acolher professores e professoras que já possuíam uma trajetória de militância e formação em educação médica. Dos 16

primeiros professores, 10 participaram do movimento estudantil nas décadas de 1990 e 2000, quando a pauta principal foi a transformação do ensino médico e as políticas de educação na saúde, respectivamente. Ou seja, 62,5% do corpo docente tinha relação anterior com as iniciativas nacionais e locais de mudança na graduação em medicina. A proporção de médicos de família no primeiro concurso, de 50% do corpo docente, inédita nos outros cursos novos, demonstrava coerência com as diretrizes curriculares e potência de transformação. Dos 8 médicos de família, 6 foram egressos de programas de residência criados na capital, por políticas anteriormente discutidas, com forte protagonismo dos próprios residentes, e com inovação curricular que incluía a formação docente.

“é porque a gente é militante Cariri a gente vem de um grupo político que se formou é desde a década de 90[...] participou do movimento estudantil de Medicina na década de 90 e que isso se perpetuou nesse grupo de fundadores dos 14 que eu falei aqui entendeu (eu, Izaias, Rafa, você de certa forma, Gustavo, Viviane, Cláudia), entendeu? então tava dentro da nossa experiência... que começaram a tensionar as políticas públicas do Brasil para que as políticas até educacionais. Por exemplo, a CINAEM aconteceu na década de 90, foi um movimento importante, a gente sabe que aquelas DCNs de 2001 elas já foram extremamente revolucionárias para o nível de, porque hoje a gente vendo o movimento médico que é completamente bolsonarista, a gente vê o quanto que as DCN de 2001 e as DCN de 2014 elas são completamente revolucionárias em termos do que é o que é estrutura médica do Brasil hoje” (E01)

Uma vez constituído o primeiro grupo de professores teve início a formação docente para o curso. Foi construída uma estratégia de formação em metodologias ativas com base no PPC. Os professores e técnicos, também recém-concursados, tinham encontros semanais que começaram a desenhar a semana padrão do primeiro ano, e experimentar o método do Aprendizado Baseado em Problemas, estudando o PPC. Ao todo foram 4 meses e mais de 120 horas de formação, que também inauguram os encontros de educação permanente. Estes encontros semanais integram a estratégia de aprendizagem em grupos, mediada por tutorias. Começaram a acontecer antes mesmo do curso ter alunos e persistem até hoje como espaço de integração entre os grupos tutoriais, e gestão pedagógica do curso.

Esta estratégia de formação de professores é coerente com o que afirma Ball (1993). De acordo com o autor, os professores exercem um papel ativo no processo

de leitura, interpretação e reescrita da política. A política se apresenta como texto e também como discurso. E na compreensão do discurso, é necessário admitir o papel ativo de quem a política é endereçada, e que vai executá-la. Também é, ou passar a ser discurso de quem faz a política seus novos sentidos, e prática. Isso acontece independente do plano de implementação, mas quando este plano considera esses elementos e incorpora às práticas de gestão pedagógica e administrativa da instituição, as políticas podem ganhar em efetividade e sustentabilidade.

Em 2014, no ano em que inicia suas atividades, o curso de medicina começa a trabalhar uma nova versão do PPC, já baseado nas recém-publicadas Diretrizes Curriculares Nacionais. Sob a coordenação da prof. Carolina Paz, que viria a se tornar coordenadora do curso em 2018, reformula o PPC original adequando-o a exigências institucionais, às novas DCNs e incorporando a ressignificação dos professores durante o processo formativo. A concepção pedagógica original é mantida, o que pode ser compreendido como a superação de uma grande dificuldade inicial, tendo em vista que todos os professores haviam sido formados em um sistema de educação tradicional, e não possuíam experiência com metodologias ativas. Os princípios de aprendizagem ativa, centrada no aluno e orientada por competências, são detalhados e complementados pelo diagnóstico socioeconômico e epidemiológico da região. A relação com o SUS assume a condição de um dos pilares de sustentação do projeto pedagógico.

“as DCN eles elas se tornaram muito mais importantes naquele momento de julho de 2014 entendeu? para a gente poder defender o modelo que a gente já veio para o curso querendo fazer então eu agradeço muito a Vinícius e todas as outras pessoas que participaram da elaboração das dcn que foram altamente criticadas né porque a gente sabe que a abem colocou de forte contra as dcn, a gente sabe que a denem colocou também muita força contra mas de toda forma eu acho que é uma vitória muito grande. Diante de tudo que a gente passou politicamente no Brasil, né?” (E01)

Em 2022, após o processo de reconhecimento do curso e tendo formado 3 turmas, o curso de medicina aprova seu terceiro PPC, demonstrando coerência com o princípio de permanente atualização curricular. Este terceiro documento analisado, oficializa as contribuições que foram construídas nos anos anteriores já aprovadas em resoluções do colegiado, e mantém os mesmos princípios pedagógicos. Além da

consolidação da concepção pedagógica com o detalhamento das atividades acadêmicas, atualização e aprofundamento da análise socioeconômica, epidemiológica e caracterização da rede assistencial, o terceiro PPC apresenta resultados das iniciativas institucionais, reflexos das políticas em análise. São reportadas ações realizadas em conjunto com a secretaria municipal de saúde, os programas de residência médica e as iniciativas de qualificação docente e pós-graduação. O terceiro componente mostra o amadurecimento do ambiente político interno do curso e a legitimação do PPC como o documento vivo no cotidiano da escola, e não um texto morto escrito em resposta a exigências burocráticas. Este componente assemelha-se a um conteúdo estatutário e regimental, traduz a acomodação das forças internas que disputam o projeto pedagógico do curso na reescrita do PPC. São detalhados os processos de decisão e de gestão pedagógicos, as atribuições e composições dos órgãos colegiados. Também são detalhados e melhor fundamentados os espaços pedagógicos para além das tutorias. O módulo longitudinal de Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade – PIESC, os laboratórios Morfofuncional e de Sensibilidades, Habilidades e Expressão, têm suas fundamentações, justificativas e funcionamento definidos. Conteúdos relativos à Educação para as Relações Étnico-Raciais, Educação Ambiental e Educação em Direitos Humanos são integrados aos módulos do curso. As ações de educação à distância são apresentadas no corpo teórico que sustenta o modelo de ensino, caracterizando o curso com integralmente híbrido, o único da UFPE.

5.3.2 Construção do corpo docente

Compreendemos a construção do corpo docente como o processo de definição do perfil de professores, o concurso público, o acolhimento dos professores na instituição, as formações oferecidas pela universidade, e a educação permanente atrelada ao projeto pedagógico do curso. Também é preciso considerar, secundariamente, a carreira do magistério superior e os mecanismos de progressão institucional. Este processo teve início com a contratação dos primeiros professores, e continuou como política institucional prevista no PPC. Durante a formação inicial oferecida ao primeiro grupo de professores teve início a agenda de articulação com

a gestão da secretaria municipal de saúde, que será melhor analisada em sessão posterior. Os primeiros encontros com a secretaria de saúde foram para solicitar o perfil epidemiológico do município e região, apresentar o projeto pedagógico do curso, o corpo docente recém-contratado, e discutir estratégias para suprir a demanda local de médicos. Neste momento o perfil dos professores contratados foi elemento importante da pactuação. Caruaru possuía 42 equipes de saúde da família, e um plano de expansão da cobertura aprovado pela conferência municipal de saúde e compromisso de campanha do prefeito eleito. Porém, 20 destas equipes encontravam-se sem médicos. Todos os professores médicos de família contratados não moravam no município. 4 dos 6 mudaram-se para Caruaru e foram imediatamente contratados pela secretaria na atenção básica do município.

Durante todo o período de construção do corpo docente a coordenação do curso precisou lidar com um tênue equilíbrio entre as motivações pessoais e profissionais dos professores médicos, a grande defasagem salarial do magistério superior e as possibilidades de rendimentos em outros vínculos públicos e, sobretudo, privados. Esta não é uma variável facilmente governável pela coordenação do curso, ou por outras instâncias universitárias. Mas precisa ser levada em conta no planejamento da implementação. Neste contexto de baixa governabilidade, a aliança com o SUS é a única alternativa. Assim, ao examinar o perfil epidemiológico da cidade e da região, a agenda de educação permanente do município passou a ser compartilhada. O perfil dos professores dos próximos concursos passou a ser definido com a secretaria de saúde, a partir das necessidades de médicos por especialidades. Os médicos contratados pela secretaria de saúde foram rapidamente incorporados na gestão municipal e passaram a construir, com a secretaria e a universidade, várias políticas e ações no município. É fundamental destacar que em agosto de 2013, chegaram ao Brasil os primeiros médicos do programa. A UFPE, em especial o curso de medicina de Caruaru, tem um papel reconhecido nacionalmente na viabilidade do programa tendo participado da elaboração do curso de formação para os profissionais cubanos, da própria formação ainda em Cuba, do acolhimento aos profissionais no estado e na supervisão de mais de 300 profissionais, lotados em mais de 70 municípios de 3 macrorregiões de saúde do estado. A chegada dos médicos cubanos supriu integralmente as necessidades de médicos para atenção básica no município, fazendo com que a secretaria retomasse o plano de expansão da atenção

básica que havia sido revisto face a falta de médicos. A chegada dos médicos estrangeiros redimensionou a pauta de educação permanente no município, ação que foi conduzida pelos professores que atuavam na gestão.

Haddad, Roschke e Davini (1994), propõem a compreensão da formação de profissionais de saúde como um processo contínuo, integrado às ações de gestão e construído a partir do cotidiano. Portanto é difícil precisar quando tem início a educação permanente dos trabalhadores em saúde. As iniciativas de educação continuada consideram este processo como o de continuidade ou complementação à formação profissional. Já o conceito de Educação Permanente entende que essa continuidade se dá desde a graduação, ou até mesmo antes disso, inclui a graduação, as especializações e formações complementares. Todas as etapas devem, segundo este conceito, ser construídas a partir da reflexão crítica da realidade, e na realidade. Pensando a formação docente sob essa ótica, podemos entender que a educação permanente de professores tem início com a sua formação profissional, tem continuidade com a sua formação especializada, pós-graduada e de pesquisa, mas precisa considerar o processo seletivo um processo pedagógico e, após a contratação deve ser contínua, permanente, e construída a partir do cotidiano docente.

A seleção de professores em uma universidade federal é um processo lento, caro, com várias etapas, e regras específicas respaldadas na constituição federal e em leis específicas. A constituição define os princípios da função pública aos quais os concursos devem atender: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. O fato do professor de universidade federal ser servidor público submete todo o seu exercício profissional às leis federais e às contestações judiciais que levam às instituições a elaborarem processos que sigam mais as leis, e se protejam de eventuais contestações que sirvam ao propósito de selecionar os melhores candidatos. Os processos seletivos são acompanhados pela Procuradoria Geral da República que, em caráter consultivo, influencia determinantemente as decisões institucionais. Além do princípio da impessoalidade, a universidade deve atentar aos princípios de igualdade, razoabilidade, motivação e vinculação ao edital. Qualquer deslize pode inviabilizar o processo e desfalcado o corpo docente. Este complexo processo é conduzido pelos departamentos e cursos, que não têm formações administrativas específicas, orientados e fiscalizados pela administração central. Tudo isso faz com que um concurso público leve em média seis meses para se

concretizar, se não for questionado administrativa ou juridicamente. Neste caso, pode levar mais de um ano até que o professor assuma, de fato, suas funções. Em resposta a tudo isso, e às frequentes contestações judiciais, a UFPE possui uma resolução própria de concursos que determina a seleção com prova escrita, prova prática e prova de títulos. A prova escrita mede apenas conhecimentos, a prova prática a habilidade em proferir aula expositiva. A prova de títulos é orientada a selecionar professores com currículo que ajude a universidade a contemplar os indicadores de avaliação institucional. Apesar da introdução recente de indicadores institucionais de acesso e permanência, o peso da avaliação institucional das universidades, estabelecidos por instituições públicas e privadas, nacionais e internacionais, é da produção científica. Portanto a prova de títulos reconhece e valoriza sobretudo a formação acadêmica e produção científica, desvalorizando a experiência profissional e docente.

“... pela estrutura do que é o tipo de concurso público a gente não pode ver as competências dele né que habilidades atitudes e tal então é isso. Tudo vai ser teórico tudo que você cognitivo a aula expositiva e principalmente dos e das habilidades” (E01)

Apesar de estar presente nas diretrizes do REUNI, e traduzida nos planos institucionais da UFPE e nas DCN, a inovação pedagógica não é contemplada nos concursos. A única medida possível foi a inclusão de pontos para a prova teórica que incluíam as mudanças no ensino médico e as diretrizes curriculares nacionais.

“De toda forma eu acho que fica interessante a gente sempre garantindo os pontos do concurso tem dois pontos que estão inabaláveis. Que enquanto eu puder interferir nisso, eu vou interferir, que é o ponto sobre as DCN, então primeiro ponto é diretrizes curriculares nacionais e o curso medicina, e segundo ponto é sobre o SUS o SUS e a formação médica” (E01)

“quando teve o concurso que eu vi onde era qual era a proposta do curso e para, coisa do destino, caiu justamente a questão sobre metodologia ativa. Não sei se vocês lembram, sobre novos métodos, uma coisa assim. Muito louco, ele é de 10 pontos o único ponto que têm em comum a todos” (GF01)

O primeiro concurso foi realizado em uma brecha entre a promulgação da lei do magistério superior (12.772/2012) e a resolução interna de concursos. O perfil requisitado para médicos foi de auxiliar, ou seja, sem pós-graduação. Desde o primeiro concurso algumas áreas encontraram grande dificuldade para preencher as vagas ofertadas. Para pediatria foram necessários 4 concursos. Uma vez aprovada a resolução da UFPE a orientação institucional para a realização de concursos foi: titulação mínima de doutorado, preferencialmente em dedicação exclusiva. Caso não houvesse inscritos, seria necessária outra convocação para doutores e só em seguida poder-se-ia abrir a seleção para mestres. Se esta fosse nula, o concurso se encerrava. Qualquer variação destes critérios deveria ser submetida aos conselhos superiores de ensino e pesquisa e ao conselho universitário. Com isso os concursos passaram a ter em média um ano de duração e impediam o cumprimento das metas de contratação de professores para o cronograma de implantação do curso. Este seria um mecanismo de fomento a montante, em referência ao conceito geográfico sobre a direção de um rio. Considera-se a montante tudo o que está em direção a nascente do rio, em relação a algum ponto de seu trajeto. A jusante estaria qualquer coisa em direção a foz, a partir de um certo ponto. Uma barragem ou uma represa, por exemplo, contém a água do rio a montante de sua construção. Um critério de fomento a montante represa uma função institucional para criar uma força de reserva e uma maior pressão sobre a própria função. Com isso acredita-se gerar mais força para a função e melhorar os resultados institucionais. A situação analisada mostra os limites destes mecanismos, onde a represa pode fazer a jusante secar. Não há doutores em várias áreas da medicina, em várias regiões do país. Esta é uma premissa que justifica inclusive, a abertura de universidades nestas regiões. Como pode ser esse um critério de exclusão? Outra característica do critério de fomento a montante é que ele desconsidera as demais medidas para o atendimento da finalidade do fomento. No caso, a exigência de formação inicial mínima de doutorado não está vinculada a nenhuma iniciativa estruturante da pós-graduação no campus, centro ou curso. A iniciativa de propor uma pós-graduação e seu desenvolvimento/aprimoramento depende exclusivamente dos professores, e nada impede que depois de efetivado em sua função o docente não se envolva em atividades de pesquisa ou na pós-graduação. Este é um fenômeno muito frequente na medicina onde o aparelho de formação pós-graduada, entenda-se residência (lato sensu), mestrado e doutorado (stricto sensu), configura-se como o mecanismo

de qualificação técnica e diferenciação no mercado privado. Não necessariamente como formação de pesquisadores.

Após intensas discussões nos conselhos superiores e vários concursos vazios, sem candidatos, o curso consegue autorização para a realização de concursos para auxiliares. Tem início o segundo ciclo da conformação do corpo docente. No colegiado é apresentado um perfil de professores com base nas necessidades de especialistas médicos da região. O corpo docente reivindica professores das áreas básicas como anatomia, bioquímica, e fisiologia. Uma inversão da agenda e uma possibilidade de consenso. Este segundo ciclo já se deu com o curso em atividade, e dado o atraso na realização dos concursos os professores precisaram ser admitidos e rapidamente incorporados às práticas. Coube a coordenação, o acolhimento dos professores com a apresentação do projeto pedagógico e a metodologia dos cursos. Foi oferecida uma capacitação prática sobre o método e a oportunidade de acompanhar os grupos tutoriais. Deste acolhimento destaca-se o processo de identificação de expectativas dos professores, elementos que foram relevantes no planejamento institucional do curso. Este processo também é uma estratégia de construção do coletivo de professores, de uma unidade administrativa e política. É diferente da lotação tradicional do professor em disciplinas como assistentes ou auxiliares de ensino, recebendo parte da carga horária e uma ementa pronta, ou mesmo a disciplina inteira como coordenadores mas sem noção do projeto geral do curso ou do contexto do departamento, centro, e universidade.

“foram nessas reuniões que a gente teve a oportunidade de discutir um pouquinho o projeto pedagógico do curso né Carol passou para gente então acho que todo professor que chega ela passa né o PPC do curso e aí a partir da leitura do PPC é que eu consegui compreender melhor né porque eu tinha muito uma visão de cursos tradicionais de medicina não é muito mais desse modelo convencional que a gente vê focado no hospital focado em especialidades E aí aqui no curso não é totalmente diferente né é um curso totalmente focado no SUS no atendimento básico na atenção primária e assim eu mudei muito muito mesmo a minha visão da Medicina dessa questão da integralidade” (GF01)

“E aí uma coisa que me impactou muito quando eu vim para Caruaru é justamente isso Assim como o sentido de pertencimento e o sentido de

compromisso com o curso os alunos com os colegas ele é diferente pelo menos aonde eu estava” (GF01)

Desde a primeira capacitação até os dias atuais, os professores do curso reúnem-se em espaços pedagógicos que são concebidos como parte integrante do processo de ensino aprendizagem do curso, os encontros de Educação Permanente ou simplesmente EP. Sob a premissa de que o aprendizado é ativo, centrado no estudante, e coletivo, colaborativo e crítico, e de que o professor é um facilitador do aprendizado, torna-se necessário um momento de encontro destes professores para se apoiarem mutuamente no processo de facilitação dos grupos, para o acompanhamento e integração dos grupos tutoriais, para administrar situações críticas, e para construir, junto com a coordenação e com o SEAP, um plano de formação para os professores. Discutiremos a EP nas seções seguintes como parte da estratégia de gestão pedagógica e política do curso. Enquanto parte do processo de formação do corpo docente é importante deixar destacado, a partir da análise de documentos institucionais e dos grupos focais, é que a educação permanente foi um conceito que orientou as ações desde a construção do processo seletivo, no processo de acolhimento do professor na instituição. Permeou o acolhimento dos professores, e seguiu como prática cotidiana do curso. É reconhecida pelos professores como uma fortaleza, e indispensável para a execução do projeto pedagógico. Por isso, é contabilizada como parte da carga horária obrigatória dos professores em sala de aula. O sistema de avaliação dos estudantes e do curso, assim como o planejamento pedagógico acontecem nas EPS, a construção dos casos, a avaliação processual, e atitudinal dos estudantes, e a avaliação de mérito.

“as EPs continuam sendo o grande ponto de vivência do professor na docência enquanto ser coletivo e não enquanto ser individual” (E01)

“eu acho que é a EP reforça isso porque se a gente fizesse só as tutorias de cada um por si, e fosse embora, e não se visse depois disso né? Esses temas não iam surgir eu acho que a gente se tornou tutores melhores no decorrer desses anos todos” (GF02)

“a EP possibilita a construção coletiva desses módulos. E aí, eu acho que o módulo é que um dos que mais representa isso que é a construção coletiva é o de saúde da mulher e do homem, porque, no mínimo, 20 docentes tem entradas. Se a gente pegar em termos de aula expositiva, laboratórios, são pessoas de fora inclusive do módulo, né? Então a gente constrói o módulo na EP e ainda tem olhares diversos dentro desse módulo.” (GF02)

“eu vejo a EP como o local também de inovação né a gente tem fortalecido eu acho que a gente tem melhorado o curso aos pouquinhos que é uma coisa quem vai mudando aos pouquinhos” (GF03)

“a esse fortalecimento tanto pro curso como individual né a gente aprenda a tomar decisões rápidas a gente aprende a se emocionar a ser racional né a gente aprende muito com aluno eu acho que a EP é uma inovação eu acho que interessante” (GF03)

Concluído o segundo ciclo de contratação de professores, o curso organizou uma especialização lato-sensu oferecida pelos próprios professores do curso como estratégia de consolidação da formação inicial. O projeto do curso de especialização foi orientado pelo aprendizado mútuo e compartilhado. Seus objetivos foram construídos a partir do cotidiano das EPS e das dificuldades identificadas. Levou mais de um ano para ser aprovado pela Pró-reitoria de Pesquisa, que só entendia cursos de especialização no formato professor-sala-aluno, disciplina-ementa-prova, e a imperiosidade da defesa de um trabalho de conclusão de curso. Apesar da oferta e do planejamento das atividades da especialização para se adequarem ao cotidiano do curso, nem todos os professores cursaram.

“no curso de especialização que a gente resgatou esses documentos para um dos módulos que é uma semana dedicada ao estudo dessas políticas. E aí que começou a fazer mais sentido, quando, por causa da especialização, a gente foi obrigado assim a retornar o documento e estudar novamente dentro do contexto daí começou a fazer mais sentido” (GF01)

“a prova de especialização que foi promovida pelo NCV pelo menos serviu para capacitação dos professores como para trabalhar com metodologias ativas em saúde ajudou também entender melhor a política de interiorização política dos mais médicos” (GF01)

“Tanto com os estudantes quanto com os professores essa experiência da especialização ela foi importante para nós professores nos situarmos dentro do curso e percebermos mais nossa pertença ao próprio curso.” (GF01)

Após reformulação recente da estratégia de reconhecimento do esforço docente, os espaços de Educação Permanente passaram a ser chamados de Espaços de Integração Pedagógica Interdisciplinar – EIPI. O debate sobre este espaço por ocasião da necessidade de atualização da resolução anterior de 1988, possibilitou o acolhimento da proposição de que o espaço integra o processo de ensino aprendido previsto no PPC.

“Esse espaço de integração pedagógica interdisciplinar é uma potência grande por isso que a gente abriu essa discussão no conselho quando estava a pró reitora de graduação a pró reitora de gestão de pessoas chefe de gabinete do reitor o conselho aqui do campus, a gente puxou a especificidade do curso de medicina e do próprio núcleo de ciências da vida e discutiu também que essa resolução deve contemplar essas especificidades e a gente destacou o papel deles o papel que cumpre a EP, dentro do curso. Eu acho que foi muito legal. Foi bom provocar essa discussão naquele ambiente houve algumas interações que foram importantes para a gente também perceber como é que as pessoas reagem em relação a essa especificidade que é muito própria do curso” (GF01)

Outras formações oferecidas no contexto da implantação das DCNs e da política nacional de educação em saúde. Vários professores do curso, isoladamente, participaram de outras formações apoiadas direta ou indiretamente pelo Ministério da Saúde, como: curso de formação de preceptores oferecidos pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, pela Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, pelos hospitais de excelência que compõem o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI–SUS), e especialização oferecida pela Foundation for Advancement of International Medical Education and Research – FAIMER, todas com financiamento do SUS.

Atualmente o corpo docente do curso de medicina é composto por 68 professores. A composição é resultado da correlação de forças internas do curso, como discutiremos posteriormente. A arena de construção das propostas de perfil curricular é o colegiado de curso, e os espaços de EIPI por extensão. Naturalmente e como em todo curso público, as tensões se dão em torno das concepções de

saúde, de educação, da medicina, de interesses científicos, políticos, corporativos e pessoais. O projeto pedagógico, as diretrizes curriculares nacionais, os documentos institucionais da UFPE e o conjunto de leis que compõem a política são marcos importantes e exercem forte influência no debate. Referências externas de outros cursos com metodologias ativas, ou tradicionais também influenciam. O perfil atual, tende a estabilização, dada o princípio da estabilidade do servidorismo público federal e a ratificação do projeto pedagógico no processo de reconhecimento do curso. O quadro 21 mostra a atual distribuição de especialidades e áreas de atuação.

Quadro 21 – Perfil de professores por área de atuação (2022)

Área	Nº Professores
Especialidades Focais	15
Medicina de Família e Comunidade	12
Ciências Biológicas	10
Saúde Coletiva	6
Pediatria	5
Ginecologia e Obstetrícia	5
Psiquiatria	4
Clínica Médica	3
Cirurgia	3
Artes	2
Saúde Digital, Enfermagem e Direito	1

Fonte: PPC/2022

Dos 68 professores, 30 possuem doutorado ou pós, 21 possuem mestrado e 17 apenas especialização. Em 2019 foi estabelecido convênio com a Universidade de Brasília, através do programa de pós-graduação em Bioética, que ofertou 3 vagas para mestrado e 16 vagas para doutorado com estratégia de qualificação do corpo docente.

5.3.3 Construção dos eixos de organização curricular

O projeto pedagógico do curso de medicina de Caruaru foi construído inicialmente, e consolidado através da estratégia de formação de professores. Sua estrutura curricular é concebida a partir do método de ensino–aprendizagem utilizado. Este método foi concebido em um contexto internacional com reflexos no contexto nacional já analisados anteriormente. Destacamos as concepções pedagógicas que apoiam e sustentam esta mudança e o processo de construção dos eixos de organização curricular que derivam delas.

Feuerwerker (2002), identifica como influências internacionais para concepção destes currículos o documento publicado pela Organização Mundial da Saúde – OMS, “*Changing Medical Education: an Agenda for Action*” (World, 1991), e em seguida o “*Changing Medical Education and Medical Practice*”, publicado em 1992. A iniciativa de criação da “*Network of Community–Oriented Educational Institutions for health Sciences – NETWORK*” pela OMS e OPAS, com antecedentes na Assembleia Mundial da Saúde (1977), na Conferência de Alma–Ata (1978), e na existência de várias iniciativas institucionais isoladas de ensino centrado na comunidade em todo mundo, também contribuiu para o contexto de surgimento das primeiras experiências nacionais. Os pilares para a reestruturação curricular propostos foram o aprendizado centrado no estudante e orientado para a comunidade. A aprendizagem centrada no estudante concretiza–se como o aprendizado baseado em problemas, ou *Problem Based Learning – PBL*. A aprendizagem baseada na comunidade, ou orientado pela comunidade caracteriza–se, inicialmente, pela origem de onde os problemas deveriam surgir, fazendo com que os passassem a ser orientados pelos problemas de saúde mais frequentes e relevantes de cada região.

Este desenho curricular foi originalmente concebido sob a influência de projetos inovadores de escolas médicas canadense e holandesa McMaster e Maastricht, respectivamente, escolas que inovaram no ensino da medicina em resposta a vários conceitos emergentes na educação no século XX. Oliveira–Pereira (2021) realiza uma análise crítica dos fundamentos epistemológicos do Aprendizado Baseado em Problemas – ABP, e identifica na literatura as referências teóricas para esta proposta. Seus fundamentos encontram–se na psicologia cognitiva e nas

proposições filosóficas, epistemológicas, psicológicas e pedagógicas de autores como Jean Piaget, John Dewey, Jerome Bruner, e David Ausubel. Há ainda referências ao pensamento de Paulo Freire, Charles Maguerez, Juan Dias Bordenave, Philippe Perrenoud, Donald Schön, Lev S. Vigotski, Michael Polanyi e Carl Rogers.

A partir destes pressupostos, a estrutura curricular foi organizada em módulos interdisciplinares e orientados por competências.

- a) Módulos Temáticos Interdisciplinares;
- b) Módulos de Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC);
- c) Módulos Transversal de Atualização Científica e de Iniciação Científica e Avaliação;
- d) Módulos de Internato.
- e) Disciplinas Eletivas e atividades complementares.

Os módulos temáticos interdisciplinares têm como metodologia principal o ABP ou PBL, com sessões semanais de abertura e fechamento de casos. A turma é dividida em grupos tutoriais de 8 a 10 estudantes, a depender da disponibilidade de professores. Os casos são previamente construídos pelos professores/tutores, a partir dos objetivos dos módulos e das semanas temáticas. Também a partir dos objetivos dos módulos e das semanas são organizadas as atividades temáticas nos laboratórios morfofuncional e de sensibilidades, habilidades e expressão. Complementam as semanas temáticas atividades expositivas no formato de exposições dialogadas. Nos módulos temáticos interdisciplinares o papel dos professores é o de facilitação do processo de aprendizagem, que é centrado no estudante. Isto demanda dos professores uma mudança de perspectiva pedagógica e competências para elaboração de questões condutoras do processo de aprendizado, para a mediação de conflitos e para a avaliação processual. Esta mudança representa uma dificuldade apontada pelos grupos focais da pesquisa, para o que as formações pedagógicas internas foram de fundamental importância. O quadro 22 apresenta a estrutura curricular do curso.

Quadro 22 – Estrutura curricular do curso de medicina de Caruaru (2022)

Semestre	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano
	MODULOS	MODULOS	MODULOS	MODULOS
1º	Introdução ao estudo da saúde	Saúde da gestante e do recém-nascido	Dor abdominal, diarreia, vômito e icterícia.	Desordens nutricionais e metabólicos
	Concepção e formação do ser humano	Saúde na infância e na adolescência	Processo de envelhecimento	Dispneia, dor torácica e edemas.
	Processo de Cuidar	Saúde da Mulher	Doenças de proliferação celular	Desordens urinárias
	PIESC 1	PIESC 3	PIESC 5	PIESC 7
	Módulo transversal de atualização científica 1	Módulo transversal de atualização científica 2	Módulo transversal de atualização científica 3	Módulo transversal de atualização científica 4
2º	O ser humano 1- Bioquímica, Biologia Celular e o Processo Saúde-Doença	Febre, inflamação e infecção.	Locomoção	Doenças infecciosas e negligenciadas
	O ser humano 2 - Bases Fisiológicas do Organismo e A Identificação de Necessidades de Saúde	Dor	Distúrbios motores, sensoriais e da consciência.	Saúde e Meio Ambiente
	O ser humano 3 – Agressão e Defesa	Fadiga, perda de peso e anemias.	Problemas mentais e do comportamento	Emergências
	PIESC 2	PIESC 4	PIESC 6	PIESC 8
	Iniciação científica e avaliação 1	Iniciação científica e avaliação 2	Iniciação científica e avaliação 3	Iniciação científica e avaliação 4

Fonte PPC/2022

Os encontros de educação permanente dos professores são integrados às tutorias e acontecem logo em seguida a estas. São imprescindíveis para a integração dos grupos e para a construção da unidade curricular. Uma vez que o processo é centrado no estudante e pode assumir várias direções, o encontro de educação permanente é um ato contínuo ao processo de reflexão, investigação e síntese, e constituinte do currículo. Também é essencial para o acompanhamento psicopedagógico dos estudantes e para o processo avaliativo.

O módulo de Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC) tem como metodologia principal a problematização originalmente proposta por Charles Maguerez e adaptada ao ensino superior por Bordenave. Este módulo é longitudinal e contínuo, oferecido em todos os semestres do curso e nos diferentes níveis de atenção à saúde do SUS. Os estudantes estão inseridos no sistema de saúde desde o primeiro semestre e desenvolvem competências integradas aos módulos temáticos. Nos primeiros semestres a ênfase é na determinação social da

saúde, no território, nas famílias e nos grupos sociais mais vulneráveis. À medida que adquirem competências clínicas, os estudantes passam a desenvolver competências clínicas na realidade inicialmente apreendida e sob supervisão dos profissionais de rede. A problematização presume que a aquisição ou apropriação da realidade se dê de forma significativa e não por memorização ou elaboração teórica. O professor, nesse espaço, também precisa desenvolver a competência de elaborar perguntas mais do que oferecer respostas. Faz-se necessário a articulação entre as situações vivenciadas e os objetivos do módulo que, por sua vez, estão integrados aos objetivos dos módulos temáticos interdisciplinares. Mas o PIESC também é o lugar da surpresa, de atravessamentos afetivos pela realidade, da implicação, do incômodo e da construção de sentidos para a prática.

“o PIESC é onde, os estudantes, eles vão saber o que é realidade e a gente ver que o Brasil tem uma realidade muito dura, e que eles aprendem isso desde o começo certo? E a gente sabe que o curso de medicina é altamente elitizado por mais que a gente tem cotas, por mais que a gente tenha aquele negócio mas são pessoas que tem a sua vivência dentro do seu cosmo, dentro do seu microcosmo porque eles se identificam enquanto estudantes de medicina”

“Então no PIESC é onde eles vem que a vida é outra e que existem outras vidas e outras formas de vida e que principalmente no Brasil existe pobreza, existe miséria, existe violência, existem todas essas coisas e que na verdade a maneira com que a medicina é feita nessa nesse nesses espaços nesse ambiente também são completamente diversos” (E01)

“Eu sou indigenista há mais de 30 anos, eu comecei no indigenismo com 18 anos. Então saber que hoje nós temos Laura, uma médica formada aqui trabalhando numa ilha no rio são francisco, com o povo Xocó lá do estado de Sergipe, um povo que eu acompanho desde os anos 80, que eu sei da luta, de todo sofrimento, de toda opressão que aquele povo vivenciou, o processo de expulsão, a desassistência. Você tem ela atuando lá, inclusive a ilha fica vizinho a uma comunidade quilombola, Laura está circulando entre essas duas populações. Ela depende de um barco para chegar até a ilha. Ela se desloca até essa ilha. E ela leva com ela toda a história a trajetória do curso. Duda, lá em Palmeira dos Índios, com os Xucuru-Cariri, mas criou vínculo com os Xucurus daqui de pernambuco, então, tem uma jovem indígena que ela acompanhou o primeiro parto dessa jovem e agora vem acompanhar o segundo parto.” (E01)

“Porque o piesc é um módulo que ele é de fato transversal, ele então dá uma certa estabilidade. O piesc vai dialogando com todos os módulos, os estudantes percebem isso muito bem, eles dizem onde é que esses diálogos, que essas conexões acontecem. E quanto aos módulos que acontecem ao longo do semestre eles precisam ser de fato mais discutidos. Mais efetivos, mais atualizados é como se o PIESC está numa situação confortável em relação a isso. Acho que o desafio é exatamente esse. Como, percebendo essa diferença entre o PIESC, essa tranquilidade do PIESC e a ebulição dos módulos, a gente mantém sempre essa integração.” (GF01)

Os módulos transversais de atualização científica e de iniciação científica e avaliação acontecem no final dos semestres, e têm por objetivo complementar a formação e o desenvolvimento de competências para a pesquisa em bases de dados, e para a pesquisa propriamente dita. É um momento de encontro de toda a comunidade acadêmica, de compartilhamento dos projetos de pesquisa, de democratização do acesso à iniciação científica, e de avaliação institucional. Nos últimos anos o módulo tem sido ampliado para o formato de uma jornada científica do curso, atualmente na sua quarta edição. Estes módulos também utilizam o ABP e outras metodologias ativas, além da apresentação de trabalhos em formatos de pôsteres e apresentações orais.

O internato é o estágio curricular obrigatório dos cursos de medicina. Tem duração de 2 anos, prevista nas DCN. As diretrizes nacionais também preveem carga horária mínima de 30% em atenção básica e urgência e emergência. Cada ano do internato do curso de medicina de Caruaru é composto de 7 estágios, ou rodízios, de 255 h e 9 semanas de duração, sendo eles: clínica médica, cirurgia, ginecologia e obstetrícia, medicina de família e comunidade, pediatria, saúde mental e um estágio opcional. A carga horária total é de 3840 h, o que corresponde a 33% da carga horária total do curso, e é superior aos cursos de educação física, nutrição e terapia ocupacional da UFPE. Dada a sua importância e dimensão, o internato possui um sistema de avaliação próprio e um regimento interno. Também está adequado a lei de estágios (lei nº 11.788/08). A particularidade do curso de medicina de Caruaru, assim como os demais cursos criados no contexto do PMM, é a ausência de um hospital universitário. Todo o internato acontece na rede SUS municipal e da região. Esta definição demandou intensa articulação do curso com as gestões estadual e municipal de saúde, além dos serviços de saúde. Uma estratégia definida na implantação e coerente com os princípios da política nacional foi a

criação de programas de residência médica nas áreas básicas da medicina. Este processo teve início ainda no primeiro ano de curso, de forma que quando o internato teve início os serviços já tinham residentes dos três anos e a cultura de ensino em serviço já estabelecida. As maiores dificuldades foram a pactuação com os serviços administrados por organizações sociais, exemplo do hospital Mestre Vitalino, administrado inicialmente pela Fundação Altino Ventura e, atualmente, pela fundação do Hospital Tricentenário de Olinda. Nem mesmo a política de acreditação de hospitais de ensino que aporta recursos extraordinários aos hospitais que possuam internato, foi suficiente para adesão das OSS, sendo necessária a intervenção do Secretário Estadual de Saúde para resolver o impasse.

O internato representa a transição do curso regular para o exercício profissional. No seu funcionamento pedagógico possui estreita relação com a residência médica. É o momento em que se estabelecem as primeiras relações profissionais e pessoais com os futuros colegas. Neste momento da formação muitos médicos definem suas áreas de atuação e opções para a especialização. No processo de implantação do internato travou-se um intenso debate sobre a possibilidade de oferta de estágios ou rodízios na capital. A partir da experiência da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, em Petrolina–PE, definiu-se pela obrigatoriedade da oferta de todo o internato na região do Agreste, coerente com a política de interiorização. Apenas os estágios opcionais poderiam ser feitos em Recife, assim como em qualquer outra localidade do país. Para a surpresa do corpo docente, quando da oferta do internato à primeira turma, quatro anos após a implantação do curso e três anos após a implantação dos programas de residência, sobraram vagas nos estágios oferecidos fora da região. Este pode ser considerado um resultado positivo da estratégia empreendida a partir da oportunidade que a política nacional ofereceu.

“E aí eu me lembro quando a gente foi fazer o primeiro opcional da gente. Os estudantes podem ir eventualmente para qualquer serviço e aí a gente foi articular vagas no HC, vagas no Osvaldo Cruz, no PROCAPE, vagas no estado, né? para o Barão de Lucena, para o Getúlio Vargas, tudo isso aqui. E eu me lembro de Arthur, que era o nosso secretário do internado, ele me dizer que eu acho que eles não vão ocupar nenhuma vaga aqui de Caruaru. Eles vão querer tudinho ir pra Recife. E o que aconteceu foi exatamente o contrário. As vagas do Osvaldo Cruz não foram utilizadas. Que é referência em várias especialidades e vários setores: cirurgia, infectologia,

dermatologia, várias coisas que a gente conseguiu lá eles não quiseram. Foi, eles quiserem ficar aqui.” (E1)

As disciplinas eletivas são oferecidas a partir da iniciativa dos professores e compõem o rol de atividades complementares previstas para a integralização curricular. Ao todo são necessárias 840 horas de atividades complementares, 10% da carga horária total do curso. Essa é uma iniciativa de flexibilização curricular adotada pela UFPE em resposta a recomendações nacionais, e em consonância com consensos internacionais. Destas 840 h, 180 h precisam ser cursadas em eletivas do perfil de medicina, 180 h podem ser cursadas em outros cursos e 480h devem ser cumpridas com atividades de monitoria, pesquisa e extensão universitária. O terceiro PPC do curso apresenta 34 disciplinas eletivas do perfil, ou seja, oferecidas pelo próprio curso de medicina, um total de 2700 h (24,64% da carga horária total do curso). Chama atenção também a diversidade dos temas abordados, assim como a perspectiva interdisciplinar da maioria das disciplinas, a não centralidade em disciplinas médicas, a presença significativa de temas relacionados aos direitos humanos, às ciências sociais e humanas, filosofia e artes.

A análise do processo de construção do PPC e do corpo docente, mostra correspondência direta com as DCN. Esta relação é considerada uma fortaleza nos grupos focais da pesquisa. Tomamos como referência o artigo 29 das DCN/2014 que trata da estrutura do curso de medicina:

Art. 29. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:
I – ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações identificadas pelo setor saúde;
II – utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão;
III – incluir dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos;
IV – promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais; (DCN/2014)

O eixo de desenvolvimento curricular e do corpo docente, parte do levantamento do perfil epidemiológico da região atualizado na última versão do PPC. A integração entre PIESC e módulos temáticos permite que as necessidades de

saúde dos indivíduos e da população sejam permanentemente revisitadas. O curso é integralmente oferecido através de metodologias ativas de ensino–aprendizagem. PBL, problematização, outras metodologias determinam o funcionamento do curso. Por serem temáticos e interdisciplinares, os módulos fazem com que as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) sejam construídas a partir das necessidades de saúde e não por áreas de conhecimento. O módulo de práticas em serviço, o PIESC, além de contribuir para a consolidação das competências trabalhadas nos módulos interdisciplinares, oferece oportunidade de aprendizado significativo, por meio da problematização, dos conhecimentos das áreas humanas e sociais. O PIESC também é responsável pelo desenvolvimento de competências necessárias ao trabalho em equipe multiprofissional. A longitudinalidade do módulo, oferecido em todos os semestres do curso regular e em serviços de todos os níveis de atenção da região, permite a compreensão crítica da organização do sistema e do funcionamento dos serviços de saúde.

V – criar oportunidades de aprendizagem, desde o início do curso e ao longo de todo o processo de graduação, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista;

VI – inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem;

VII – utilizar diferentes cenários de ensino–aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VIII – propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando–lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida, na graduação, com o internato;

IX – vincular, por meio da integração ensino–serviço, a formação médico–acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS;

X – promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população; (DCN/2014)

5.3.4 O Laboratório de Sensibilidade, Habilidades e Expressão

Integram os módulos temáticos interdisciplinares três laboratórios, descritos como espaços pedagógicos. Com carga horária semanal prevista como parte da carga horária dos módulos, são definidos como espaços pedagógicos porque devem estar à disposição dos estudantes durante toda a semana, seguindo o princípio de aprendizado centrado no estudante, ou autodirigido. Ou seja, os estudantes devem cumprir carga horária mínima de atividades planejadas pelo módulo interdisciplinar, e podem dispor dos laboratórios nos horários livres para complementarem seus estudos, caso necessário. O laboratório de informática dispõe de computadores para atividades específicas como o ensino do uso de ferramentas de busca, e plataformas de pesquisa. O laboratório morfofuncional é o espaço de atividades demonstrativas e estudo dirigido das áreas biológicas ou básicas como bioquímica, anatomia, citologia, histologia, embriologia, fisiologia, parasitologia, farmacologia. Sua concepção como espaço único e integrado também é uma estratégia de articulação de saberes e práticas interdisciplinares nestes campos.

O Laboratório de Sensibilidades, Habilidades e Expressão – LASHEX é resultado da apropriação e ressignificação do espaço pedagógico responsável pelo desenvolvimento de habilidades clínicas. O ensino destas habilidades, compreendidas como a capacidade de colher uma boa anamnese e realizar um bom exame clínico, tem sido apontado como um problema da formação médica em todo o mundo desde o fim do século XX. Fred (2005) denomina de *hiposkillia*, a progressiva perda desta capacidade e reforça a tese de muitos autores de que este fenômeno é consequência da hiperespecialização, tecnicização, burocratização e judicialização dos atos médicos. Por outro lado, também é causa da crise de legitimidade em que vive a medicina. Outrora compreendida como uma competência que dispensava método, e que podia ser desenvolvida apenas pelo acompanhamento e reprodução das práticas dos antigos mestres, paulatinamente foi se tornando um campo de pesquisas e desenvolvimento de técnicas de ensino na educação médica. Questões éticas que envolviam o aprendizado em vivos da semiotécnica de exames inevitavelmente constrangedores como o toque vaginal, o toque retal, o exame das mamas e da genitália de modo geral, assim como situações críticas como a comunicação de má notícias, a abordagem de questões de

gênero, sexualidade ou uso de drogas, impulsionadas pelo discurso da profissionalização da docência médica motivaram a criação de grupos de pesquisa, e laboratórios como os do CEDESS e CEDEM, da Universidade Federal de São Paulo e da Universidade de São Paulo, respectivamente. As primeiras escolas médicas brasileiras a adotarem o PBL também possuem laboratórios de habilidades com experiência no ensino do que pode se chamar também de simulações clínicas. competências que envolvem também o treinamento de algoritmos de atendimento a situações clínicas críticas com ao paciente politraumatizado (ATLS), o suporte básico de vida (BLS) e o suporte avançado de vida em cardiologia (ACLS). Fora das universidades, o ensino de habilidades e de simulação tornou-se um pilar do que se pode chamar de sistema privado-corporativo-liberal de educação continuada. Privado porque é um negócio, um serviço comercializado em todo o mundo. Corporativo porque guarda relações com o sistema de regulação da profissão médica. As formações são certificadas por associações e conselhos médicos, que, em muitas situações, também definem o regime de habilitação e exercício especializado. E liberal, porque presume-se um mercado autorregulado, sem a presença do estado, mesmo que isso implique nos resultados das políticas públicas.

Além da discussão crítica sobre as limitações das experiências e do contexto do ensino de habilidades, somou-se ao debate que levou a criação do LASHEX, a análise crítica das experiências do ensino de humanidades, o debate sobre o compromisso social (*Social Accountability*), sobre os determinantes sociais da saúde, e sobre o papel da medicina nas sociedades contemporâneas.

Rios (2016) oferece importante sistematização da produção nacional e internacional sobre as humanidades na medicina. Para a autora, há uma opacidade conceitual nos contornos do campo das humanidades médicas e um marco dessa história nas escolas médicas é o movimento da chamada medicina integral dos anos 1940 e 1950. A partir deste momento as experiências se dividem em dois caminhos: o da oferta de disciplinas de humanidades médicas e o da constituição do campo das ciências sociais e humanas em saúde.

“Na educação médica, as humanidades médicas começaram como um precipitado de disciplinas e foram se organizando como um campo de conhecimento que agrega, além das chamadas ‘ciências’, vários outros conhecimentos e experiências simbólicas da vida humana. Historicamente,

as humanidades médicas surgiram comprometidas com questões no interior da medicina, especialmente em sua prática de relações comunicativas entre médico e paciente discutidas nos âmbitos educacional e ético, e mais recentemente no campo da bioética clínica e em pesquisa. [...] Na saúde coletiva, as ciências humanas e sociais em saúde, também interessadas em vários aspectos da medicina, historicamente, desde seu surgimento até os dias atuais, se mostram mais dirigidas ao estudo da influência ou determinação social nos processos saúde e doença individuais e coletivos e as vulnerabilidades decorrentes, ao estudo dos sistemas de atenção à saúde público ou privado, às ações programáticas e políticas, aos processos de trabalho e à formação de recursos humanos em saúde.” (RIOS, 2012)

O corpo teórico e empírico das ciências sociais e humanas em saúde, estabeleceu-se em torno dos modos de explicação do processo saúde doença, da determinação social e dos determinantes sociais em saúde. Para isso, desenvolveu referências conceituais e métodos próprios que contribuíram para a formulação das iniciativas de formação especializada em medicina preventiva e social, e da medicina comunitária, na década de 1970. Na década de 1980, os estudos avançaram as temáticas do trabalho médico e sua relação com o capital e os sistemas de proteção social e saúde. Os anos 1990 são marcados pela emergência de modos de explicação que incorporam outras tensões além da relação capital trabalho na determinação dos processos de adoecimento. São questões ambientais, de gênero, questões raciais, migrações, direitos humanos, comunicação, conectividade, democracia, papel do estado nas políticas, na vida e nos corpos das pessoas. Dimensões materiais e subjetivas do capitalismo contemporâneo e do neoliberalismo. Valores como o individualismo, a primazia do corpo e da sensorialidade, competitividade e consumismo influenciam as relações humanas, e produzem novas formas de adoecimento. O desenvolvimento tecnológico questiona os limites conceituais do humano, a medida em que a biotecnologia, a genética e a medicina preditiva redefinem as concepções de corpo, saúde e doença. O campo das humanidades entende que seu campo de atuação é a experiência humana que deve desenvolver pessoas para o exercício da medicina. (RIOS, 2002)

A defesa de que as humanidades médicas devam se constituir em um campo de conhecimento nos parece equivocada, justificada pela experiência da autora em uma escola tradicional. No caso, a Faculdade de Medicina da USP, a mais tradicional do país, onde a única mudança possível foi a implantação do currículo nuclear. Considerando a estrutura disciplinar como única forma de organização

curricular, parece lógica a afirmação da necessidade de constituição do campo para legitimidade e efetividade das experiências de ensino. Cabe questionar, a partir da definição de campo de Bourdieu, quem, no caso, comporia o campo? Que poder seria capaz de deter? E sobre quem poderia exercer esse poder?

Ainda no suposto campo das humanidades é preciso destacar o movimento de humanização da medicina, em especial sua relação com a arte. Aqui cabe uma distinção entre este movimento e a política nacional de Humanização, cujo objetivo foi o de qualificar as práticas de atenção e gestão do SUS. Tomamos como exemplo dois projetos de relevância nacional, cuja crítica foi importante para a concepção do laboratório de sensibilidades. O projeto “A Arte na Medicina às vezes cura, de vez em quando alivia, mas sempre consola”, da Universidade de Pernambuco, coordenado pelo professor da disciplina de Pneumologia e regente da disciplina de Arteterapia Paulo Fernando Barreto Campello de Melo, e que no ano de abertura do curso de Caruaru completou 18 anos. E o projeto Doutores da Alegria, fundado em São Paulo em 1991, e com atuação em Pernambuco desde 2004. Pela solidez e capacidade de resposta prática aos desafios do ensino de atitudes, de alternativas ao ser médico hegemônico, os dois projetos ganharam relevância nacional no contexto do debate sobre as mudanças no ensino da medicina. A humanização e arte, e a arteterapia se constituíram como campo de produção social, não necessariamente científico, como almejavam as humanidades médicas. Mas as experiências nunca se dispuseram a discutir os projetos pedagógicos dos cursos ou hospitais onde atuam. Organizam-se como atividades complementares, de organização própria independente das instituições de ensino como os doutores da alegria ou como projetos e programas de extensão como o projeto da UPE. Como tal, estas experiências funcionam muito bem, mas como atenuação a um projeto político pedagógico e, sobretudo práticas especializadas, fragmentadas, descontextualizadas, e por vezes, autoritárias e abusivas. Para o laboratório de sensibilidades se colocou desde o início o desafio de pensar o curso como um todo, de tensionar seu projeto político e as práticas pedagógicas na tentativa de constituir um modo de ensino centrado no estudante, mas que também cuide deste estudante.

A principal diferença entre estas experiências e os pressupostos do LABSHEX está no lugar da arte no ensino da medicina, ou na formação universitária. A frase que há 26 anos serve de referência ao projeto da UPE, pode ser considerada como um ponto de partida para o debate sobre este lugar da arte. A

opção da UFPE em Caruaru foi por uma arte que transforma, em oposição a uma arte que cura, alivia ou consola. É interessante notar que, apesar de abrigar práticas muito diversas com forte participação da cultura popular, o prédio que sustenta a epígrafe de uma arte da cura, do alívio ou da consolação, seja um castelo. O exame da literatura sobre o ensino de arte na medicina ajuda a explicar a associação. Em revisão sistemática da literatura Mairot et al.(2019), selecionaram 28 artigos de um universo de 3058, das principais bases de dados eletrônicas (Lilacs, Scielo, Pubmed e Eric), no período de abril de 2016 a setembro de 2017. Os autores caracterizam as experiências descritas disponíveis, e organizam-nas por tipo de arte utilizada: 16 em artes visuais, 6 em literatura, 3 em teatro, e 3 em cinema. Nenhuma em música, dança ou escultura. Em que pesem as críticas a este tipo de classificação nos estudos contemporâneos de artes, a revisão sistemática ajuda a compreender qual o referencial de arte presente nas iniciativas publicadas. Das 16 experiências em artes visuais (61,5% do total), predominam experiências de observação e análise de quadros, na maioria das vezes relacionados a temas médicos. Ao se falar de arte e do papel da arte na formação humana, é preciso considerar que, como expressão, a arte pode assumir vários sentidos e servir a diferentes propósitos. Como serviu a afirmação de um ideário estético greco-romano, que ressurgiu no renascimento como regime de verdade, de dominação cultural, e mais posteriormente a uma ideia de distinção racial, também pode servir como ruptura, contradição e oposição aos modos de subjetivação como em Woodstock ou no Cinema Novo brasileiro.

“Essa palavra assim é o nosso grande eixo humanístico em que a gente nesse ambiente vai interagir com o que a gente é enquanto ser humano com aquilo que a medicina o que é medicina transpassa entendeu dentro dos nossos corpos dentro dos nossos pensamentos dentro daquilo que é na sociedade que é na vida o que é antropologia o que é na ética O que é Na tentativa de diálogo das Ciências Sociais com a medicina e a gente saber que tem vários professores que dialogam com que isso entendeu na no cotidiano e que é grande aposta da gente nos professores de arte foi exatamente trazer porque o que é que olhar artístico traz? A arte ele tenta estruturar que o que é não estruturado aquilo que não pode ser estruturado a arte tenta dialogar a arte Tenta colocar através de vídeo através de pintura através de escultura através de música então tudo aquilo que a gente não consegue expressar a arte traz E aí é a gente trazer essa aposta de como a arte ela pode expressar pronunciar aquilo que é impronunciável” (E01)

O debate sobre o ensino de humanidades, a humanização e a arte guarda estreita relação com o debate da finalidade da formação de recursos humanos para os sistemas de saúde, assim como as estratégias de enfrentamento das desigualdades em sociais e em saúde. A tecnicização, mecanização, ou desumanização das práticas médicas estão intimamente relacionados com a concentração de médicos nos grandes centros e no modo de vida que estes centros oferecem. Essa preocupação esteve presente em todas as experiências analisadas de mudança na graduação em medicina. Estava presente nos cursos da USP, da UFMG, da UnB, nas experiências de Londrina (UEL) e Marília (FAMEMA), em Niterói (UFF). Esteve presente no diagnóstico e no ideário de mudança proposto pelo projeto CINAEM e nas políticas de fomento à mudança na graduação desde então. Oliveira, Santos e Simizu (2019), reconhecem essa preocupação também nos documentos internacionais desde a década de 1950/60, como o documento da Organização Pan-americana de Saúde que orienta a abertura de novas escolas médicas no continente. Assim como nas produções do *Training for Health Equity Network – The NET* e do *Global Consensus for Social Accountability for Medical Schools – GCSA*. Em 2014, ano de instalação do curso de medicina de Caruaru e no contexto de implantação das políticas analisadas a OPAS realiza um encontro no Brasil que produz o relatório: *La misión social de la educación médica para alcanzar la equidad em salud*. Os autores admitem duas traduções possíveis para o termo em inglês *Social Accountability*. Responsabilidade social ou missão social, são conceitos que traduzem a responsabilidade institucional de orientar o ensino, a pesquisa e as atividades em serviço para atender às necessidades em saúde com foco prioritariamente em áreas de difícil acesso. Esta proposição parte da premissa de que a busca por saúde é também uma busca por justiça social. O caminho para a construção desta resposta é o da aproximação das atividades de ensino, pesquisa e extensão às necessidades de saúde das populações e do sistema de saúde, como sugerem as 10 diretrizes propostas pelo GCSA: antecipar as necessidades sociais de saúde; estabelecer parcerias com gestores e demais atores dos sistemas de saúde; adaptar as definições em evolução dos médicos e demais profissionais da saúde; promover a educação baseada em resultados; criar uma governança responsiva e responsável na escola médica; rever o escopo de diretrizes para o ensino, pesquisa e extensão; apoiar a melhoria da qualidade do ensino, pesquisa e serviços de saúde; estabelecer mecanismos de acreditação; equilibrar princípios

globais com o contexto local; definir o papel da sociedade. O conceito de responsabilidade social pode ser ainda melhor diferenciado como *responsibility*, *responsiveness*, e *accountability*. (BOELEN et al, 2014)

A escola que se caracteriza pela *responsibility* estaria comprometida com o bem-estar social e a educação de bons médicos. Noutro patamar, a escola que adota a *responsiveness* busca responder a prioridades em saúde de um local: formar médicos com competências específicas e com olhar de profissionalismo. Finalmente, a escola com *accountability* trabalha colaborativamente com governos, organizações de saúde e a sociedade, buscando um impacto positivo na saúde das pessoas, sendo capaz de demonstrar que seu trabalho é relevante, de alta qualidade, equitativo e custo-efetivo (Boelen et al, 2014)

Sob a ideia de Responsabilidade Social, portanto, podem caber iniciativas que reforcem a dicotomia entre a formação técnica e humanística. Reduzindo a formação humanística a técnicas de comunicação clínica. A educação de bons médicos presume uma sólida formação técnica. Responsabilidade ou missão social também é um termo que acolhe muito bem as experiências complementares ou alternativas de formação que atenuam a dureza do modelo biomédico, mas não dialogam com o contexto social local, ou regional, nem com o sistema ou com as políticas de saúde. A experiência de Caruaru foi concebida a partir de um conceito radical de responsabilidade ou compromisso social. As práticas do laboratório de sensibilidades e o seu lugar no curso tem por finalidade precípua a implicação com a vida para além da saúde, com o cuidado para além da clínica, com o bem comum para além do bem-estar. A arte, assim como as ciências humanas têm um papel central nesse projeto pedagógico.

O debate internacional sobre a responsabilidade social acaba recaindo sobre a relação dos cursos com os sistemas locais de saúde. Guarda, com isso, maior proximidade com o campo das ciências sociais em saúde. No Brasil, cabe à Saúde Coletiva a ligação entre este campo e o ensino da medicina. A medicina de família e comunidade desempenha um papel mais operativo no ensino das práticas em atenção primária. Em algumas instituições organizam-se em um campo disciplinar comum. Em outras reproduzem a dicotomia descrita anteriormente entre quem pratica uma medicina integral e humanizada, e quem defende, estuda e analisa

estas práticas. Nestes cenários a Saúde Coletiva se coloca numa perspectiva mais ampla de articulação de saberes que compreendem as ciências sociais (sociologia, antropologia e ciência política), a epidemiologia e a gestão de serviços e sistemas, enquanto a medicina de família se detém à prática clínica integral, contextualizada por esses saberes. É comum a tentativa de delimitação do campo da medicina de família e comunidade a partir da ideia de integralidade e de prática humanizada, sintetizada na proposta da Abordagem Centrada na Pessoa. As práticas nas áreas como a infectologia, a gerontologia e a saúde mental desmontam a ideia de que a medicina de família é a especialidade da integralidade. Em vários cenários, estas duas áreas, Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade, ora em um campo comum, ora em campos distintos, constituem-se como interlocutoras com o sistema local de saúde para a viabilização das práticas em serviço. Em um curso com organização interdisciplinar estas questões não vêm à tona. A interlocução com o SUS, em Caruaru, é institucional e não setorial. Não há disciplinas ou departamentos que motivem as disputas entre os campos disciplinares. Com isso pode-se enxergar a limitação que uma escola concebida no SUS, na perspectiva de *Social Accountability*, tem em formar médicos para este sistema. A proposta do laboratório de sensibilidades é de contribuir nesse desafio integrando, ressignificando e qualificando saberes e práticas, com outros referenciais estéticos, éticos e político-pedagógicos.

O terceiro elemento teórico que sustenta a proposição do laboratório é oriundo do próprio campo das ciências sociais em saúde. Mais propriamente do debate sobre os determinantes sociais em saúde e as contribuições do pensamento de Michel Foucault, Gilles Deleuze e Félix Guattari sobre a saúde e a medicina. Referência frequente na caracterização do surgimento da medicina social como parte constituinte do estado moderno, Foucault apresenta um conceito que tem se tornado síntese das questões entre o estado e os indivíduos no século XXI. A biopolítica foi a forma que o pensador francês encontrou para descrever as formas de poder que o capital, por meio do estado, exerce sobre a vida. É nesta engrenagem que a medicina encontra seu maior poder enquanto instituição contemporânea. Na constituição do estado moderno, a medicina é a força discursiva, junto com o direito, que oferece os parâmetros de normalidade ou a normalidade como parâmetro. Ao se considerar as transformações do capitalismo contemporâneo é através das intervenções sobre os corpos, possibilitadas e

viabilizadas pela medicina, que se exercem as formas de dominação mais sutis e eficazes, que dispensam as forças disciplinares. As formas de dominação subjetivas, ditam comportamentos e desejos e estão presentes nas formas de adoecimento contemporâneos que desafiam a própria medicina. Como chamam a atenção Ceccim e Merhy (2009), em reflexão sobre a política de humanização:

“Damos contexto a esse plano da humanização – a construção de práticas de saúde cuja contemporaneidade esteja na atualização de processos intensivos de viver a vida, e não apenas sobreviver, ou de, acima de tudo, estar vivo, apesar da ausência de prazer, de compartilhamento, de potência de si e de produção de entornos criativos e audazes. A potência de si e de produção de entornos criativos e audazes é o viver intensamente a invenção do vivo, daquilo que afirma a criação ou que põe a vida como obra de arte da existência. Nessa condição, o cuidar do outro é operado por distintas modalidades de saber e fazer, não culmina com as práticas particulares das profissões, das tecnologias do cuidado ou dos protocolos, prolonga-se pela invenção de si, dos entornos, de mundos. Esta é uma pontuação necessária no momento atual em que vivemos, onde a conformação do campo da saúde, nas sociedades mais ocidentalizadas, vive uma contemporaneidade do fenômeno da medicalização e suas consequências, entre as quais: um perfil de prestação das práticas de atenção, de educação dos profissionais da área e de gestão dos sistemas de saúde para a oferta ampliada destas práticas em forma de diagnóstico, prescrição e condutas coletivas.” (CECCIM e MERHY, 2009).

Não se trata de negar a biologia, a patologia ou a exploração social do trabalho, mas compreender como esses saberes se organizam na contemporaneidade, como estão presentes nos fenômenos globais como as mudanças climáticas e as migrações, mas também como se apresentam nos encontros entre trabalhadores e destes com os pacientes.

Trazemos, então, como primeira aproximação, a noção de que um encontro é da ordem micropolítica. Os encontros estão sempre em aberto, sob alteridades intercessoras (CECCIM, 2004; MERHY, 1997), sob distintas possibilidades de subjetivação, que podem caminhar de um processo biopolítico para um processo de biopotência (Pelbart, 2003) e da serialização à singularização (GUATTARI, ROLNIK, 1986). Além disso – e ao mesmo tempo – os encontros, na micropolítica, são intensamente pedagógicos, operam, ante as práticas inculcadoras/homogenizadoras, com trocas entre domínios de saberes e fazeres, construindo um universo de processos educativos em ato, em um fluxo contínuo e intenso de convocações, desterritorializações e invenções. Uma segunda aproximação é a de que as interações são estratégias de resistência e criação, vividas como paradoxo num mundo habitado pela profusão de práticas clínicas e

pela profunda fragilização da vida (despotencializada para conduzir processos intensivos, afastada da alegria, desumanizada). (CECCIM e MERHY, 2009).

A noção de Biopolítica presente na concepção do laboratório de sensibilidades é um analisador crítico e um modo de qualificação do ensino de humanidades e da noção de responsabilidade social. Como componente curricular obrigatório e integrado, o laboratório demonstra a preocupação do projeto político pedagógico em fazer da interiorização do ensino da medicina, um mergulho, também, no interior do funcionamento micropolítico da medicina, no interior das relações e no interior de quem faz a interiorização. O ensino crítico de humanidades e habilidades, articulado com as tutorias, e com as práticas do PIESC, multiplica as possibilidades de aprendizado significativo tensionando para que os encontros (dos estudantes entre si, dos estudantes com os professores, dos estudantes com os pacientes, dos estudantes com a realidade social) sejam singulares, múltiplos e diversos.

Uma vez estabelecidos estes pressupostos teóricos, tem início o processo de formulação das práticas pedagógicas do laboratório e as tentativas de sua estruturação no ambiente de uma universidade federal. O caminho inicial seguiu a diretriz de que para ensinar a ser e fazer (atitudes e habilidades) seria necessário reaprender a sentir. Para se construir empatia nas simulações e nos encontros clínicos, era necessário recuperar a capacidade de sentir emoções, afetos, e mesmo os sentidos. Antes de aprender a apalpar um abdome é necessário reaprender o tato, os possíveis sentidos do toque. Antes de auscultar um coração, um pulmão, apurar a audição distinguindo instrumentos de uma orquestra ou sons da natureza, reaprender a escuta, a atenção, o silêncio. É preciso investigar com técnicas arqueológicas onde o olfato se perdeu na medicina, porque abrimos mão deste sentido. Inspirar e, pelo ar restabelecer conexões sensíveis. É preciso descolonizar o olhar, compreender porque este se tornou o nosso sentido hipertrofiado e, ao mesmo tempo, o que menos governamos. É preciso transformar saberes em sabores, e redescobrir a alegria de aprender.

Pacheco (2019) analisa o processo de implantação do laboratório e as resistências que prontamente se instalaram no interior da escola. As críticas verbalizadas pelos estudantes eram quanto a pertinência das práticas, sua relação

com os módulos temáticos, e quanto a utilidade do que se aprendia no laboratório. O total ineditismo da proposta se mostrou uma fragilidade do projeto por dois motivos. Não havia experiência anterior que pudesse servir de referência para o laboratório. Também não havia professores com experiência nesta forma ou ambiente de ensino. Os encontros da linha de pesquisa interinstitucional Micropolítica do Trabalho Vivo, e em especial o espaço dos Sinais que Vêm da Rua, foi importante para ressonância da experiência, para sua constante elaboração e resignificação. Foi nos encontros da linha que a equipe do laboratório teve contato com outros laboratórios de sensibilidades que haviam surgido espontaneamente, sem comunicação com o laboratório de Caruaru, mas com grande sinergia teórica e política. Os laboratórios da UNIFESP da Baixada Santista e da UFRJ, funcionavam como intercessores nas instituições onde atuavam. Sem o fardo da curricularidade os laboratórios se permitiam intervenções mais livres e não utilitárias, despreziosas. Experiências que tinham o erro ou o não atingimento do objetivo educacional previsto como possibilidade, ou até mesmo propósito.

Os tensionamentos internos no curso levaram a contratação de professores de artes, inicialmente substitutos e posteriormente efetivos. Levaram também a separação dos laboratórios em habilidades e sensibilidades. A presença das professoras de artes qualificou as práticas e permitiu o aprofundamento teórico e pedagógico. Com o tempo, e em resposta às críticas, as práticas do laboratório foram sistematizadas em linguagens. Esta sistematização e a avaliação das práticas nos encontros semanais de Educação Permanente, como resultado do sistema de avaliação dos módulos e nos portfólios reflexivos dos estudantes permite enxergar a conformação que o laboratório foi assumindo nos primeiros anos de sua implantação. As linguagens utilizadas foram: linguagem cinestésica (que trabalham elementos das sensações e da corporeidade), linguagem visual e gráfica (trabalham elementos relacionados a novas formas de ver, sentir e expressar imagens), comunicação sutil no encontro clínico (trabalham elementos relacionados à comunicação, ao corpo na clínica, sentimentos na clínica e M CCP), e linguagem sincrética (trabalham de forma simultânea duas ou mais linguagens). (Pacheco, 2019).

Em 2018, o laboratório de Sensibilidades foi premiado com o prêmio InovaSUS. Realizado pelo Ministério da Saúde, o prêmio é um fomento à inovação na saúde por meio de ações que consistem em identificar, reconhecer, valorizar e

potencializar práticas inovadoras na Gestão do Trabalho em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Além do reconhecimento nacional o prêmio permitiu a realização de uma Residência Artística em Saúde e Arte – RASA, com a participação de 10 artistas de todo o Brasil, a realização do I ENSENSI – Encontro Nacional sobre o sensível nas graduações em saúde – A (RE)XISTÊNCIA DO SENSÍVEL, e a realização do 1º ENPICS–Caruaru/PE – Encontro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde de Caruaru/PE. A residência aconteceu no Centro de Formação do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra, no assentamento Normandia, em Caruaru. (figuras Erro: Origem da referência não encontrada, Erro: Origem da referência não encontrada, Erro: Origem da referência não encontrada e Erro: Origem da referência não encontrada) Os artistas participantes foram convidados a explorar os temas trabalhados no laboratório e a desenvolver novas práticas. O ENSENSI permitiu reunir colaboradores teóricos, outras experiências do ensino de humanidades, habilidades, humanização, professores, estudantes e produzir novas possibilidades para o curso. O ENPICS teve por objetivo identificar e reunir terapêuticas de práticas integrativas e complementares, componente relevante nas experiências de comunicação sutil no encontro clínico.

Figura 2 – RASA na feira de Caruaru



Fonte: Página do QualiSensi no Facebook

Figura 3 – RASA intervenção artística



Fonte: Página do QualiSensi no Facebook

Figura 4 – RASA intervenção artística



Fonte: Página do QualiSensi no Facebook

Figura 5 – RASA intervenção artística



Fonte: Página do QualiSensi no Facebook

Os povos originários já faziam ciência, que é a possibilidade de resolver problemas cotidianos a partir da razão. Mas havia mais: a Sociopoética, a Análise Institucional, o Anarco-sindicalismo, a Esquizoanálise, as Teorias Decoloniais, a Ecologia Espiritual de Paulo Freire. O corpo em Nízia Vilaça. A dança de Klaus Viana e Pina Bauch. O teatro de Boal. Boaventura de Souza Santos, Humberto Maturana. A literatura de Clarice Lispector. A filosofia de Espinosa. Ressonâncias de uma alma coletiva. O ENSENSI foi o experimento-síntese do Laboratório de Sensibilidades. A prova dos nove. O fiel da balança. Não havia mais uma dúvida sequer. Encontramos a ciência do Labsensi. Sentimos esse pensamento. As vivências que nele aconteceram ainda vibram nos corpos dos que no Agreste experimentaram Ser-Tão.” (PACHECO, 2019)

O resultado, segundo Pacheco (2019) é um “heptagrama, um caleidoscópio epistêmico, uma alucinação controlada: CORPO – ARTE – SAÚDE – MITO – EDUCAÇÃO – FILOSOFIA – CIÊNCIA.”

“Eis o caleidoscópio epistêmico do Laboratório de Sensibilidades. O mito do Labsensi, tão próximo às formatações míticas, aos arquétipos, circular como sempre a jornada do herói o é 7. Os/as aprendizes de medicina assemelham-se à jornada da carta do Louco no Tarô Mitológico passeando em todos os sete vértices do heptagrama, entre mito e sonho, tragédia e comédia rumo ao centro do mundo. Em busca de muitas respostas e novas perguntas”.(PACHECO, 2019)

Apesar do investimento institucional, as críticas continuaram e o laboratório sempre esteve no centro da disputa pela concepção e da imagem do curso. Esta centralidade leva a duas reflexões. O laboratório de sensibilidades desviou, esvaziou as críticas às metodologias ativas e a relação do curso com SUS. Questões como a inserção de estudantes nos serviços de saúde desde o primeiro semestre do curso, a dimensão e proporção do PIESC no curso, a presença das ciências sociais e humanas no cotidiano das problematizações, foram tranquilamente assimiladas. Outra reflexão possível é a de que os pressupostos teóricos e as práticas do Labsensi constituíram-se oposição ao núcleo da racionalidade biomédica do curso. Ao analisar os portfólios reflexivos dos estudantes do módulo de dor, Pacheco (2019) ilustrou a presença do Labsensi no conteúdo das avaliações reflexivas dos estudantes. A autora identificou seis categorias separadas em dois grandes grupos de respostas sobre o papel das práticas do laboratório no conjunto de ofertas pedagógicas do módulo. No campo do saber sensível, chamou de Visão o conjunto de segmentos textuais que faziam referência a novos jeitos de ver a medicina; Intuição a capacidade de promover empatia e lidar com emoções; Audição a capacidade de ouvir os sons de dentro e de fora, os sons ao redor. No campo do saber instrumental, chamou de Olfato os segmentos de texto que faziam referência a reclamações ou elogios; de Paladar o saber e o sabor das tutorias; e de Tato as referências à prática médica. Sobre o saber instrumental a mediação pedagógica da Linha de Micropolítica do Trabalho Vivo, parte constituinte, ou lugar de formulação primordial do laboratório, chamava atenção, desde o início da trajetória, dos riscos da semiotização do laboratório. No processo de consolidação da experiência, justamente a partir do terceiro pilar teórico com laboratório, ou seja, da compreensão da característica axiomática da medicina nas sociedades contemporâneas, a interseção da linha ajuda a entender o papel (limitado) da escola na formação médica. Estabelecido e legitimado em uma universidade, o laboratório de sensibilidade amadurece com a compreensão e afirmação de que nem tudo precisa

ser útil na formação. Que há lugar para o erro, para o desvio, para a falha e que os percalços são parte do caminho e podem até ser bem-vindos quando se fala de uma profissão tão intrinsecamente ligada à vida.

“Porque eu tô trazendo essa tempestade de coisas, mais médicos, laboratório de sensibilidades? Porque eu acho que fazem parte dessa interseção, que é quando a gente vai ser, de alguma forma que a gente vai torcer não no sentido de distorcer, mas mudar desviar, de criar uma trajetória sinuosa ao caminho traçado previamente. O caminho traçado previamente é o que?” (GF02)

As categorias relacionadas com o saber sensível falam sobre a influência do laboratório na formação, no período em que se está cursando a graduação. Chamam a atenção a ressignificação do lugar do corpo na formação médica. Tradicionalmente objeto do estudo e da intervenção médica, é trabalhado no laboratório como ponto de partida para construção da alteridade e da empatia. Colocar seu próprio corpo em análise como sede de emoções e do aprendizado é ponto de partida para uma possível construção de alteridade e empatia. É um elemento de qualificação do processo de aprendizado centrado no aluno, das metodologias ativas. Também é um caminho possível, e que se mostrou consistente ao longo dos anos do laboratório, para uma prática pedagógica cuidadora. A partir da compreensão do Cuidado de Si como constituinte dos modos de subjetificação (Foucault, 2004), foram se produzindo modos de cuidado e de produção de novas representações sobre o ser médico, ou médica, no agreste pernambucano, na América latina, no Brasil e no século XXI.

5.3.5 A relação entre os espaços pedagógicos, avaliação e ambiente virtual de aprendizado.

Todo o arranjo pedagógico descrito anteriormente esteve amparado em um arranjo político e administrativo na universidade, e no curso. Dos documentos prévios analisados que constituem o contexto em que a política foi proposta e de onde o curso é originário, apenas o relatório da CINAEM, discute a gestão da escola

como um elemento crítico para a mudança do ensino. As escolas médicas possuem diversos arranjos organizacionais, que variam conforme a instituição a que fazem parte e o processo histórico de sua constituição. As escolas mais antigas e tradicionais, coincidentemente públicas, possuem desenho institucional remanescente do sistema de cátedras. A unidade de poder da escola é o departamento que representa uma área de conhecimento, e uma organização espelho da organização corporativa da medicina liberal. Os departamentos reúnem-se sem centros por grande área do conhecimento. Os centros são produto histórico da unificação das antigas escolas ou faculdades, e ocupam lugar estratégico de controle a partir da burocracia universitária, constituindo importante espaço na hierarquia institucional. Os centros reúnem-se à direção central da universidade nos conselhos superiores, instância política máxima da universidade. Este modelo de organização política vem-se mostrando insuficiente para dar conta dos processos de gestão nas perspectivas ascendentes e descendentes. A demanda dos cursos, dos trabalhadores (professores e servidores), dos alunos ou da sociedade consegue ocupar a pauta dos conselhos, cuja predominância é de resoluções, processos, pareceres, comissões e recursos. Tão pouco a pauta da gestão central, e com elas as diretrizes das políticas nacionais, conseguem chegar aos espaços de produção pedagógica (salas de aula, laboratórios, serviços de saúde). A criação dos centros acadêmicos do interior foi compreendida pela gestão central da universidade como uma oportunidade de experimentar novos arranjos institucionais. Em Caruaru a organização se dava em Núcleos e não em departamentos. Mas não havia clareza de como organizar os núcleos e em muitas situações a estrutura departamental se reproduziu.

“Eu acho que o REUNI da UFPE ele ficou aquém, me perdoe Amaro, e os dois vão me matar, mas ele ficou aquém do que poderia ser em termos de inovação e de mudança de mentalidade em relação ao projetos pedagógicos de cursos não só da Medicina mas de modo geral” (E03)

“UFPE provavelmente ela herda os seus 187 anos né da faculdade de direito, ou seja, quanto mais velha estrutura mas conserva a dor ela é né então como UFPE uma das Universidades antigas a histórica data do Brasil ela teve historicamente mais dificuldade de se dá saltos metodológicos Talvez isso não tem acontecido na medicina e aí é uma boa pergunta porque a medicina da UFPE em Caruaru nasce já avançada” (E05)

Especificamente para a medicina o principal problema da estrutura departamental é o esvaziamento político da coordenação do curso. Este fator foi decisivo para as limitações dos projetos de mudança dos cursos tradicionais nos anos 2000. A mudança flexibilizou a estrutura curricular, ampliou o internato, incluiu e ampliou a inserção dos estudantes na atenção básica, incluiu e ampliou o ensino de humanidades/humanização, mas o núcleo central da formação permaneceu inalterado. A partir da análise dos processos de mudanças em cursos tradicionais e no contexto institucional supostamente favorável, a organização político-administrativa do curso tomou a interdisciplinaridade e a construção coletiva como princípios organizativos. A unidade de poder do curso é a coordenação do ano, eleita no espaço de Educação Permanente. Os coordenadores de ano, a coordenação do internato e a representação estudantil constituem o colegiado de curso. A lotação dos professores não é em disciplinas ou departamentos, mas sim nos anos. A representação política é de quem tem a responsabilidade atribuída por quem faz o dia a dia do curso, e no espaço onde este cotidiano se constrói. A escolha se dá por atribuição não por mérito, por antiguidade ou por relações externas a universidade, motivações frequentes em cursos tradicionais.

Os Espaços de Integração Pedagógica Interdisciplinar são também os espaços de avaliação do curso. Entenda-se avaliação dos estudantes e avaliação institucional. A avaliação é uma atividade cotidiana e intrínseca ao funcionamento do curso. Cada encontro de EIPI parte da avaliação das tutorias e da semana pedagógica. O sistema de avaliação dos estudantes é desenhado para dar conta das dimensões cognitivas, atitudinais e de habilidades, também é organizado para estimular a organização do processo de ensino-aprendizado, imprimindo ritmo imprescindível ao sistema de ensino. A diversidade de instrumentos e critérios de avaliação tem por objetivos a avaliação multidimensional, e evitar a cultura da prova e da nota, com conseqüente supervalorização do componente cognitivo do aprendizado. São instrumentos de avaliação previstos no PPC, a avaliação do processo tutorial (presencial e a distância), avaliação cognitiva, avaliação de habilidades e o portfólio reflexivo. O sistema de avaliação da UFPE, ainda exclusivamente baseado em avaliações quantitativas do aprendizado, impede a utilização de outros mecanismos de avaliação mais coerentes com os princípios do curso.

Desde o primeiro ano de funcionamento do curso que todo o processo de

aprendizado faz uso de um sistema de aprendizado virtual. Inicialmente constituído em parceria com o Núcleo de Telessaúde do Hospital das Clínicas da UFPE, foi institucionalizado no Ambiente Virtual de Aprendizado – AVA da UFPE em 2016. O AVA permite o acompanhamento do processo de busca e reflexão dos grupos tutoriais, e também permite o funcionamento do sistema próprio de atribuição de notas. Os relatórios do AVA são exportados para o SIGA, o sistema de gestão pedagógica da UFPE que só permite entradas numéricas de 0 a 10, e o registro de faltas. O AVA foi desenvolvido por professores do curso de medicina com o apoio das equipes de TI do NUTES e, posteriormente do Núcleo de Tecnologia da Informação da UFPE, como uma das políticas de ampliação da oferta de cursos a distância da instituição, indicador de avaliação institucional da universidade e meta dos PDIs. A demanda de gestão do AVA e as produções pedagógicas produzidas por esta experiência levaram o curso a definir um perfil de concurso para a área de Saúde Digital. A contratação de professora efetiva para áreas consolidou o curso de medicina como um curso integralmente híbrido, e com capacidade própria de gestão do seu sistema virtual de ensino.

Por fim, há que se considerar a importância dos módulos transversais de atualização científica e avaliação que acontecem no fim dos semestres. Estes módulos, além de suas atribuições específicas, configuram-se no momento de síntese do processo avaliativo institucional. São importantes espaços de integração entre os anos dos cursos e dos espaços pedagógicos entre si.

5.3.6 A relação com o SUS

Há várias experiências descritas na literatura de organização do sistema de saúde como um sistema de saúde–escola. (BARRETO et al, 2006; SOARES et al, 2008; GÖTTEMS et al, 2008; BORGES 2014) Amparadas no conceito de educação permanente e na indissociabilidade do quadrilátero proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004), as experiências são propostas a partir das gestões do sistema e incluem as instituições de ensino. Pode-se dizer que essa elaboração seguiu o caminho das iniciativas de consolidação do direito previsto na constituição, como analisado anteriormente. Também é importante citar experiências internacionais como Cuba, onde as escolas de saúde são de administração do Ministério de Saúde

Pública – MinSap. O arcabouço legal brasileiro garante total autonomia às instituições de ensino sobre seus projetos pedagógicos, cabendo ao poder público definir diretrizes que balizam os atos autorizativos, as avaliações e as concessões de funcionamento. As iniciativas de constituição de redes escolas como as de Fortaleza e Sobral, partem da premissa de que o objeto formação de recursos humanos é atribuição compartilhada do sistema de saúde e as propostas, estratégias para a efetivação deste atributo.

Os achados desta pesquisa sugerem que o curso de medicina de Caruaru seguiu a mesma lógica, com papéis invertidos. Desde o princípio da elaboração do projeto pedagógico que pode-se perceber a ideia de que a iniciativa era resultado das políticas de saúde, da longa trajetória de tentativas de formação de médicos para o SUS. A trajetória dos primeiros professores responsáveis pela releitura e reconstrução do projeto pedagógico, a rede de relações desses atores com os atores do SUS, e a própria característica do projeto são elementos iniciais. A noção de Escola/SUS, como imagem espelho das experiências SUS/Escola seria então a expressão de um projeto de universidade. As políticas nacionais analisadas nesta pesquisa configuram-se como oportunidades para este projeto. Apresentaremos a seguir, uma série de iniciativas que demonstram esta compreensão. Estas experiências mostram que, apesar do arcabouço legal ter se mantido e do curso de medicina responder administrativamente a gestão central da UFPE e, indiretamente ao Ministério da Educação, a gestão da escola trabalhou sobre a premissa de objetos compartilhados, onde a escola assume para si os desafios de sistema local e regional de saúde, para além da utilização dos campos de práticas e de possíveis contrapartidas formativas pontuais.

“existiu uma inserção da faculdade de medicina em todos os campos da Secretaria de Saúde. Então a gente começou a mapear todas as dificuldades que a gente tinha em relação à formação, a fragilidade da formação dos profissionais pro SUS, a integralidade, a regulação. E aí a gente foi propondo parceria com a universidade.” (E06)

A primeira iniciativa a se destacar é a definição dos perfis de concurso dos professores a partir do perfil epidemiológico da região, discutido com os gestores locais do SUS. Esta iniciativa permitiu o provimento de especialista para áreas

historicamente deficitárias no Agreste pernambucano. Além da atenção básica, áreas como a infectologia, a psiquiatria, a dermatologia, a ginecologia e obstetrícia e a pediatria conseguiram atrair especialistas para a região onde sempre houve falta destes especialistas. A contratação destes especialistas pela UFPE, em regime de trabalho de tempo parcial, não em dedicação exclusiva, permitiu a estruturação de programas estratégicos como o Programa Municipal de DST/AIDS, e outras medidas que analisaremos a seguir. Os professores e professoras contratados foram inicialmente absorvidos na assistência e paulatinamente incorporados à gestão em posições estratégicas.

“a universidade passou a ser um componente importante da tomada de decisão então assim eu acho que esse respaldo foi muito fácil de ser construído por conta disso então uma carência muito grande” (E07)

Em continuidade ao processo de seleção e como parte do acolhimento dos primeiros professores, o curso de medicina e a secretaria municipal de saúde de Caruaru realizaram o VER–SUS Docente. Inspirado na experiência dos estágios de vivência, da década de 1990. (FERLA, 2013) Incorporados como política pública, inicialmente no Rio Grande do Sul e posteriormente como estratégia de consolidação da Política Nacional de Educação Permanente, o VER–SUS tinha por objetivo inserir estudantes nos sistemas de saúde, como atividade extracurricular e complementar a formação já oferecida pelos cursos regulares. A experiência permitia que os estudantes conhecessem o sistema municipal e regional de saúde, da unidade de saúde da família ao gabinete do secretário de saúde, passando pelo conselho municipal, pelos serviços assistenciais e pelas instâncias de gestão do sistema. Seguindo os mesmos princípios, professores recém-contratados foram organizados em grupos e visitaram todos os serviços de saúde do município. A vivência foi trabalhada como parte da formação em metodologias ativas, como exercício da problematização.

“... o VERSUS docente, não existe fazer aquilo como foi feito aqui. Foi importante fazer aquilo eu lembro depois de muito tempo” (E07)

5.3.6.1 Norma Operacional de para o Acesso equitativo e integral a consultas especializadas e exames complementares.

A inserção de professores em todos os níveis de atenção do município e da região possibilitou a implantação da norma operacional de regulação dos serviços especializados e de exames complementares. A cidade possuía indicadores muito ruins de absenteísmo e filas inacabáveis de espera para o agendamento de consultas e exames. O NOA permitiu um ordenamento que a gestão não imaginava ser possível devido ao enfrentamento com a categoria médica que se recusava a justificar as solicitações e discutir os casos. A implantação da NOA permitiu a revisão da fila que, em alguns casos, deixou de existir. O diferencial da norma operacional foi a participação ativa de profissionais da atenção básica nos processos regulatórios. A contribuição do curso de medicina foi, além de técnica, política em oferecer legitimidade aos processos regulatórios.

“... a gente implantou uma norma operacional da atenção à saúde para que essa norma operacional um instrumento que passou a ser usado para regular o encaminhamento dos usuários da atenção primária para média e alta complexidade. Mas não é a norma fria. Então a gente tinha pessoas da universidade pensando protocolo de regulação, a gente começou a trabalhar o trabalho interprofissional e compartilhado entre o médico de saúde da família e os médicos da especializada, tendo como condutores professores da faculdade de medicina. Então a construção dos protocolos, a discussão para mudança do processo de trabalho, essa norma foi colocada em consulta pública. Toda construção foi trabalhada, e só foi, isso é uma coisa que eu posso dizer textualmente, que só foi possível essa mudança em relação a reestruturação da regulação por conta da desse apoio que a gente teve na Faculdade de Medicina” (E06)

5.3.6.2 Lava Pés

No segundo ano de funcionamento do curso, a secretaria municipal de saúde procura a coordenação com uma demanda para analisar a justificativa da região possuir indicadores tão altos de amputações de membros inferiores. A amputação alta de membros inferiores é indicador de péssimo resultado na linha de cuidado do

paciente diabético. Indica falha em todas as etapas da linha de cuidado, desde o diagnóstico até o manejo dos pacientes insulino-requerentes. Nesta última etapa, um elemento da relação médico paciente emerge como traçador do resultado das intervenções formativas, o exame dos pés. Este procedimento simples, de baixo custo e alta efetividade pode identificar lesões iniciais que, se manejadas a tempo, pode evitar o agravamento e as amputações. Porém, o exame dos pés constrói uma forte imagem simbólica da relação médico paciente. Assim como outras situações clínicas, o exame pede uma mudança na postura do médico que precisa se abaixar junto ao paciente. A resposta do curso foi: por que estudar algo que a gente já sabe? Vamos intervir!

O agreste pernambucano é uma região de forte tradição católica como todo o interior nordestino. Dentre todas as celebrações católicas, a semana santa tem uma importância particular na região em razão da encenação da paixão de Cristo em Nova Jerusalém, na cidade da Fazenda Nova. A encenação acontece no “maior teatro ao ar livre do mundo” e atrai turistas de todo o Brasil, sobretudo do nordeste. O fluxo de turistas na região é o segundo maior no ano, perdendo apenas para o São João. Caruaru é um ponto de passagem na maioria das rotas para Nova Jerusalém, o que atrai as atenções da imprensa para a região. A semana santa aumenta a ocupação dos hotéis e o movimento no comércio local. A partir desses pressupostos a coordenação do curso propôs à secretaria de saúde a realização da campanha do Lava Pés. Realizada durante a semana santa, a campanha tem por objetivos alertar para a importância do exame dos pés do paciente com diabetes, inspirada pela cena em que Jesus Cristo lava os pés dos apóstolos antes de iniciar sua *via crucis*. Esta cerimônia é repetida pela igreja católica, durante a semana santa. Em virtude disso, a campanha conta com o apoio da igreja católica em Caruaru e tem grande repercussão na mídia local.

As ações do lava pés podem ser divididas em dois grandes conjuntos, relacionadas ao curso e aos serviços de saúde. No curso o lava pés orienta a semana pedagógica do primeiro ano. O caso trabalhado na tutoria do primeiro ano, articula saberes da bioquímica de carboidratos, da fisiologia endócrina, da anatomia dos pés, da clínica médica, endocrinologia e cirurgia vascular. Articula ações do laboratório de sensibilidades onde os estudantes aprendem o exame dos pés, examinando-se mutuamente, e refletindo sobre a representação social do médico e a relação médico paciente. No PIESC os estudantes entram em contato com as

ações que a secretaria de saúde.

Nas unidades de saúde, as equipes são convidadas a rever a situação de seus pacientes com diabetes. Cadastro, atualização de receitas, exames e, obviamente, o exame dos pés. A presença dos estudantes do curso de medicina é um estímulo para as ações. Na quarta-feira que antecede o feriado da semana santa na região, uma grande celebração é realizada no pátio da igreja matriz de Caruaru. (figura 6 e 7) Em toldos instalados pela secretaria, estudantes e professores do curso de medicina da UFPE e de outros cursos da área da saúde e de outras instituições da região, profissionais de saúde da secretaria municipal, o próprio secretário de saúde e até o prefeito, convidam os transeuntes para aferir a pressão arterial, a glicemia capilar, avaliar peso e medidas antropométricas, conversar sobre sua alimentação e, os que se sentirem à vontade, examinar os pés.

Figura 6 – Vice-prefeito e coordenador do curso Lava-pés 2015



Fonte: Acervo do autor

Figura 7 – Estudantes no pátio da Igreja Matriz Lava-pés 2015



Fonte: Acervo do autor

A campanha tem resultados sobre a linha de cuidado com redução dos indicadores de amputação alta ainda não sistematizados, mas reconhecidos pelos gestores locais. Para o curso de medicina tem resultados simbólicos internos e externos. Para a comunidade interna é uma forma de exercitar o aprendizado ativo, interdisciplinar, e orientado pelas necessidades de saúde. O lava pés coloca a promoção da saúde e as questões da representação social do médico, do seu lugar no mundo e na vida das pessoas como questão central do curso. É uma afirmação do projeto pedagógico para os que fazem o curso, mas também para a sociedade local, onde reverberam as disputas sobre os sentidos da interiorização da universidade.

“O lava pés independe de gestão, a NOAS não tem o que falar. Então assim, é ela é hoje a regulação de Caruaru. Ela e o Nascer Bem virou Política Municipal. Já atravessou o governo todo. Então assim, é a diferença que realmente faz quando a marca vem da Universidade então quando a marca vem da Universidade fica mais fácil de você conseguir fazer de alguma maneira com que ela não sofra tanto nessas mudanças todas que acontecem no campo da política. Tanto que a gente que ninguém quis mudar o nome da NOA ninguém quis mudar o nome do Lava-pés” (E07)

5.3.6.3 Lei Municipal de Residências

Uma das inserções dos professores na gestão municipal foi na construção da política municipal de educação permanente e, dentro desta, da lei municipal de residências. A universidade sediou vários encontros de educação permanente com trabalhadores e trabalhadoras da secretaria municipal, participou da construção e execução das ofertas educacionais, e conduziu o processo de supervisão dos médicos do Programa Mais Médicos. A residência médica, como analisado anteriormente, é parte do conjunto de propostas de regulação da formação previstas no PMM. Segundo a lei 12.871/2013, as escolas médicas deveriam oferecer o mesmo número de vagas de residência médica que oferecem de graduação, a partir de 2018. O planejamento do curso de medicina de Caruaru foi de abrir 20 vagas por ano, a partir de 2014. O projeto respondia às exigências legais, mas também possuía um componente estratégico para o curso: a qualificação do campo de práticas, sobretudo para o internato.

A análise de experiências anteriores de oferta de residência médica mostrou a necessidade da complementação da bolsa para a equivalência aos valores salariais praticados, especialmente para a atenção básica. A falta de médicos na atenção básica fazia com que o recém-formado pudesse assumir um emprego como médico da atenção básica, mesmo sem qualificação, com salários em torno de R\$ 10.000,00. Com a implantação do Mais Médicos, a situação se acentuava em virtude da bolsa oferecida pelo programa de mais de R\$ 12.000,00. Entendendo a necessidade de formar médicos com residência em Medicina de Família e Comunidade para apoiar os processos formativos e qualificação da gestão, mas sobretudo para suprir a necessidade futura de professores para o curso, coordenação e gestão municipal conduziram uma agenda que envolvia o debate com as secretarias de administração e planejamento e com o legislativo municipal. Sob a condução do professor Marcos Pedrosa, coordenador da Comissão de Residência Médica – NCV/UFPE e assessor da secretária municipal de saúde, foram realizados estudos que demonstram a viabilidade econômica e jurídica da complementação da bolsa. Em 29 de janeiro de 2016 a prefeitura de Caruaru promulga a lei 5622, que institui o Sistema Integrado Saúde Escola do SUS no âmbito do município de Caruaru, com a devida previsão orçamentária para a

complementação de bolsas. A lei é um marco no estado de Pernambuco onde há a compreensão de que o financiamento de bolsas de residência é uma atribuição do governo do estado, e confere ao município autonomia e maior capacidade de incidir sobre a formação de especialistas. (CARUARU, 2016)

“A gente também instituiu uma lei que permite ao município remunerar residentes, porque a gente sabe pela produção que é uma forma de você fixar os profissionais na região. Acho que o grande interesse de todos é que a gente possa estar formando médico aqui para região. A gente já identifica profissionais que permaneceram aqui na região especialmente em cidades menores. Eu acho que isso é um ganho muito grande do ponto de vista de provimento, especialmente nesse momento que a gente tem um declínio em relação à oferta de médico pelo Mais Médicos” (E06)

5.3.6.4 Nascer Bem Caruaru.

Outra demanda feita pela secretaria municipal de saúde e ressignificada na parceria com a UFPE, resultou em outra lei municipal que dispõe sobre a humanização da assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, o Nascer Bem Caruaru. No momento da implantação do curso de medicina em Caruaru, a secretaria municipal de saúde possuía uma maternidade de baixo risco chamada Casa de Saúde Bom Jesus. A região do agreste e a cidade de Caruaru possuía indicadores muito ruins de percentual de cesáreas e de mortalidade materna. O coeficiente de mortalidade materna é calculado em base de 100 mil nascidos vivos, e em uma população abaixo de 1 milhão de habitantes 1 óbito produz grandes variações no coeficiente. Em 1995 houve 4 óbitos na cidade, o que gerou um coeficiente de 71,14 mortes por 100.000 nascidos vivos. Em 2013, foram 5 óbitos e um coeficiente de 87,5. No período entre estes dois anos com taxas mais altas houve muita variação. O indicador é calculado com base no município de residência da mulher e sofre influência da assistência pré-natal e da assistência ao parto. No Brasil, o indicador vem apresentando tendência de redução com média nacional de 59,1 mortes/100 mil nascidos vivos em 2018. No nordeste o CMM chegou a 67,3 mortes/100 mil no mesmo ano. (BRASIL, 2020)

No processo de implantação do curso de medicina e em virtude de outras ações em andamento, a secretaria de saúde solicita ao curso um apoio nas ações

de humanização ao parto na Casa de Saúde, especificamente na requalificação da ambiência da maternidade. No corpo docente recém-contratado havia vários médicos com formação e atuação na humanização do parto. As residências de medicina da família onde vários professores foram formados, contavam com estágios em ONGs que promoviam práticas de parto humanizado e, até mesmo, domiciliar. As professoras de obstetrícia contratadas também vinham de formação em boas práticas obstétricas. Do pedido de ajuda com a ambiência da maternidade nasceu uma política municipal de humanização e requalificação da linha de cuidado à mulher e ao recém-nascido.

A formulação e implantação do Nacer Bem Caruaru se deu no contexto da implantação da Rede Cegonha. Política nacional de requalificação da assistência ao parto e ao recém-nascido, instituída pelo Ministério da Saúde em 2011. Cavalcanti et al (2013), descreve o modelo lógico da política e enumera suas justificativas e objetivos. Elevado número de gravidezes indesejadas, dificuldade de acesso ao pré-natal de qualidade, peregrinação de gestantes no momento do parto, parto e nascimento inadequado e sem base em evidências científicas, são problemas que levam a um elevado número de óbitos maternos e infantis evitáveis, morbidade materna severa, elevado número de abortos inseguros e altas taxas de cesáreas. Como causa desses problemas os autores apontam um modelo de atenção marcado por medicalização, intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, prática abusiva de cesáreas, falta de privacidade e desrespeito à autonomia e aos direitos das gestantes, defasagem nos currículos das instituições de ensino em saúde, inadequação da ambiência, estrutura e equipamentos de serviços de saúde, financiamento insuficiente, baixa capacidade institucional, rede fragmentada e pouco resolutiva, baixa capacidade gerencial e das equipes. Diante destes problemas e desta relação de causalidade, os objetivos da política foram: fomentar a implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, organizar a rede de atenção e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade materna.

Pasche et al (2014) analisam os desafios para implementação da Rede Cegonha no contexto da reconfiguração das Redes de Atenção à Saúde, estratégia central do ministério da saúde no primeiro mandato da presidenta Dilma Rousseff. A superação do modelo hegemônico de atenção ao parto no Brasil, as questões de gênero e as práticas assistenciais, o cuidado especial às adolescentes e jovens, a garantia do acompanhante no parto e na UTI neonatal são problemas estruturais na

organização da sociedade brasileira com rebatimento nas práticas profissionais. Para todos esses desafios a formação de profissionais de saúde é uma questão estratégica. Bitencourt et al (2021) avaliaram o grau de implantação das cinco diretrizes da Rede Cegonha nos 606 estabelecimentos localizados em regiões de saúde com plano de ação da rede, nos anos de 2016 e 2017. Quanto ao grau de implantação as diretrizes apresentaram 24,8% de inadequação, 71,1% de adequação parcial e, apenas, 4,1% de adequação. A região nordeste apresentou 23,4%, 74,3% e 2,3%, respectivamente, o que indica a dificuldade da mudança do modelo de atenção e de práticas. (BITENCOURT et al, 2021).

Em Caruaru, não foram realizados estudos específicos quanto ao grau de implantação das medidas. Mas a construção de todas as diretrizes da política foram feitas em conjunto com a universidade. Desde a qualificação do pré-natal na atenção básica à requalificação da ambiência da maternidade municipal, todas as etapas foram construídas nos serviços com a presença e mediação pedagógica do curso de medicina. Importante destacar a implantação dos protocolos técnico assistenciais em rede, que articulavam a atenção básica e a maternidade, assim como, a implantação do pré-parto com acompanhamento de enfermeiras obstetras e incentivo financeiro para as equipes por boas práticas em obstetrícia, e indicadores de processo e resultado na linha de cuidado das gestantes e recém-nascidos. Um dos diferenciais do Nascer Bem Caruaru foi a construção *bottom up*. A partir da pactuação do processo de trabalho com as equipes, com os serviços e com a gestão, uma vez consolidada a mudança de práticas, foi apresentado à Câmara dos Vereadores um projeto de lei de iniciativa popular que torna lei municipal todas as mudanças e direitos previstos no programa.

“foi se construindo, os protocolos para implantação das boas práticas obstétricas. A gente mudou também, novamente, o processo de gratificação dos médicos, que os médicos ganhavam gratificação em cima de procedimentos realizados. E isso aí durou alguns meses que foi muito conflito, porque aí a gente propôs que, ao invés de ser de a gratificação ser em cima dos procedimentos, ser em cima da utilização das boas práticas obstétricas” (E06)

“Então teve todo um processo que culminou com a política né que se propôs a ser uma lei a lei nascer bem Caruaru a ideia que essa lei fosse resultante desse movimento social tanto é que a gente começou a coletar A lei foi

construída também de novo com a ajuda da faculdade de Medicina, de professores da faculdade de medicina foi colocada em consulta pública também essa proposta de lei Mas o movimento decidiu que ele deveria ser uma lei resultante de Iniciativa popular” (E06)

5.3.6.5 Programa Mais Médicos – Componente provimento

O programa Mais Médicos foi instituído pela medida provisória 621/2013, promulgada como lei federal 12.871 em 22 de outubro de 2013, com dois componentes principais. O componente de formação é extensamente discutido ao longo deste texto e é um dos principais responsáveis pela implantação do curso de medicina de Caruaru. O componente de provimento previa a contratação de médicos em três modalidades. Inicialmente deu-se a convocação de médicos com registro no Brasil, seguido por médicos brasileiros formados no exterior, porém ainda sem registro profissional no Brasil, e em terceiro lugar a convocação de médicos estrangeiros em regime de intercâmbio, para atuação exclusiva no programa. Ainda fez parte do componente provimento do programa o estabelecimento de cooperação internacional com o governo de Cuba, por intermédio da Organização Pan-americana de Saúde, para provimento emergência de médicos caso as três convocatórias anteriores não resultassem em provimento adequado.

A necessidade e oferta de vagas de trabalho se deu por adesão dos municípios ao programa que implicava em renúncia de parte das transferências de recursos financeiros federais em contrapartida ao provimento pelo Ministério da Saúde. As áreas mais críticas de fixação de profissionais médicos foram organizadas em cinco perfis prioritários: as capitais e regiões metropolitanas, os 100 municípios de menor arrecadação per capita com alta vulnerabilidade social, municípios com população vivendo na extrema pobreza maior de 20%, e os 34 Distritos Sanitários Indígenas – DSEIS. O quadro 23 mostra a adesão por segmento, e a adesão total ao programa. Em 2015, 4068 municípios, incluindo todas as capitais e todos os distritos sanitários indígenas.

Quadro 23 – Adesão de municípios ao Mais Médicos

Perfil	Total Municípios	Adesão	% adesão
Capitais	27	27	100
Região Metropolitana	509	441	87
G100	98	93	95
20% extrema pobreza	1708	1393	82%
DSEI	34 distritos	34 distritos	100
Demais	3228	2144	66
Total (Brasil)	5570+34 distritos	4068 +34 distritos	81%

Fonte: Brasil, 2015

Aos municípios coube a garantia de hospedagem e ajuda de custos para alimentação dos médicos intercambistas e cooperados. Às instituições de ensino coube o componente de provimento do programa. As universidades foram responsáveis pelo acolhimento dos médicos estrangeiros com oferta de curso introdutório para atuação no Brasil, pela oferta da especialização que acompanhava os dois anos de intercâmbio ou cooperação e pela supervisão in loco das atividades do programa. Em Pernambuco a UFPE participou de todas as três modalidades e esteve presente na primeira missão a Cuba, para formação dos primeiros 2000 médicos da cooperação.

Em junho de 2015, o Brasil conta com 18.240 médicos participantes do programa distribuídos em 4058 municípios (quadro 24), 72,8% das cidades do Brasil, além de todos os DSEI. (Brasil, 2015) Em Pernambuco a UFPE é responsável pelas 4^a, 5^a e 6^a regiões de saúde, além de parte da 1^a região, com 346 médicos, em 58 municípios. Em Caruaru o programa garantia a presença de 28 médicos, sob supervisão da UFPE.

Quadro 24 – Mais Médicos, número de médicos por categoria e região do país.

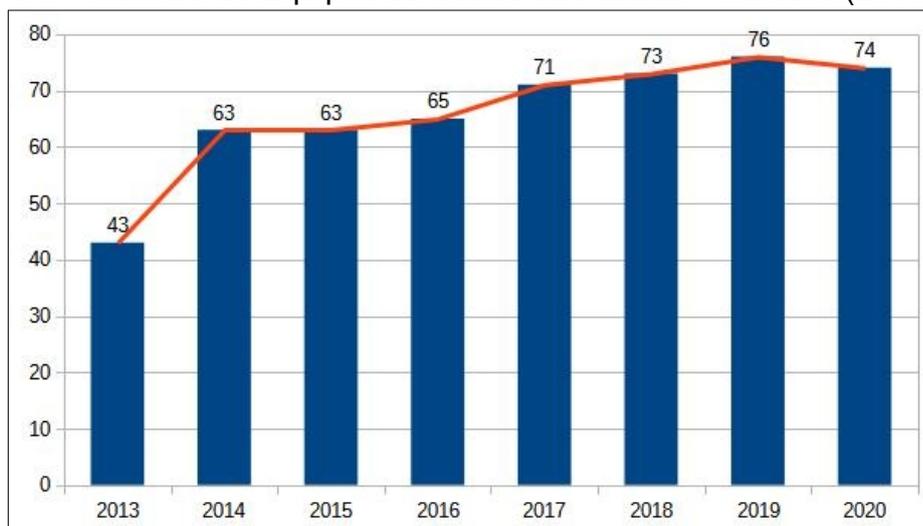
Região	CRM BRASIL	INTER-CAMBISTA COOPERADO	INTER-CAMBISTA INDIVIDUAL	Total Médicos
Centro-Oeste	489	705	115	1309
Nordeste	2.472	3.745	291	6.508
Norte	442	1.561	230	2.233
Sudeste	1.282	3.592	432	5.306
Sul	589	1.826	469	2.884
Total Geral	5.274	11.429	1.537	18.240

Fonte: Brasil, 2015

A evolução da cobertura da atenção básica mostra claramente a importância do programa e, conseqüentemente da universidade, para a cidade. O plano municipal de saúde para o período de 2010 a 2013, apresenta a cobertura de atenção básica na cidade quando de sua elaboração. Com 43 equipes de saúde da família, o município apresentava uma cobertura de 51% da população. No plano seguinte, 2014 a 2017, o município apresentava 42 equipes, uma cobertura de 42,58%, e projetava uma cobertura ideal de 70%. Para esta meta, seria necessário a implantação de 32 novas equipes. O plano reconhece a dificuldade de expansão da rede pela falta de médicos.

O contexto de falta do profissional médico para compor as equipes de saúde da família impede a expansão da atenção básica municipal, uma vez que este profissional é imprescindível na implantação de uma equipe de saúde da família. Aliado à falta do profissional médico, encontramos profissionais de saúde na atenção básica sem qualificação para o trabalho nas comunidades e com dificuldade em responsabilização pelo território que assiste. No processo de trabalho da atenção básica municipal existem dificuldades na implantação das linhas de cuidado para assistência à população, principalmente porque envolve trabalho intersetorial, necessitando fortalecimento destes vínculos entre os departamentos de atenção à saúde. (CARUARU, 2014)

Gráfico 8 – Número de Equipes de Saúde da Família – Caruaru (2013-2020)



Fonte: eGestorAB

No período analisado o crescimento da cobertura foi de 72,09%. (gráfico 8) Em 2019, o município ultrapassa a meta estabelecida no plano de 2014 de 74 equipes, e mais de 70% da população coberta pela atenção básica. Em 2015, das 63 equipes, 28 eram compostas por médicos do programa, perfazendo 44% das equipes.

Em relação aos atores externos à universidade, mas não às políticas em análise, o PMM conferiu legitimidade inédita junto à gestão municipal. Foi com essa legitimidade que a universidade negociou os campos de práticas, articulação de transcorreu naturalmente nos primeiros anos de funcionamento do curso. A implantação do curso possibilitou o provisionamento imediato de médicos, a ampliação e qualificação da atenção básica e uma virada na relação da secretaria de saúde com a população. A iniciativa de educação permanente dos médicos do PMM, foi conduzida por professores que também faziam parte da gestão municipal e estendida aos demais médicos da rede. Esse alinhamento permitiu, também, a aproximação dos professores com os profissionais de saúde de toda a rede. A análise da estratégia de educação permanente, articulada pelo Mais Médicos, também permite enxergar uma das limitações do desenho do programa nacional. Paradoxalmente a toda essa articulação e, em decorrência da resistência e oposição da categoria médica, o programa não permitia que os médicos participantes pudessem receber alunos de graduação. Muitos médicos da cooperação com Cuba possuíam pós-graduação e atuavam como professores na ilha, e possuíam a

qualificação necessária para serem professores ou preceptores no Brasil.

“Desde o Primeiro Momento a gente já vinha participando da discussão do mais médicos e Caruaru estava esperando ansiosamente, porque o mais médicos ele era uma resposta muito rápida a um problema secular do Brasil que era não só o provimento de médicos mas provimento de médicos que tivessem o interesse de executar um trabalho integral, um trabalho cuidadoso, humanizado, diferenciado então a gente fez uma adesão à Caruaru aderiu no primeiro momento ao mais médicos em 2013. E a gente mais uma vez conseguiu estabelecer uma parceria com a universidade aqui, com a faculdade de medicina para formar um grupo, que na época era conduzido por Marcos Pedrosa e por Isaías. A gente montou um grupo que era o trabalho da Secretaria de Saúde de toda a semana, toda sexta-feira. Todos os médicos do Mais Médicos se reuniam para tá discutindo como é que estava se dando a impressão deles o processo trabalho. Foi um processo que foi muito rico. Eu acho que a universidade teve um papel muito importante. Eu acho que Caruaru foi uma cidade que se destacou em relação ao Mais Médicos. Eu acho que a gente chegou a receber 36 ou 37 médicos do Mais Médicos.” (E06)

A associação do curso como o PMM é a consideração mais presente nos grupos focais da pesquisa. Quando interrogados sobre as políticas de interiorização de expansão do ensino superior, os professores avaliam conhecer pouco sobre as iniciativas da política de educação, mas todos fazem uma associação muito forte do curso com o mais médicos.

“O curso não existe curso sem o mais médicos de maneira nenhuma. E esse curso faz com que o mais médicos tenha um patamar diferente também porque ele pega do começo ao fim do mais médicos. Então esse curso materializa o mais médicos do começo ao fim. Desde a necessidade de expansão e de interiorização, até o resultado. Então assim, eu acho que o mais médicos é esse curso, e esse curso acaba sendo o mais médicos” (GF01)

Essa associação funcionou como um fator positivo para a adesão de alguns professores, mais ligados às reformas do ensino na década de 1990 e ao SUS. Inicialmente não houve reação explícita à proposta do curso, mas com o passar do tempo esta associação passou a ser interpretada como se o curso tivesse por objetivo formar apenas médicos de família, em detrimento a uma formação geral ou para outras especialidades. Este argumento esteve presente nas disputas para a

sucessão da coordenação do curso nos anos posteriores. Mas nada se compara a reação das entidades médicas do estado de Pernambuco. O sindicato dos médicos utilizou seu corpo de advogados para processar eticamente dois professores responsáveis pelo programa na UFPE e um secretário do ministério da saúde, ex-sindicalista, pelo descumprimento de 9 artigos do código de ética médica, e com isso ameaçavam caçar o registro profissional dos três médicos. (figura 8). A advocacia geral da união assumiu a defesa dos réus, e a justiça federal considerou injustificada a denúncia, que já havia sido aceita pelo Conselho Regional de Medicina. O SIMEPE não recorreu.

“A gente via isso, assim, existe um grupo que, na época, tinha vinculação com o governo. É, com o governo do PT, que veio para cá com essa, assim, mais coeso nessa intenção. E não sei se era a forma de viabilizar, eu fico pensando: se o cara, sei lá, vem de outra cidade com essa intenção de formar a universidade para ganhar o salário de professor. É pau né? Você deixar tudo. Você tem um projeto. Tá certo que a ideologia importante, mas, às vezes, eu vi o programa mais médico como um complemento, uma coisa mais para o cara tá ali, botando aqui para frente. Sem fazer julgamento do certo ou do errado. Mas eu acho que tinha isso, tinha essa visão de que talvez se o governo, o programa, pessoas que se aliaram a isso não tivesse acontecido eu acho que isso foi o que foi determinante para o curso de medicina ter vindo para cá. Não foi nem necessidade da cidade, sonho da cidade, nada disso. Sabe eu acho que foi um uma conjuntura do Governo Federal” (GF03)

A posição das entidades médicas e os modos como elas atuam, foram bem analisados por Gomes e Merhy (2017). Na UFPE tal reação fez com que a condução do PMM fosse definida diretamente pela reitoria, em articulação direta com o Ministério da Educação. A adesão da UFPE ao programa era considerada estratégica na relação com o MEC e, até mesmo, com a presidência da república. O curso da capital recusou-se a discutir o programa, e a reitoria optou por não fazer o enfrentamento. O responsável pela adesão e gestão do programa seria o curso de Caruaru e a este coube todo o ônus político.

Figura 8 – Notícia do site G1 em 6/9/2013



Fonte: (<https://g1.globo.com/pe/noticia/2013/09/sindicato-denuncia-ao-conselho-tutores-dos-mais-medicos-em-pe.html> acesso em 11/7/22)

5.3.6.6 As ferramentas e dispositivos de gestão de coletivos do SUS.

A análise combinada das duas políticas, educação e saúde, a partir do caso do curso de medicina de Caruaru, oferece uma contribuição para a análise de políticas e para se pensar a gestão universitária. A partir das categorias e das experiências descritas anteriormente, podemos constatar que várias ferramentas e dispositivos utilizados na gestão pedagógica do curso, são originários das práticas de gestão do SUS. O processo de construção do projeto pedagógico do curso, partiu do princípio de que os atores envolvidos na ação devem participar do planejamento institucional. A recusa ao planejamento normativo, entregue a especialistas, e a opção pela construção coletiva é uma prática consolidada no SUS, com forte influência de Carlos Matus, Mario Testa, Francisco Javier Uribe Rivera, Gastão Wagner e Emerson Merhy. A educação permanente foi um conceito que perpassou toda a construção do curso, a compreensão sobre o trabalho docente e do futuro profissional de saúde. Mas também foi um dispositivo de gestão pedagógica do cotidiano, inaugurando práticas docentes coletivas e colaborativas. Todas as iniciativas de parceria com o SUS (NOAS, Nascer Bem, Lava pés, Lei de residências, Mais Médicos) são construídas a partir da noção de objetos compartilhados, da interseção de competências com na Co-gestão sugerida por Gastão Wagner. (CAMPOS, 2007). O acolhimento aos professores e estudantes como prática de gestão do curso, construindo autonomia e projetos compartilhados, guarda paralelos ao dispositivo previsto na política nacional de humanização, e um

dos dispositivos do método Paidéia, também proposto por Gastão Wagner (CAMPOS, 2003). As análises que sustentam e as apostas que foram feitas no laboratório de sensibilidades estão fundamentadas na compreensão micropolítica das práticas em saúde, no olhar sobre o cuidado em saúde presente em toda a obra de Emerson Merhy. (FRANCO e MERHY, 2013) Também no laboratório de sensibilidades e em vários módulos temáticos há espaço para a aproximação a outras racionalidades em saúde, o que sugere uma tentativa de conhecimento rizomático, não arborescente. (LINS, 2005)

“O 3º ano, enquanto EP, construiu o instrumento novo para avaliação da tutoria e levou isso para o colegiado. Foi aprovado e se mudou esse sistema. E a gente viu e gostou do sistema. Conversamos na nossa EP e fizemos da mesma forma. Não é existe um sistema de gestão. Existe uma coisa que, assim, com a minha turma, não era desconfortável. Mas, por exemplo, o coordenador do ano, ele é um par, ele não é hierarquicamente superior aos seus” (GF03)

5.3.7 A gestão da escola

Chamamos a atenção para dois campos de produção teórica e de práticas de gestão interdisciplinares, com influências da sociologia, da psicologia e da administração. O planejamento estratégico é uma construção que parte da compreensão do estado, da democracia, e do papel das instituições na construção de ambos. A análise institucional, área com mais influência da psicologia institucional, pode ser parte do referencial teórico e prático do planejamento estratégico ou mecanismo de gestão do cotidiano, do redesenho institucional e da própria concepção de políticas. Elementos dos dois campos estão presentes em várias ações e processos de tomada de decisões na implantação institucional do curso de medicina de Caruaru. Apesar desses campos serem de uso universal no serviço público, e até mesmo no privado, não são saberes e práticas presentes no cotidiano da gestão universitária. Por outro lado, tornaram-se saberes e práticas difundidas em todos os níveis de gestão do SUS. Estas são contribuições indiretas dos SUS para a universidade que não implicam transferências de recursos, cessão de campos de práticas, ou gestão de serviços. São contribuições teóricas e práticas

para a gestão, como discutidas na seção anterior. Destas contribuições, salientamos o que achamos relevante para o arranjo institucional da escola. Um arranjo construído coletivamente com professores, estudantes e técnicos, e que respondia a um pensamento estratégico com análise situacional, e visão de futuro.

Como discutido anteriormente, a análise das experiências anteriores de cursos implementados no interior e dos cursos mais tradicionais apontava para uma organização de poder a partir dos departamentos que guardam correlação com a organização do mercado médico liberal e as entidades médicas, leia-se sociedades de especialistas. Os departamentos esvaziam as coordenações de curso e limitam suas capacidades de gestão. Vários arranjos foram experimentados até a definição do modelo de gestão atual do curso. Inicialmente as coordenações que compunham o colegiado foram desenhadas segundo os eixos do projeto pedagógico inicial.

“O curso de medicina da UFPE – CARUARU será estruturado em núcleos, a partir da sua autorização de funcionamento pelo Ministério da Educação, que substituem o modelo departamental. As áreas de conhecimento médico, tradicionalmente desmembradas em disciplinas, são reagrupadas em grandes temas curriculares. Nos temas estão agrupadas as unidades curriculares (módulos) interdisciplinares. Os núcleos são os responsáveis pela integração dos objetivos do aprendizado durante todo o curso, e pelo trabalho de investigação (pesquisa). Estes núcleos são abaixo discriminados em conjunto com os temas que o compõem:

Núcleo Saúde

- O ser biológico
- Assistência à saúde
- Processo saúde–doença
- Necessidades especiais e autonomia

Núcleo Social

- O ser social
- Busca do conhecimento
- Saúde e sociedade
- Comunicação

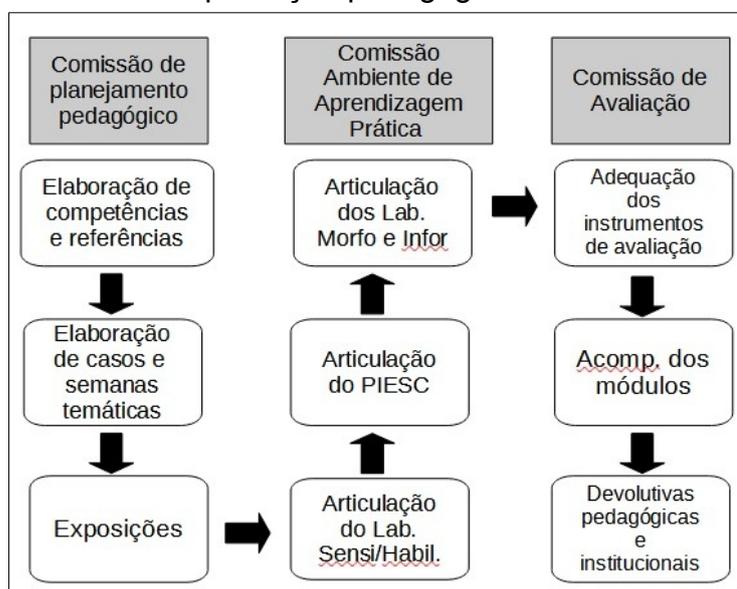
Núcleo de Educação em Saúde

- Desenvolvimento curricular
- Métodos de ensino e aprendizagem

- Avaliação
- Desenvolvimento docente” (PPC, 2010)

Após a contratação do primeiro grupo de professores e a readequação do PPC às exigências da UFPE, outro arranjo foi proposto a partir das necessidades de gestão dos primeiros anos do curso. Este segundo modelo (figura 9) procura superar a dicotomia entre o social e o biológico e responde às funções de gestão pedagógica do curso.

Figura 9 – Linha de produção pedagógica do curso de medicina.



Fonte: Doc. interno do curso

O colegiado do curso foi a primeira instância decisória do curso instalada. No arranjo inicial seria composto pelos núcleos de saúde, social, educação e por representações discentes e docentes. No segundo arranjo, seria composto pelas comissões de planejamento, articulação pedagógica e avaliação. Na prática, o colegiado funcionou de maneira ampliada no primeiro ano do curso, em virtude da pequena quantidade de professores e como estratégia de valorizar a participação coletiva. Durante o primeiro ano, as comissões acabaram tendo suas atividades superpostas e o planejamento pedagógico, a articulação de práticas e a avaliação se davam nos espaços de educação permanente. As EP foram paulatinamente se tornando o espaço de poder do curso e a coordenação do ano, sua representação direta. Desta forma, o terceiro arranjo organizativo foi proposto com a composição

do colegiado sendo definida pelas coordenações de ano, do internato e representação discente.

Este arranjo organizacional e o processo como foi construído confere ao colegiado e a coordenação legitimidade para a condução dos processos pedagógicos. Os grupos focais reconhecem a importância das EPs para o processo de gestão do curso, mas os professores entendem que a pauta administrativa esvaziou os processos de educação permanente propriamente dito, e sentem falta disso.

“O curso, sem a EP, ele sofreria tanto no que diz respeito ao próprio processo de aprendizagem como ao processo de gestão do curso. Pelo fato do curso ter organizado essa forma de gestão como gestão do curso. Então a coordenação do ano ela cumpre um papel muito importante. E aí a coordenação do curso de medicina ela na verdade é uma grande articuladora. O papel da coordenação é garantir a articulação é garantir o diálogo é fortalecer esses espaços que na verdade são espaços autônomicos de gestão, você tem uma gestão autônoma em cada ano, mas a coordenação tem que fazer essa costura. Promover de fato um diálogo e a gente se perceber como um conjunto pra que também não fiquem exceções no próprio curso.” (GF01)

“E aí a gente via a EP como lugar em que a gente ia se debruçar sobre a teoria e estudar e ler artigos e se preparar não que isso não tem acontecido que a gente não tem estudado sobre o PBL sobre metodologias ativas como todo mas muito mais do que a teoria a EP tinha uma função da gente discutir a prática do que a gente tava fazendo naquele momento né então isso para mim nos primeiros anos que eu tava lá foi muito marcante da gente conseguir conversar sobre dificuldades com cada aluno da gente conhecer os alunos a gente tem opinião de quem tava com aluno no piesc” (GF02)

“poucas vezes eu vi a ep de forma a gente aprende na é o espaço de educação permanente antigamente chamava até de encontro pedagógico porque EP, encontro pedagógico/educação permanente mas assim poucas vezes a gente conseguiu ou quase nunca vou dizer assim trazer um momento de instrução formal e com o professor que se destaca em educação médica” (GF03)

Durante os dois primeiros anos do curso a gestão central da UFPE permitiu a coincidência entre os espaços de gestão pedagógica e administrativa da universidade. Neste período, a coordenação de curso respondeu por sua função

precípua de coordenação pedagógica, mas também pela coordenação administrativa e pelo Núcleo Docente Estruturante – NDE, instância exigida pela legislação educacional para salvaguardar o PPC. Ao colegiado coube a definição do perfil de professores, a partir do segundo concurso. As reuniões de colegiado para definição do perfil de professores eram abertas com a participação massiva da comunidade acadêmica, onde a coordenação apresentava sua proposta, construída a partir do perfil epidemiológico e com a secretaria de saúde. Toda a comunidade era convidada a debater a proposta, mas apenas o colegiado tinha poder de voto, o que acabava funcionando como um referendo à posição da assembleia. Essa iniciativa conferia legitimidade ao processo decisório e à coordenação para os processos cotidianos. Estratégia desenhada a partir do diagnóstico do esvaziamento de poder que as coordenações de curso enfrentam, sobretudo, em universidades federais.

“Medicina conseguiu fazer diferente ele conseguiu que o coordenador do curso fosse como diretor da unidade porque em Caruaru tinha duas coisas primeiro era o diretor da unidade o diretor de cada curso e isso aí era Departamento com outro nome então quando você traz para uma pessoa e para um conjunto uma comissão a responsabilidade de gestão do núcleo de ciência da vida na formação da dos médicos com todo mundo participando isso realmente possibilitou o desenvolvimento da metodologia e atingir a meta que estava programada” (E03)

A medida em que o corpo docente do curso de medicina foi se ampliando, o conselho do Centro Acadêmico do Agreste e as instâncias superiores da UFPE exigiram a adequação do curso à estrutura administrativa da universidade. Os demais cursos do CAA, organizavam-se núcleos em alternativa aos departamentos. A proposta pedagógica e sua correspondência administrativa já estavam consolidadas. Coerente a esta proposta e, uma vez que o centro abrigava a medicina em Recife se chamava Centro de Ciências da Saúde, apoiado na síntese proposta por Portocarrero (2009), é proposta a criação do Núcleo de Ciências da Vida que passaria a abrigar um único curso. O NCV passa a responder pelas atribuições administrativas do curso, e é composto pela totalidade dos professores. Também abriga a Comissão de Residência Médica – COREME, e ainda a Coordenação do Ambiente Virtual de Aprendizagem, a Coordenação de Monitoria, a Coordenação de Pesquisa, a Coordenação de Extensão, a Coordenação de

Integração Ensino–Serviço, a Coordenação de Desenvolvimento Docente, e as Coordenações dos laboratórios Morfofuncional, de Sensibilidades, e de Antropologia, Arqueologia e Bem Viver.

Na análise dos grupos focais e entrevistas uma grande ausência chama a atenção. Em nenhum momento há qualquer citação a qualquer chefia de serviço como unidade de poder formal ou informal do curso de medicina. Em escolas tradicionais, o chefe de serviço pode coincidir com o coordenador da unidade disciplinar. Quando essa coincidência acontece temos a situação de máxima acumulação de poder na escola médica. Quando não, ao coordenador da disciplina ou do departamento, normalmente, são atribuídas as funções administrativas e representativas, subordinadas às prioridades do serviço. Nestas escolas, o serviço dita o conteúdo das disciplinas, os objetos dos grupos de pesquisa, e os posicionamentos da representação acadêmica, quando convém. Os cursos de medicina abertos, em universidades federais, no contexto do programa Mais Médicos, foram concebidos sem hospitais universitários. Este desenho pode ser entendido como uma medida de economia de recursos e de viabilidade prática. Também deriva da dificuldade histórica que o governo federal tem em administrar os hospitais universitários. A defesa deste desenho, feita pelo governo, foi a de que a ausência de hospitais obrigaria as escolas a uma integração maior com as redes de atenção e, conseqüentemente, um modelo pedagógico mais próximo das necessidades das populações assistidas e do SUS. Enxergamos duas conseqüências deste modelo. Nas universidades onde há hospitais universitários, estes equipamentos são a principal via de prestação de serviços para a comunidade, de toda a universidade. Em cidades menores, os hospitais universitários podem funcionar com o único serviço de alta complexidade de toda a região. Isto confere à universidade uma importância regional ainda maior, que apenas o curso. Por outro lado, a presença de um hospital universitário na constelação institucional de uma escola médica no interior pode interferir significativamente, se não determinar, seu projeto político pedagógico.

“enquanto que aqui a gente já veio com um projeto de estar enraizado dentro do SUS entendeu sabendo que a gente inclusive não ir até o hospital–escola aqui e não poder não ter hoje para escola a gente ia se utilizar os serviços de saúde” (E01)

O curso de medicina de Caruaru, apesar da determinação nacional, tentou localmente assumir ou participar da gestão de dois hospitais regionais. O Hospital Mestre Vitalino, desenhado para ser hospital de referência para linhas de cuidado de doenças crônicas não transmissíveis, foi construído nos primeiros anos do curso e inaugurado no mesmo ano em que o curso começou a funcionar. Apesar das tentativas do curso de medicina, a gestão estadual optou pela terceirização da gestão do hospital por meio de organizações sociais. O hospital São Sebastião, primeiro hospital da cidade, foi reformado durante os primeiros anos do curso para funcionar como hospital de retaguarda para as mesmas linhas de cuidado. Reinaugurado em 2018, seguiu o mesmo modelo.

Ainda sobre o arranjo institucional para dar resposta ao projeto político pedagógico do curso e viabilidade às políticas analisadas, é importante destacar duas iniciativas organizacionais. A institucionalização do Setor de Estudos e Assessoria Pedagógica – SEAP, e da Coordenação de Integração Ensino–Serviço. Estas iniciativas são resultado da capacidade de gestão acumulada na coordenação do curso, e posteriormente no Núcleo de Ciências da Vida, a partir do projeto pedagógico e para o projeto pedagógico. A UFPE conta com outros SEAP como iniciativa de apoio às coordenações de curso, porém estão vinculados aos centros acadêmicos. O próprio Centro Acadêmico do Agreste, onde está abrigado o NCV, conta com o NEAP com a mesma atribuição para todos os cursos do centro. A necessidade específica de acompanhamento e apoio pedagógico, que o uso de metodologias ativas traz a um curso justificou o dimensionamento de um setor específico para o curso de medicina. O SEAP conta com três pedagogos e uma psicóloga com as seguintes atribuições (PPC/2022):

1 – Assessorar pedagogicamente as coordenações de curso de graduação e os Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) nos processos de implantação, execução, avaliação e reformulação do Projeto Pedagógico de Curso (PPC);

2 – Contribuir com as coordenações dos cursos de graduação na preparação para as Avaliações Externas dos Cursos (Avaliação in loco e Enade), realizadas pela UFPE, CAA, Coordenação de Ensino – CAA, Instituto Nacional de Pesquisa Educacional Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da

Educação (MEC);

3 – Atuar em parceria com setores competentes no atendimento aos estudantes a fim de esclarecer dúvidas acerca das questões pedagógicas relacionadas à vida acadêmica e às questões éticas, estéticas, de acessibilidade, de identidade de gênero, sexual, religiosa, étnico-racial, de faixa geracional e sociocultural;

4 – Contribuir com os cursos de graduação, coadunando esforços com o coordenador, na mediação de conflitos pedagógicos, quando demandada sua intervenção;

5 – Monitorar, analisar e produzir dados referentes à evasão e retenção, em parceria com as coordenações dos cursos de graduação, objetivando propostas de melhorias nos processos de ensino e de aprendizagem;

6 – Sugerir instrumentos que possibilitem o monitoramento diagnóstico de egressos;

7 – Participar de reuniões que envolvam questões pedagógicas relacionadas a cursos de graduação do Centro Acadêmico do Agreste, a convite do coordenador de curso, no âmbito das atribuições do SEAP;

8 – Propor seminários, cursos, oficinas e outros eventos voltados à comunidade acadêmica;

9 – Assessorar o processo de acompanhamento dos estudantes inscritos no Programa de Acompanhamento de Estudos (PAE), conforme resolução específica;

10 – Acompanhar a vida acadêmica de discentes do Programa de Estudantes – Convênio de Graduação (PEC-G), em parceria com as coordenações de curso, quando houver.

A coordenação de integração ensino é responsável pela gestão administrativa das ações de ensino no SUS. Como o curso possui inserção na rede em todos os semestres com 480 h de atividades práticas durante o curso regular e 3.840h de internato, todo na rede conveniada, a organização administrativa do curso previu uma coordenação específica para este fim. Tal coordenação conta com servidores lotados nesta função e professores coordenadores e vice, permitindo que os professores dos módulos do PIESC e do internato dediquem-se às atividades pedagógicas.

5.3.8 O modelo de gestão das universidades federais

A análise das entrevistas, grupos focais e documentos do curso mostra que o mais adequado seria afirmar a ausência de qualquer modelo de gestão das universidades federais. Este componente do contexto da prática ou do processo da política mostra uma das maiores ausências no conjunto de medidas propostas para a expansão e interiorização das universidades. Conforme apresentado no capítulo de análise do contexto de influência, o conjunto de políticas em análise ampliou o número de universidades, criou novos campi, novos cursos, mais que dobrou o número de matrículas no sistema federal de ensino, mas manteve a mesma estrutura político-administrativa das universidades federais. As universidades federais são instituições da administração indireta, constituídas em autarquias e fundações vinculadas ao ministério da educação. A constituição federal de 1998 consolida a pluralidade do sistema nacional de educação superior, e confere às universidades autonomia didática, científica, política e administrativa. Porém não dispõe sobre a organização político administrativa das IFES no estado brasileiro. Não ausência de disposições legais posteriores, prevalecem decretos e leis promulgados nos períodos de governos autoritários e antidemocráticos, e decisões judiciais. O decreto nº 19.581/1931 promulgado nos primeiros anos do governo de Getúlio Vargas, e a lei nº 5.540/1968, conhecida como lei da reforma universitária promulgada no contexto de endurecimento da ditadura militar dos anos 1960, 1970 e 1980. A federalização das universidades regionais se deu por meio da lei nº

1.254/1950, último ano do governo do general Eurico Gaspar Dutra. (DINIZ, 2015)

“Como o REUNI trabalha com essa questão da autonomia universitária no centro, e criando indicadores de indução. Mas assim, como no conjunto de medidas do REUNI não tem uma proposta de reorganização administrativa da universidade.” (E02)

“o REUNI, não, ele não conseguiu dar o salto nas estruturas gerenciais e administrativas da Universidade, elas não conseguiram se reinventar na proporção, na medida da necessidade” (E05)

Amparado no decreto nº 200/1967 e na Lei nº 7.596/1987, o entendimento jurídico vigente compreende que, apesar de ser considerada parte da administração direta, as universidades públicas, sejam elas autarquias ou fundações devem estar submetidas ao mesmo estatuto legal dos órgãos públicos da administração direta. Isso vale para sua orçamentação e financiamento, para o regime de compras e contratações. A análise do contexto da prática mostrou que esses foram os principais empecilhos para a implantação das políticas analisadas em Caruaru.

5.3.8.1 A gestão de pessoas ou de recursos humanos

A contratação de qualquer servidor técnico administrativo ou professor por uma universidade federal brasileira segue os princípios do funcionalismo público e exige que o governo federal submeta ao congresso nacional a criação de um cargo específico. Esta ação mobiliza o Ministério do Planejamento, da Educação, da Casa Civil, e os respectivos órgãos de governança (Procuradoria Geral da República, Controladoria Geral da União e Tribunal de Contas da União). Uma vez previsto no orçamento federal e aprovado pelo congresso nacional as universidades estão autorizadas a realizarem concurso público para as vagas. Não há lei que discipline a realização dos concursos públicos, apenas decretos do poder executivo (Decreto nº 6.944/2009, atualizado pelo decreto nº 6.739/2019). Há um projeto de lei que tramita no congresso desde 2003, ainda não aprovado. Para garantir os princípios da administração pública e segundo os decretos, os concursos públicos devem seguir

rígido, demorado e caro processo de seleção pública. O resultado, na prática, são processos seletivos que duram entre seis meses e um ano, dependendo dos recursos e das frequentes contestações judiciais. Além disso e em virtude desta judicialização, os processos são pautados pela meritocracia acadêmica e pela burocracia estatal. Estes dois princípios são fundamentais para o exercício da função de professor, mas o resultado final dos processos seletivos podem, e frequentemente o fazem, priorizar o mérito acadêmico e a capacidade de atender a democracia em detrimento da criatividade, da capacidade de trabalho em equipe, de habilidades relacionais, e da necessidade de adaptação à realidade e às transformações tecnológicas.

“Para uma seleção de professores muito menos porque eles são muito mais vigiados inclusive do ponto de vista jurídico.” (E01)

“... pela estrutura do que é o tipo de concurso público, a gente não pode ver as competências dele. Que habilidades, atitudes e tal, então é isso. Tudo vai ser teórico, tudo que vai ser cognitivo, a aula expositiva. Por exemplo, se a gente quer a gente precisa de um professor que saiba mexer com simuladores por exemplo, que é coisa de habilidade a gente não tem como concursar o professor assim.” (E01)

Os concursos para o curso de Caruaru foram realizados e os professores empossados sob a lei nº 12863/2013, que em seu art. 8º, § primeiro estabelece a exigência do grau de doutor como requisito mínimo para todas as áreas, com exceção prevista no § 3º para “provimento para área de conhecimento ou em localidade com grave carência de detentores da titulação acadêmica de doutor, conforme decisão fundamentada de seu Conselho Superior.” (BRASIL, 2013) Tal exigência retardou ainda mais o processo dos concursos, que precisaram ser discutidos no conselho universitário. Como discutimos anteriormente, as resoluções internas da UFPE obrigaram os concursos a serem realizados com o mesmo rito de todos os cursos da universidade, com prova escrita, prática no formato de aula expositiva e prova de títulos. Esta exigência presume que a prova escrita é o instrumento para avaliação de conhecimentos, assim como a prova prática que também avalia a capacidade do professor de preparar e ministrar uma aula

teórica/expositiva. A prova de títulos pode contemplar a experiência profissional, mas privilegia a produção acadêmica. Espera-se com isso, fomentar a produção científica da universidade com a seleção dos professores com maior produção, mecanismo que denominamos fomento a montante. Este conjunto de normas, respaldadas nas legislações federais, vão de encontro às diretrizes da política nacional de expansão do ensino de medicina, da aproximação com o SUS e da inovação pedagógica.

Uma vez contratados, os professores seguem a carreira prevista em lei. Após o estágio probatório de 3 anos, podem progredir de dois em dois anos por meio de um processo avaliativo interno que, novamente, privilegia a produção científica. Professores que se dediquem exclusivamente ao ensino são, praticamente impedidos de progredir. A dificuldade em progredir é mais uma dificuldade para a contratação e manutenção de professores, sobretudo médicos, no quadro permanente. Para efeitos de comparação, tomamos a residência médica e o programa Mais Médicos como referência de remuneração de início de carreira para médicos, além do piso salarial defendido pela Federação Nacional dos Médicos – FENAM, para 20 h semanais, todos em valores de 2013. (tabela 12)

Tabela 12 – Comparação entre os valores de remuneração inicial e final da carreira docente com o início da carreira médica. (2013)

(continua)			
Cargo	Salário Base	Retribuição por titulação (RT)	Total
Residência Médica	2.976,26	–	2.976,26
Piso FENAM (20 h)	10.412,00	–	10.412,00
Bolsa Mais Médicos (40 h)	10.513,01	–	10.513,01
(conclusão)			

Cargo	Salário Base	Retribuição por titulação (RT)	Total
Professor Auxiliar 20 h	1.914,58	69,82 (s/pós)	1.984,40
		785,93 (dout.)	2.700,51
Professor Auxiliar DE	3.594,57	272,46	3.867,03
		4.455,20	8.049,77
Professor Titular 20 h	2.584,28	272,46	2.856,28
		4.455,20	7.039,48
Professor Titular DE	6.042,34	272,46	6.314,80
		4.455,20	10.497,54

Fonte: Portaria interministerial nº 9/2013 e nº 1.369/2013; Lei 12.863/2013; www.fenam.org.br

Conforme demonstrado na tabela acima, em 2013, quando foram realizados os primeiros concursos para o curso de medicina de Caruaru, a remuneração inicial de um médico recém-formado, que não precisa de titulação ou processo seletivo para ser admitido no programa que absorve integralmente todos os candidatos, prevista na mesma política que propõe a interiorização do ensino de medicina, excedia a remuneração prevista para o professor titular com doutorado e em regime de dedicação exclusiva. Para chegar a essa remuneração o professor precisa realizar 13 progressões, e pelo menos, 26 anos de exercício profissional.

Os professores em dedicação exclusiva são os que mais produzem na universidade, os que mais fazem pesquisa e extensão. Também são os que mais desempenham cargos de função. Mas a análise da experiência da UFPE em Caruaru mostra uma contradição com esta afirmação. Os professores em dedicação exclusiva não poderiam ter atuado na atenção ou na gestão municipal. Duas iniciativas que se mostraram fundamentais para a consolidação da política como prevista. A crítica à dedicação exclusiva em medicina, frequentemente é justificada pela necessidade do médico de atualização técnico-científica. Da forma como é apresentada presume que a universidade não é um espaço suficiente de formação

continuada e nem de incorporação tecnológica. Essa presunção sugere, implicitamente, que o mercado seria este espaço, portanto podemos localizar esta construção discursiva como um posicionamento liberal que entende, entre outras coisas, que a universidade forma para o mercado. Na experiência de Caruaru, as justificativas se devem pelas dificuldades de gestão do sistema, fortemente influenciadas pela falta de médicos, e pelas deficiências na atenção decorrentes do mesmo problema. Para qualificar os campos de práticas, no interior, foi fundamental que os professores estivessem na rede também como médicos, para o que a dedicação exclusiva era proibitiva. O princípio que orientou a reformulação da carreira do magistério superior presente na lei nº 12.863/2013, resultado das reivindicações do movimento docente por recomposição das perdas salariais acumuladas nos anos anteriores, foi o de conceder a recomposição por meio de um aumento progressivo, para que funcionasse como incentivo a dedicação exclusiva e a produção acadêmica/progressão. O contexto da prática mostrou que este é um princípio concorrente com as estratégias de integração com o SUS, e um fator dificultante de um plano de desenvolvimento local.

Como todo o servidor público brasileiro os professores e técnicos administrativos das IFES têm direito a estabilidade garantida na Constituição Federal. Nas universidades a estabilidade reforça o princípio da autonomia didática e científica dos professores. O direito é sumário após aprovação no período probatório de 3 anos. Após esse período, a exoneração de professores do cargo só se dá por instalação de processo administrativo disciplinar que prevê a exoneração como pena máxima. Porém considerando a seleção, o regime de contratação e gestão do trabalho como uma política institucional de gestão de pessoas, à luz do que as políticas pedem das universidades, podemos constatar outra contradição. Uma vez que o processo seletivo não pode valorizar competências necessárias para a docência em um curso como este, a dificuldade em afastar um professor que não se adéque ao modo de funcionamento do curso torna um problema intransponível. Uma saída seria uma avaliação criteriosa durante o estágio probatório, porém, na experiência analisada, a avaliação do desempenho dos professores neste período é tratado como uma mera formalidade, e a tentativa de levar a cabo uma reprovação uma epopeia Kafkiana.

Após a submissão aos conselhos superiores, o curso de medicina conseguiu autorização para concursar professores em regime de tempo parcial e sem

doutorado. Esta flexibilização produziu uma nova dificuldade no plano da gestão de pessoas. Dada a possibilidade de transferência interna na UFPE, e a baixa procura pelas vagas do interior, vários professores passaram a fazer o concurso para Caruaru visando o exercício em Recife. Logo após a aprovação, já solicitaram a transferência para o curso da capital e, amparados pelo princípio da estabilidade e sabedores da morosidade e das possibilidades recursivas dos processos de avaliação e disciplinares, adotaram postura contrária às orientações da coordenação como forma de pressionar por sua transferência.

5.3.8.2 Gestão de compras e serviços.

Para a implantação do curso de medicina em Caruaru foram necessários vários processos de compras e contratações de serviços. O acordo inicial entre os entes federados foi o de que a universidade, leia-se governo federal, construiria o prédio para abrigar o curso em um terreno que seria desapropriado pelo município e indenizado pelo estado de Pernambuco. Este acordo não foi formalizado. O terreno foi desapropriado por meio de decreto municipal em 2011, mas o governo estadual nunca cumpriu com a sua parte e a desapropriação não foi concluída. Esta mudança de postura guarda correlação com a mudança no cenário político nacional. Aliado do governo Lula, do qual foi ministro da Ciência e Tecnologia, o governador Eduardo Campos assume posição crítica ao governo Dilma e se lança candidato a presidente em 2014. Após seu falecimento durante a campanha para presidência, o Partido Socialista Brasileiro decide apoiar Aécio Neves, candidato do Partido da Social-Democracia Brasileira.

O curso iniciou suas atividades em um prédio alugado no Polo Comercial de Caruaru, assim como o CAA e os cursos que o antecederam. O Polo também abriga uma sede da Universidade de Pernambuco. As instalações alugadas foram dimensionadas para turmas bem menores e foram suficientes para apenas dois anos de funcionamento. Mesmo em sede alugada foram necessários o planejamento das necessidades de mobília e equipamentos, e os devidos processos de aquisição. Como explicamos anteriormente, a coordenação do curso acumulou a coordenação administrativa do que, posteriormente, viria a se tornar o Núcleo de Ciências da Vida. Em virtude disso, precisou constituir e acompanhar todos os processos

licitatórios instalados, assim como a execução do orçamento previsto para implantação do curso.

Assim como a gestão de pessoas, os processos de compras e contratações de serviços pelas universidades seguem os mesmos trâmites dos órgãos da administração direta. Apesar das universidades serem autarquias federais, estão submetidas às mesmas exigências previstas na lei nº 8.666/1993. O orçamento das universidades federais é definido anualmente pelo governo federal e submetido ao congresso nacional como parte da Lei Orçamentária Anual. No poder executivo ainda há um trâmite entre o Ministério da Educação e os ministérios da área econômica (Orçamento e Fazenda, na época). Aos componentes orçamentários previstos para a expansão, foram acrescentados novos valores devido à especificidade dos cursos de medicina. Porém, quando aprovado, o orçamento passa a ser um orçamento global da UFPE com destinações para a folha de pagamentos, incluindo os inativos, custeio e investimento. O que dificulta o acompanhamento orçamentário específico. Uma vez na universidade, o orçamento pode ser usado para qualquer finalidade em respeito à autonomia financeira. Isto se justifica porque várias ações para a abertura de um curso dispõem da estrutura administrativa comum da universidade, mas dificulta o acompanhamento da execução detalhada.

“ por exemplo, a lei 8666. Veja essa lei ela é completamente atrasada e nociva para o país. Todo mundo sabe disso mas ela se mantém. Ainda hoje é um atraso, ainda hoje e isso foi responsável por muitos problemas que nós tivemos na implementação. Para o próximo ciclo tem que se superar isso aí, tá certo? Porque você queria construir um prédio, então a burocracia que tinha fazer isso, a forma de você contratar empresas. Empresas vagabundas, certo? Elas entram e ganham pelo menor preço. Tem maneira de botar preço e qualidade. Tem, mas isso é tão complicado e as pessoas entram na justiça, aí atrasa o projeto. Não, esse é um ponto que tem que se pensar, tá certo? Isso, tem que mudar essa legislação!” (E04)

Em documentos internos da coordenação do curso encontramos a dotação orçamentária específica para a ação de implantação do curso de medicina, informada pelo MEC em encontro com os coordenadores. Ao orçamento global da UFPE foram acrescentados R\$ 2.185.867,00/ano para ações de custeio e R\$ 6.229.548,00/ano para investimento. Estes valores foram previstos para os anos de

2013–2015, perfazendo um total de R\$ 6.557.601,00 de custeio e R\$ 18.688.644,00 de investimento. Por aderir ao programa Mais Médicos a UFPE recebeu mais R\$ 1.161.245,00, perfazendo um total de R\$ 26.407.490,00. Estes recursos eram previstos para a construção do prédio do curso de medicina e aquisição de equipamentos para o seu funcionamento. Sem a aquisição do terreno, com os cortes orçamentários impostos às universidades desde 2015, os recursos para a obra foram remanejados em outras ações na universidade. A aquisição do terreno só se deu em 2016, por meio de emendas parlamentares. Para a construção do prédio foram necessários R\$ 21 milhões em recursos extraordinários, aportados pela gestão do ministro Mendonça Filho. A obra foi concluída e o prédio inaugurado em dezembro de 2020, já com a primeira turma formada.

Figura 10 – Anúncio da inauguração do edf. Sede do curso de Medicina.



Fonte: <https://www.ufpe.br>

Em 2013, o orçamento da UFPE foi de R\$ 1.188.729.238,00. O município de Caruaru contou, no mesmo ano, com R\$ 647.037.000,00, ou seja, 54% do orçamento da universidade. (UFPE, 2013; CARUARU, 2013). Apesar dessa dimensão financeira, a universidade conta com um processo orçamentário e de compras ainda insuficiente para as necessidades extraordinárias, como as de um

processo de expansão. No caso de Caruaru, o processo de expansão implicou na construção de um novo Campus com 116 mil metros quadrados, e, até 2013, 19,5 mil metros quadrados de área construída, com sistema viário, de iluminação e drenagem próprio. (figura 10) Um sistema de rede de internet para uma população estimada de 4 mil pessoas. Para o curso de medicina, foram acrescentados 7 mil metros quadrados de área construída ao total de edificações com manutenção e custeio da universidade.

Em todo esse processo a coordenação do curso acompanhou cada etapa do processo de compra que inclui: a definição da necessidade da unidade e elaboração de termo de referência que inclui a descrição detalhada de todos os itens e três cotações de empresas idôneas; a elaboração do edital de licitação com a definição das regras da concorrência pública; a adjudicação dos itens vencedores; recebimento e conferência da entrega ou dos serviços prestados. Nos primeiros anos do CAA todo o processo de compras acontecia centralizado no Recife, entre as Pro reitorias de Planejamento e Gestão, acompanhados pela representação da Procuradoria Geral da República na universidade, sob auditoria interna, da Controladoria Geral da República e pelo Tribunal de Contas da União. As obras da universidade são projetadas por arquitetos próprios, servidores de carreira da universidade e que respondem a todos os setores dos 3 campi, desde pequenas reformas ou adequações à construção de grandes instalações. Além do acompanhamento dos projetos arquitetônicos e suas adequações às necessidades específicas do curso, a coordenação acompanhou os processos de compras do mobiliário, de equipamentos para os laboratórios, de veículos para as atividades de campo, dos livros da biblioteca, e de todo o sistema de rede e automação.

A análise do processo de compras e contratações apresenta outra ausência no corpo da política e uma dificuldade para sua execução. A expansão e interiorização, assim como o mais médicos, em primeiro lugar, não colocaram em questão a ambiguidade do marco legal da autonomia universitária. Em segundo lugar, não incluíram nos problemas que explicavam a distância da universidade pública brasileira das necessidades de formação do país, as dificuldades de gestão consequentes desta ambiguidade. Em terceiro lugar, não levaram a situação da gestão da universidade, estruturalmente e processualmente, após anos de sucateamento e subfinanciamento. O resultado foi um penoso e lento processo de compras, que somado à dificuldade específica de aquisição do terreno, retardaram o

processo de implantação oferecendo risco à legitimidade da política.

5.3.8.3 Gestão acadêmica

A UFPE conta com um sistema próprio de gestão acadêmica. O SIG@ UFPE foi desenvolvido pela universidade em 2000 e implementado em 2003. O SIG@ é o sistema por meio do qual são realizadas as matrículas, são oferecidas as disciplinas, e são registradas as faltas e as avaliações dos estudantes. Ele também informa o resultado do esforço docente para as progressões, correlacionando os dados com os Planos Anuais de Atividade Docente e Relatórios Anuais de Atividades Docentes (PAAD e RAAD). Este sistema é responsável pela integralização dos componentes curriculares, e conseqüentemente a emissão dos diplomas.

“E pra mim é uma vergonha isso, não só o SIGAA, porque o SIGAA ele é importado, ele é da UFRN, é de uma universidade federal. Ok, mas a gente tem um dos melhores cursos de ciências da computação do Brasil e a gente não consegue criar um sistema acadêmico que tem a cara da UFPE e que pode ser, ele pode ser específico para os cursos, para a necessidade do curso” (E01)

“a gente que determina, é o PPC que determina, não é o SIGA, não! O siga é que vai ter que se adaptar a gente, não é a gente que vai ter que se adaptar ao SIGA!” (E01)

Mesmo com sucessivas atualizações, o sistema mantém a arquitetura original e só reconhece o formato de disciplinas expositivas, e avaliações formativas. Institucionalmente o SIG@ é de responsabilidade da Superintendência de Tecnologia da Informação e configurado sob supervisão da Pro-reitoria de Assuntos Acadêmicos (atualmente Pro-reitoria de Graduação). A PROACAD ou PROGRAD é quem acompanha as adequações do PPC onde foi previsto um sistema de ensino baseado em pequenos grupos tutoriais, e com um sistema de avaliação processual por competências. O PPC e, conseqüentemente, o modelo de ensino foram aprovados pelo Conselho de Ensino e Pesquisa da Universidade e pelo Conselho

Universitário. Também foram inseridos no sistema de avaliação do MEC o eMEC. Apesar de todo esse processo, há 8 anos o curso de medicina aguarda adequação do SIGA para poder registrar suas atividades como acontecem. Desde a implantação do curso fez-se necessário um sistema de tradução das avaliações processuais para avaliações somativas, conferindo ao estudante uma nota final entre 0 e 10. Do ponto de vista pedagógico, isto representa um entrave à implantação do curso e uma dificuldade para a concretização das diretrizes curriculares.

5.3.8.4 Avaliação institucional

Um pilar fundamental das mudanças nas políticas para a educação superior no Brasil, no começo do século XX foi a criação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). Instituído pela lei Nº 10.861, de 14 de abril de 2004, substitui a política anterior do Exame Nacional de Cursos – PROVÃO. O SINAES retoma princípios da educação superior que embasaram o Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras – PAIUB, concepção presente no plano de governo do então candidato Lula. Encontra precedentes legais na Constituição Federal (Art nº 209), na LDB (Lei nº 9.394/1996) e na Lei nº 9.131. O SINAES unifica os sistemas de avaliação do ensino superior, define a avaliação do sistema como responsabilidade do governo, com participação das IES e da sociedade, e torna a avaliação obrigatória. Estes elementos dão a avaliação caráter de política pública, o que difere da política anterior que entendia a avaliação como contribuição do governo às regras de mercado. A integração entre os sistemas de autorização, avaliação e reconhecimentos dos cursos é o que confere ao estado capacidade técnica e política para a gestão do sistema. (RISTOFF, 2006)

O SINAES é formado por três componentes: a avaliação da instituição, do curso e do estudante. A avaliação institucional é composta de uma autoavaliação e de uma avaliação externa, e deve ter caráter pedagógico, envolvendo a comunidade interna e mobilizando os atores institucionais, e ter como referência às Diretrizes Curriculares Nacionais. A avaliação do curso também está referenciada às DCNs, e faz referência aos Planos de Desenvolvimento Institucional, e aos Projetos Político Pedagógicos dos Cursos, de quem cobra coerência aos princípios da política

nacional. O instrumento de Avaliação dos Cursos de Graduação – AGC contempla os conhecimentos e saberes necessários à formação das competências estabelecidas a partir do perfil do egresso; a estrutura e conteúdo curricular; o ementário, as bibliografias básica e complementar; as estratégias de ensino; a titulação dos docentes; os recursos materiais; os serviços administrativos; os serviços de laboratórios e a infra-estrutura de apoio ao pleno funcionamento do curso. A avaliação dos estudantes é feita por meio do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade). (RISTOFF, 2006)

A estratégia de construir um marco regulatório para a formação de médicos no Brasil previu a articulação das políticas de expansão do ensino de medicina, regulação da abertura de novos cursos, integração e regulação das políticas de formação especializada, com o sistema de avaliação da educação superior. Para isto, foi fundamental a ação coordenada dos ministérios da educação e da saúde. Esta integração, fez dialogar dois universos políticos, normativos e operacionais distintos, o que representou um grande desafio para a agenda política. Enquanto o Ministério da Saúde dialogava mais intensamente com as prefeituras, secretarias de saúde, e entidades médicas, o Ministério da Educação possuía como interlocutores as instituições de ensino (públicas e privadas), os professores e estudantes. O caminho possível para a conciliação dos interesses em disputa foi a revisão das DCNs, processo coordenado pelos Conselhos Nacionais de Saúde e de Educação, com forte protagonismo dos ministérios. Posteriormente as aprovações da lei do Mais Médicos (nº 12.871/12) e das novas DCNs (Res. CES/CNE 3/2014), dá-se a instalação no âmbito da Secretaria de Ensino Superior (MEC/SESu) da CAMEM, com a finalidade de monitorar e acompanhar a implantação e a oferta satisfatória dos cursos de graduação em Medicina nas Instituições de Educação Superior – IES. Composta por professores especialistas e com atuação no campo da educação médica, indicados pela SESu, a CAMEM deveria acompanhar e apoiar tecnicamente a implantação dos novos cursos do Mais Médicos. Entre outras atribuições previstas na Portaria nº 306/2015, o Artigo 2º, inciso VII prevê: VII – elaborar parecer conclusivo para efeito de ato regulatório do curso a partir dos relatórios emitidos por ocasião das visitas.

Em maio de 2016 o MEC publica a portaria nº 386, que revoga a nº 1.741, de dezembro de 2011, e inclui novos indicadores no instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação (AVG) do SINAES. (tabela 13) Ficam mantidas as três

dimensões: organização didático–pedagógica, corpo docente e tutorial e infraestrutura, assim como os pesos para a autorização, reconhecimento e reavaliação do reconhecimento.

Tabela 13 – Dimensões da Avaliação de Cursos de Graduação (AVG) do SINAES

Dimensões	Autorização	Reconhecimento	Indicadores 2011	Indicadores 2014
Organização didático–pedagógica	30	40	22	36
Corpo docente e tutorial	30	30	20	21
Infraestrutura	40	30	21	23

Fonte: Portaria MEC nº 386

Os novos indicadores sobre a organização didático–pedagógica são:

- Integração do curso com o sistema de saúde local e regional/SUS – relação alunos/docente ou preceptor;
- Interação do curso com o sistema de saúde local e regional/SUS – relação alunos/usuário;
- Educação em saúde;
- Gestão em saúde;
- Articulação entre a graduação em Medicina e os programas de residência próprios e/ou em parceria, conforme o PPC;
- Responsabilidade Social;
- Integração do curso com a comunidade loco regional;
- Segurança do usuário do SUS;

Na dimensão do corpo docente e tutorial foram acrescentados os indicadores de:

- Mecanismos de fomento à integração entre docentes e preceptores na rede

SUS.

- Comitê de Ética na Utilização de Animais (CEUA)

À dimensão que trata da infraestrutura foi acrescentado o indicador de:

- Cenários de Prática e Redes de Atenção à Saúde.

O instrumento de 2011 já trazia alguns indicadores que foram mantidos como a responsabilidade docente pela supervisão da assistência médica, outros ampliados como a integração com o sistema local e regional de saúde e o SUS, desde 2014, com indicadores discriminados para relação aluno/docente/preceptor e aluno/usuário. O indicador da dimensão de infraestrutura que diz respeito aos campos de práticas em 2011 estava restrito às unidades hospitalares de ensino e complexo assistencial, e ao sistema de referência contra-referência. Em 2014, estes indicadores estão mantidos e surge o conceito de redes de atenção em um novo indicador de cenários de práticas.

A lei do Mais Médicos previa ainda um instrumento avaliativo específico para os estudantes de medicina de caráter processual e formativo. A Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM). A medida resgatou elementos da CINAEM e contemplou a pauta de entidades como a ABEM, a medida em que esvaziou a iniciativa de setores do movimento médico como o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP da institucionalização do exame de ordem para a medicina. Uma vez consolidados os sistemas de avaliação e regulação da abertura e funcionamento dos cursos de medicina, a estratégia desenhada era a de integração deste sistema de avaliação dos estudantes com o processo seletivo para a residência médica, com a utilização da prova do ENADE. Esta iniciativa se justificava pela necessidade de enfrentamento do sistema paralelo de preparação para a residência médica que tem desvirtuado a formação na graduação, mas não chegou a ser publicada.

O princípio de avaliação entre pares, presente em vários sistemas de avaliação institucional (TEMPSKI, 2013) foi mantido na comissão que elabora o ENADE e nas visitas de avaliação in loco. A revisão do instrumento de AVG foi feita por comissão representantes do MEC, Ministério da Saúde, Abem, Inep, Conselho Federal de Medicina (CFM), Denem e CNS.

O curso de medicina de Caruaru participou do ENADE na edição de 2019, e obteve a nota máxima. Na mesma edição, o curso de Recife obteve nota 4. A avaliação do curso para efeitos de reconhecimento, que deveria acontecer antes de 2020 quando se formou a primeira turma, só aconteceu em 2022. Os resultados estão descritos na tabela 14:

Tabela 14 – Avaliação dos cursos de medicina da UFPE

Curso	ENADE	CPC	CC	IDD
Caruaru	5	4	4	4
Recife	4	4	4	3

Fonte: UFPE

O Indicador de Diferença entre os Desempenhos Observado e Esperado – IDD. É o indicador que avalia a diferença entre o desempenho inicial (ENEM) e final (ENADE) do aluno. O Conceito Preliminar de Curso – CPC é composto por quatro dimensões, a nota do ENADE, o IDD, o perfil dos professores (regime de trabalho e a titulação acadêmica), e o olhar do estudante sobre o seu aprendizado na faculdade através do questionário do estudante no Enade. O Conceito do Curso – CC é o resultado da avaliação in loco realizada pelos avaliadores do MEC e síntese dos demais indicadores. A análise, apenas dos resultados da primeira avaliação do curso de medicina de Caruaru, é insuficiente para afirmar a adequação dos novos indicadores aos objetivos da política, mas sugerem que o conjunto de indicadores pelo menos não prejudicou os novos cursos. A análise detalhada do relatório da visita in loco, mostra que além dos indicadores de relação com o SUS, da adoção de metodologias ativas, de um projeto pedagógico adequado às necessidades regionais e às DCNs, o curso também deu conta de constituir um corpo docente suficientemente adequado para os critérios de avaliação. Com 28 Doutores, 22 Mestres, 18 Especialistas, o curso possui um Índice de Qualificação do Corpo Docente de 3,55 que contribui para o conceito 4 do CC.

5.3.9 Resistências e oposições

Para Mattos e Baptista (2015), há caminhos comuns a todas as abordagens teórico–metodológicas de análise de políticas. Ao considerar que as políticas estão associadas a construções históricas e modos de operar de cada estado, entendem que toda política desenha–se em uma institucionalidade que condiciona e dá sentido a mesma. Os autores ressaltam que:

“Os Estados são permeados por instituições, constituídas por pessoas, que definem práticas e processam caminhos para a ação política cotidiana. Isso quer dizer que ao analisar uma política é preciso considerar primeiramente onde ela se insere na história geral, bem como reconhecer sua história específica.”(Mattos e Baptista, 2015)

A análise das práticas ou do processo da política permite compreender a relação entre dilemas locais e nacionais, reflexos dessa história. Como é impossível para qualquer estudo, analisar todos os aspectos relativos a uma política ou ao estado, um caminho possível é o da procura de indícios, vestígios e sentidos em uso. A análise das disputas na construção de argumentos de uma política pode dar conta do reconhecimento das diferentes histórias em curso e de como elas constituem e são constituídas pelas políticas em análise.

“Trata–se de sair dos grandes marcos e acontecimentos, para atentar para as pequenas histórias, para o inesperado, para aquilo que não se apresenta no documento oficial: os conflitos velados, o olhar e discurso diferenciado entre ganhadores e perdedores, o uso dos conceitos que se apresentam para debate, os acasos e contingências na construção das estratégias de política, o como foi se delineando o argumento em torno da política.”(Mattos e Baptista, 2015)

As práticas em análise são práticas de sujeitos, conceito que ressalta as histórias e implicações individuais no processo político e no contexto. Sujeitos trazem contribuição o debate representando interesses individuais ou coletivos, são portadores de conflitos e posições nem sempre claras. Atores representam papéis

pre ou pós estabelecidos, encenações de um personagem metodologicamente criados.

Os sujeitos, portanto, da pesquisa são professores, estudantes, gestores e também entidades médicas e instituições em seus posicionamentos. No caso em questão, o curso de medicina de Caruaru, eles apresentam concepções e posicionamentos que espelham, localmente, o contexto nacional. Esse alinhamento, não uniforme, está presente entre os apoiadores, assim como entre os opositores da política. Estes achados reforçam a posição estratégia da política no cenário nacional, assim como suas repercussões. A reação dos atores nacionais repercutiu localmente e, sua intensidade ajuda a constatar a contundência, a coerência e a pertinência das propostas. Também mostram o lugar central que a medicina, e a formação médica, ocupam no estado contemporâneo e nas políticas de saúde.

O alinhamento político do grupo inicial com as políticas do governo federal, sobretudo com as políticas de educação para a saúde e com o Mais Médicos, surge como um fator favorável no contexto de alinhamento entre a gestão da universidade, a prefeitura de Caruaru, o governo de Pernambuco e o governo federal. A reação política a este grupo reuniu elementos do discurso de oposição ao governo federal que começa a se organizar no período de implantação do curso, ganha corpo no ambiente de criminalização da política e da esquerda, e ajuda a construir a hegemonia da extrema direita no Brasil. O conteúdo das críticas incluiu a infraestrutura do curso e ao projeto pedagógico. O atraso na desapropriação do terreno, licitação e execução da obra do prédio do curso, licitação e aquisição de equipamentos para os laboratórios, justificaram as críticas. As críticas ao projeto pedagógico estavam direcionadas ao princípio geral de responsabilidade social do PPC, o perfil de professores, o sistema de avaliação, e a um espaço de ensino aprendizagem específico: o laboratório de sensibilidades.

A ideia geral de responsabilidade social aparece como oposição ao ideário social desenvolvimentista por trás da expansão do ensino superior, e a noção de direito à saúde prevista na constituição. Em oposição, colocam-se concepções liberais singulares que remontam às origens do ensino superior no Brasil. A singularidade repousa na cômoda contradição da elite em ter a participação do estado para oferecer a educação superior de qualidade, a pesquisa, a formação especializada no SUS, mas não interferir nas regras do mercado médico, em especial.

“o grupo de médicos da faculdade de medicina de Recife esse é mais um ponto que era contrário né extremamente contrário porque dizia que o curso daqui precisava de melhorias precisava de infraestrutura precisava de laboratório” (E03)

“o sindicato dos médicos é o conselho Regional de Medicina mas existe existiu uma dificuldade eu reafirmo isso que você coloca em que era como se tivesse a formação de muitos médicos fosse repercutir financeiramente principalmente isso na classe média da categoria médica” (E03)

O perfil de professores tal como foi construído, traduz os valores em disputa e foi um dos primeiros focos de oposição. De um lado a reivindicação por mais especialistas e pesquisadores de áreas básicas, de outro, humanidades, artes, medicina de família e saúde coletiva. O sistema de avaliação foi criticado por perda de eficácia de aferição de competências, sobretudo cognitivas. Um bom debate, que denota o amadurecimento dos corpos docentes e discentes, e das instâncias colegiadas de gestão pedagógica, mas isento de concepções pedagógicas e de mundo. A crítica ao Laboratório de Sensibilidades é a mais singular, e encontra correlação com a discussão mais filosófica sobre o lugar social do médico e da medicina. O laboratório, enquanto espaço pedagógico, expõe os limites e contradições da medicina, contraria a falsa associação entre o exercício da medicina e um lugar social de homem ou mulher bem-sucedida. Essa oposição verbalizou-se como questionamento sobre a utilidade das vivências propostas, sobre os métodos utilizados, sobre os temas abordados e suas aplicações práticas. Um efeito secundário da centralidade da crítica no LASHEX, é o distensionamento dos outros espaços de produção pedagógica como as tutorias e o PIESC. Efeito similar ao que se deu entre a Medicina de Família, área com maior número de professores, o que ajudava a construir a imagem de curso para a atenção básica, e a Saúde Coletiva, que esteve muito mais presente transversalmente em todos os módulos e nuclearmente na concepção e organização do curso.

“a tensão surgia a partir do momento onde se pensava algo novo para o curso né em contraste. Ao que se pratica em universidades em cursos médicos mais tradicionais né quando a gente fala por exemplo da necessidade de um hospital-escola se opondo a serviço nas unidades básicas.” (GF01)

“na importância da definição do perfil com especialistas nessas áreas que estão mais relacionadas, talvez, com essa visão hospitalocêntrica, em contraste a médicos de saúde da família e comunidade. Quando a gente fala isso, no que tange, a política do mais médicos necessariamente.” (GF01)

“por exemplo da inovação, relacionado ao laboratório de sensibilidades, em relação a não existência, de jeito nenhum, desse laboratório, que é um processo inovador dentro do curso, e que traz, naturalmente, mais resistência ou quando se fala de atividades avaliativas, que promovam a reflexão, se opondo a prática de avaliação de habilidades e conhecimento e provas cognitivas.” (GF01)

“então sempre em diversos momentos do curso onde se precisava tomar uma decisão coletiva relevante ao curso, por exemplo, na definição de perfil de professores né se vão e se vão ter professores para as áreas de nas especialidades médicas ou para professor para laboratório de sensibilidades” (GF01)

“o alvo deste tamanho no laboratório de sensibilidades né? E a proposta daquela do Sensibilidades se tornar um laboratório de habilidades, porque o médico mesmo precisa daquele ali para poder passar na prova lá. Então a concepção para ir a imagem da medicina ela tá sendo desafiada exatamente aí. Então, eu vejo que tem uma dificuldade de trabalhar isso porque a gente tem pessoas que serve de porta-voz para esse tipo de pensamento hegemônico, esse pensamento classista esse pensamento tradicional né? Que muito se mistura com as coisas que a gente tá passando e no nosso dia a dia né? Na nossa sociedade atual. Então resumindo, eu acho que tem um problema de estética, não é de associação e o segundo é mudar dá muito trabalho dá muito trabalho mesmo” (GF01)

Se o conteúdo das críticas ao curso repousam sob certa razoabilidade, e guardam correlações distantes com as pautas do movimento médico como a não abertura de escolas, a restrição à atuação de médicos estrangeiros, as práticas de atuação política no contexto institucional guardam intimidade com os novos modos de fazer políticas em voga no Brasil: a escolha de um inimigo comum, o uso de meios alternativos de circulação de informações, a disseminação de notícias falsas, a construção ou guerra de narrativas e a desconstrução das imagens dos atores institucionais. Nessa perspectiva, identificamos o laboratório de sensibilidades e a medicina de família com inimigos comuns, o esvaziamento dos espaços coletivos de debates e disputas, a construção de um discurso de conveniência e pronto

atendimento às necessidades imediatas dos indivíduos em detrimento do projeto institucional, a ideia francamente difundida de que o curso havia sido desenhado para uma formação ideológica e limitada tecnicamente, e a desconstrução irresponsável da coordenação de curso, ou melhor dizendo de sua coordenadora.

“Houve resistência e há resistência, essas resistências continuam. Parte dessas resistências, elas têm origem no próprio desconhecimento e também das falsas narrativas e todo o contexto que a sociedade brasileira vive hoje. Por isso eu acho que pra nós há também uma demanda, essa demanda de poder informar bem, não só de informar bem, de fazer bem. Executar o projeto da maneira mais evidente possível, que as pessoas possam perceber que o projeto é um projeto que está a serviço de uma sociedade que há toda uma implicação no processo de ensino aprendizagem a discussão sobre a presença da escola no território os estudantes sendo formados no território geral eu acho que se a gente precisa também deixar evidente dentro das nossas próprias práticas para que esses embates políticos eles possam ser discutidos de uma maneira racional sem esses seus ataques” (GF01)

“a gente ser chamado que era o curso do MST e todas aquelas críticas que a gente recebeu da corporação e críticas bem pesadas de pessoas inclusive que tinham sido colegas de turma. Então a parte do CREMEPE que é em Caruaru era, tinha muitas pessoas que eu conhecia de faculdade que já tinham, que fizeram uma crítica muito agressiva inclusive em termos físicos de ameaças” (GF02)

Os resultados objetivos das avaliações institucionais desconstruíram a falsa associação entre compromisso social e baixa qualidade técnica. Em 2015, segundo ano do curso, e o primeiro da utilização do SISU como critério único de admissão, das 10 maiores notas da UFPE, 8 foram de Caruaru. Ou seja, o curso já era o curso mais procurado da UFPE, segundo este critério. Em 2019, primeira vez em que o curso faz o ENADE, atinge a nota máxima 5. As aprovações nos processos seletivos de residência, e atuação dos recém-formados nestes programas e nos serviços da rede assistencial da região, não deixa dúvidas sobre a compatibilidade entre a formação crítica e socialmente responsável e a técnica.

“uma unidade que no Vassoural aí uma unidade tripla, que tem saúde na hora, que funciona à noite, que aí conta com um mais médicos da universidade, e tem residente lá. E depois eu fui para o Upa do Vassoural,

então eu levei eles lá na unidade básica e depois eu subi na UPA, na UPA dois plantonistas que estavam eram ex-alunos” (E07)

“a gente esperou a turma se formar para lançar a seleção a turma se formou acho que colaram grau numa quarta na quinta a gente abriu a seleção” (E07)

“A gente sempre tinha Residente lá tomando conta deles ajudando, uma volta aí a gente tinha lá no Manoel Afonso, no caps, e também o pessoal que faz matriciamento da atenção básica. Assim, a gente tinha toda a rede permeada pela universidade” (E07)

“durante a pandemia de uma central de regulação aqui a gente teve que entrar em contato com muitos médicos que estavam nos serviços de saúde cuidando de paciente de COVID e vários desses com quem eu dialoguei eram nossos egressos. entendeu? que estavam tanto ocupando vagas aqui em Caruaru quanto também outras regiões como Jurema, São Joaquim do Monte, Santa Cruz do Capibaribe, Vertentes, Toritama e eu tive E aí quando eu não vou passar aqui para o médico de plantão aí quando eu via era Beatriz era Ícaro.” (E01)

“Por exemplo, hoje a gente chegando na unidade de saúde Paulo Miranda a gente vai ter lá: dois residentes de MFC que são egressos do curso, nós vamos ter internos e internas, e nós vamos ter estudantes de vários anos do PIEESC. Você percebe o curso lá dentro. Então o curso não está nas salas de aula da universidade. O curso está na rede, o curso está no território de saúde, o curso é algo vivo ali e produz impacto e essa relação tanto do processo de ensino aprendizagem quanto pro serviço, ela é bastante identificável pra gente.” (GF01)

A revisão do PPC publicada em 2022 mostra que a concepção central do curso está preservada e que a oposição não logrou sucesso em mudar os pressupostos éticos, político-pedagógicos, ou estéticos. O reconhecimento dos gestores do SUS e da sociedade de Caruaru e do Agreste, dos gestores da universidade federal, os prêmios recebidos, as avaliações externas corroboram a ideia de que a política foi bem desenhada. A identificação dos professores com o projeto político pedagógico do curso sugere que, em Caruaru a política chegou aos sujeitos o que lhe confere maior legitimidade e, conseqüente sustentabilidade.

“na verdade essas ideias está dentro da nossa carne eu acho que a partir do momento em que se defendeu ver se você construiu que a formação docente ia se dá pela prática era para criar algo não é que tirar algo, era expressar o que tava na nossa carne e encarnar os outros.” (E01)

“então eu sou eu também um pouco fruto desse programa de reestruturação né das universidades também acho que como a de todo mundo aqui.” (GF01)

“no começo eu tive uma certa dificuldade de entender uma resistência que era pessoal minha mas hoje eu, particularmente, não quero, por exemplo, voltar para o estilo tradicional de forma alguma.” (GF01)

“eu acho arretado não sei como é que é isso aí mas eu acho arretado por todas as ligações tá todos os vínculos afetivos e tudo mais e poder estar em Caruaru é muito bom ter visto que é de verdade a gente a gente continuou contribuindo para as mudanças para melhoria com o avanço da comunidade da sociedade.” (GF01)

“o mais significativo disso tudo a gente tá podendo fazer história. Nós estamos podendo fazer história. Eu acho que cada um aqui, no seu lugar, do seu lugar de partida, com todos os seus enfrentamentos e dificuldades, a gente tá tendo uma oportunidade de ir pode fazer a história, a história de Caruaru, a história de uma população que há muito tempo ansiava.” (GF01)

“quando surgiu Caruaru assim foi uma reviravolta minha vida de mudança de tudo então até hoje é uma decisão que na época eu fiquei cara eu vou fazer isso vou me arrepender mas foi a melhor decisão que eu tomei na minha vida foi ser docente foi participar do concurso ser docente desse curso né uma coisa assim que olha tem uma coisa acertada que eu fiz né tenho certeza que foi essa eu tenho certeza é isso me deixa muito orgulhoso.” (GF02)

“Me perguntaram rapaz tu não que pedir transferência para Recife Não, não eu quero ficar em Caruaru, eu gostei, eu gostei do grupo né? Eu vi muito aqui na verdade. Recife, eu sei como são os departamentos só a gente não hoje em dia a gente não vê isso nosso grupo não é essa divergência essa briga essa disputa aí. A gente não vê isso, eu acho que é bom o ambiente, é bom, é isso.” (GF03)

6. DISCUSSÃO

Iniciamos a introdução desta tese com a afirmação de que o Brasil passara por grandes transformações nas duas primeiras décadas do século XXI. A estabilidade política e econômica permitiu avanços nas políticas públicas lastreadas pela democracia ainda incipiente. Nos anos em que foi realizada a pesquisa aqui apresentada (2018–2022), o país passou por mudanças que ameaçam comprometer as conquistas das duas primeiras décadas e mais do que isso. Esta consideração é necessária porque todo estudo sobre análise de políticas parte da discussão sobre as concepções do estado, para analisar seu funcionamento. As mudanças transcorridas neste período não ameaçam apenas o resultado das políticas em análise, mas sobretudo, a democracia, o estado de direito considerado essencial para a formulação, execução e avaliação das políticas. Apesar de todo esforço metodológico para focar no período em análise não há como negar a influência deste contexto no olhar do pesquisador sobre as políticas e sobre o estado.

6.1 MUDANÇAS NO CONTEXTO

Os protestos do ano de 2013, reconhecidos por muitos autores como disparadores de medidas anticíclicas e de políticas como o Mais Médicos, hoje são interpretados como uma mudança mais profunda no ambiente político brasileiro. A comunicação política se desloca rapidamente dos grandes meios de comunicação para as redes sociais, com repercussões na percepção da sociedade sobre a política e reflexos no cenário eleitoral. É neste cenário que se constrói, a partir desse novo contexto comunicacional e com apoio da grande mídia, uma forte associação entre os governo de esquerda e a corrupção. Estratégia recorrente de desestabilização de governos nacionais utilizada na guerra fria, essa associação promove um sentimento de antipolítica, base para a perda da legitimidade do governo Dilma. O impeachment de 2016 acontece neste ambiente de desestabilização institucional, sem lastro jurídico cabível e com anuência do poder judiciário. Não houve crime comprovado que justificasse o processo legislativo, e

todo o processo investigativo e criminal foi contestado e tornado sem efeito anos depois. Mas as consequências políticas foram irreversíveis.

Em 2018, na esteira do movimento antipolítica e antissistema, Jair Bolsonaro é eleito presidente do Brasil em um contexto global de ascensão da extrema direita. Sem projeto de governo claro, políticas sociais são substituídas por medidas voltadas às questões comportamentais. Com uma base parlamentar formada por deputados e senadores eleitos sobre plataformas antipolíticas ou antissistema, caracterizada pelo trinômio boi, bala e bíblia, o governo fortalece uma rede de comunicação própria e empreende uma cruzada de cristianização e militarização do governo e da sociedade, reforçando o sentimento antipolítica na sociedade brasileira. Grupos vulnerabilizados são perseguidos e políticas minoritárias atacadas. No plano macroeconômico acentuam-se as medidas de austeridade fiscal e encolhimento do estado com consequente e acelerada desindustrialização. É aprovada a reforma previdenciária que, somada a reforma trabalhista e ao teto dos gastos aprovados no governo anterior, aumentam o desemprego, a informalidade e o empobrecimento da população. Este empobrecimento é força motriz para medidas populistas e militarização, e contrapartida para o emergente setor da economia do desespero. (igrejas evangélicas pentecostais e milícias).

O conjunto das ações de governo com finalidade e resultado de sofrimento e morte passa a ser denominado de Necropolítica. (MBEMBE, 2018) O conceito reedita a noção apresentada por Foucault (2008) sobre como o estado capitalista exerce poder sobre os corpos e sobre a vida, a biopolítica. As políticas analisadas foram concebidas e executadas como parte constituinte e resultante deste contexto. Porém, a análise destas políticas se deu no contexto da emergência da necropolítica. Para além das questões subjetivas do medo como estratégia de governo, da normalização violenta da diferença, do governo autoritário das subjetividades, e das consequências materiais do neoliberalismo associado, é necessário reconhecer o impacto na análise de políticas enquanto campo teórico–metodológico.

6.2 A POLÍTICA ANALISADA

Os principais achados desta pesquisa foram apresentados em capítulos segundo o contexto analisado. A análise do contexto de influência, do conteúdo e dos sentidos da política e do processo de construção da política, na prática, mostra as intersecções entre esses contextos e cobra que as discussões sobre esses achados seja feita de modo integrado. Sobre o contexto de influência podemos afirmar que as políticas de expansão e interiorização do ensino superior são resultado de um processo histórico de lutas e acúmulo do setor educação, do concílio de classes que marcou os governos que as implementaram e do contexto favorável que a estabilidade política e econômica proporcionaram. Por outro lado, as políticas encontraram as universidades públicas sucateadas, fora da agenda política nacional, com seus corpos docentes defasados e desmotivados. A expansão do ensino superior atendeu a complexidade e diversidade do sistema, mas privilegiou a expansão do ensino privado pela aliança do governo com o capital e pela capacidade de resposta do setor na ampliação do acesso. A estrutura administrativa das universidades federais que remonta às origens de um sistema de elite e para a elite manteve-se inalterada dificultando a entrada das universidades na agenda de reformas e exigindo arranjos mais verticais das políticas.

A política de formação de profissionais de saúde, especialmente médicos, também é resultado do acúmulo histórico do setor saúde, e das iniciativas anteriores de reforma do ensino. Estas políticas se potencializam mutuamente, o que empresta potência ao processo em análise, demonstrando um amadurecimento das políticas anteriores e do próprio governo. O aperfeiçoamento da política de formação para a saúde coincide e ajuda a construir uma segunda fase da expansão do ensino superior qualificando-a. Se, no primeiro momento, a prioridade da política de educação superior foi o acesso, no segundo momento esta política passa a buscar atender a demandas setoriais e se preocupar com a permanência.

Este contexto possui correlação direta e ajuda a compreender o corpo da política ou o seu conteúdo e, sobre isso, os achados da pesquisa apontam para um desenho complexo, bastante elaborado e bem-sucedido na relação entre os problemas identificados e na diversidade e contundências das medidas propostas. No campo da educação os mecanismos de expansão do sistema são

predominantemente financeiros, permanecendo a autonomia universitária preservada quanto a adesão ou não à política. A principal ausência anotada é a da reforma administrativa das universidades. Uma reforma que revisse o estatuto legal estabelecido nos governos autoritários do século XX e que oferecesse autonomia financeira concreta e coerente com a autonomia acadêmica e científica. A análise do contexto da prática ou do processo de implantação da política corrobora fortemente esse achado e sugere uma reforma universitária que concilie autonomia com responsabilidade social.

No campo da saúde percebe-se um conjunto de medidas mais diversificado e estratificado. A continuidade e incremento dos incentivos financeiros para municípios e para as universidades. Mas também foi concebido e implantado um programa internacional de intercâmbio e provimento de médicos, com gestão compartilhada entre os ministérios da saúde e da educação, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e os municípios. Uma cooperação internacional com Cuba, para o provimento emergencial de médicos, foi firmada com mediação da Organização Pan-americana de Saúde. De todas as medidas legais e infralegais que compõem o Programa Mais Médicos destaca-se o estabelecimento de um marco regulatório para a profissão médica, que disciplina abertura de cursos de medicina condicionada às necessidades sociais e regionais, e a estabelece mecanismos de regulação da formação especializada. A principal ausência percebida é no campo da formação interprofissional, uma vez que o PMM se diferencia das políticas anteriores na focalização sobre a formação médica.

É no plano das práticas, no processo, que a política se revela e se materializa. Para analisar esse plano, esta pesquisa se dedicou a analisar o processo de implantação do curso de medicina da Universidade Federal de Pernambuco no município de Caruaru. A análise do conteúdo das entrevistas e grupos focais, e os indicadores de avaliação institucional mostram que a iniciativa superou as expectativas. Gestores universitário (reitores e pro-reitores), professores e gestores do SUS, quando questionados sobre os resultados da política foram enfáticos e unânimes em afirmar esta superação. Os resultados da avaliação do curso no SINAES, nota cinco no ENADE e 4 no conceito geral de curso reforçam essa afirmação. Os resultados locais refletem os resultados nacionais como incremento real da cobertura de atenção básica, a redução dos indicadores epidemiológicos somam-se aos marcos de desenvolvimento socioeconômicos

regionais e apontam para a redução de desigualdades. O sucesso da experiência local contou com um contexto local favorável e um alinhamento político inédito entre as três esferas de governo e a universidade. Este contexto contribuiu também para a formação inicial do corpo docente, que aparece como um fator decisivo para os resultados encontrados. A coesão deste grupo e seu alinhamento com política nacional explicam por que a mesma resistência e oposição que as políticas sofreram, foram enfrentadas em Pernambuco. A elas somam-se as dificuldades administrativas impostas pela arquitetura institucional arcaica. A análise do contexto das práticas corrobora com a leitura crítica do corpo da política e permitem afirmar que o atual modelo de gestão das universidades federais no Brasil, aproximam-nas dos interesses corporativos e distanciam-nas do interesse e função pública.

No aniversário de 100 anos do relatório Flexner, a revista científica britânica *The Lancet* publica o trabalho de uma comissão de 20 especialistas, coordenada pelo mexicano Julio Frenk. Este documento é resultado de uma síntese das produções científicas sobre as políticas de formação de profissionais de saúde do século XX. A comissão considera as rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do século passado, e novos riscos ambientais, infecciosos, e comportamentais como novos desafios para os estados nacionais, seus governos e sistemas de saúde. Para a formação de profissionais os problemas são sistêmicos:

“mismatch of competencies to patient and population needs; poor teamwork; persistent gender stratification of professional status; narrow technical focus without broader contextual understanding; episodic encounters rather than continuous care; predominant hospital orientation at the expense of primary care; quantitative and qualitative imbalances in the professional labour market; and weak leadership to improve health-system performance.”(Frenk et al, 2010)

O fluxo global de conhecimento, tecnologias e finanças, e a migração de pacientes e profissionais de saúde são vistos como oportunidades e necessidades das reformas do ensino em saúde. Em 2010 a comissão identificou 2420 escolas de medicina e 467 departamentos de saúde pública, responsáveis pela formação de mais de 1 milhão de profissionais de saúde em todo o mundo. Enquanto o Brasil, os Estados Unidos, a Índia e a China possuem mais de 150 escolas médicas cada um, 36 países no mundo não possuem nenhuma. A má distribuição de profissionais

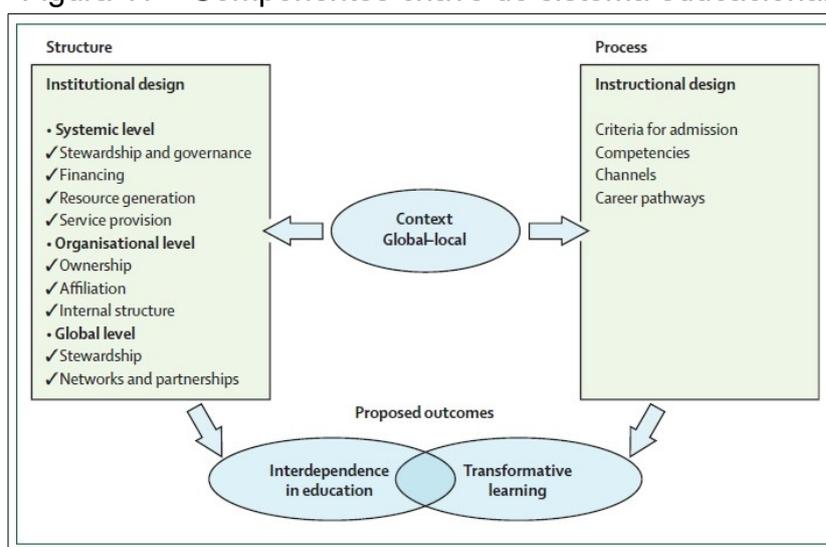
decorrente disto e de outros fatores acontece internamente e entre os países. Apesar da importância estratégica, apenas 2% das despesas globais com saúde são destinadas a formação de profissionais. (FRENK et al, 2010)

A experiência analisada situa o curso de medicina de Caruaru no contexto de transição entre as reformas de 2ª e 3ª geração, segundo classificação sugerida pela comissão. A primeira geração de reformas é considerada como a Baseada na Ciência, tem como marco o relatório Flexner e funciona como um paradigma durante o século XX. A segunda geração tem início na segunda metade do século passado e é reconhecida como Baseada em Problemas, onde o curso de medicina de Caruaru encontra alguns de seus fundamentos. Mas as mudanças no marco regulatório da formação de médicos estabelecidas pelo PMM (diretrizes curriculares, residências e o sistema de avaliação de cursos), traduzidas pelo projeto e pelas práticas pedagógicas do curso em análise apontam para a 3ª geração de reformas, as Baseadas no Sistema. Em nível nacional, as reformas de 3ª geração objetivam formar profissionais de saúde capazes de mobilizar conhecimento, raciocínio crítico e conduta ética, para atuar em sistemas de saúde centrados nas pessoas e na população, e para compor equipes de saúde resolutivas localmente e conectadas globalmente. O objetivo final destas reformas deve ser o acesso universal a assistência à saúde de alta qualidade, imprescindíveis para promoção de equidade dentro e entre países. (FRENK et al., 2010)

O curso de medicina de Caruaru reflete os acertos e as fragilidades das políticas quando analisadas frente as recomendações de reformas institucionais e pedagógicas da comissão. Estas reformas devem mirar dois principais resultados, um aprendizado transformador e uma educação interdependente, como mostra a figura 11. O aprendizado transformador é considerado o nível mais elevado de três níveis sucessivos de aprendizado. O primeiro nível, aprendizado informativo, hegemônico nos cursos tradicionais brasileiros, prioriza a aquisição de conhecimento e habilidades, e forma especialistas. O segundo, aprendizado formativo, objetiva socializar estudantes em torno de valores e forma profissionais. O curso de medicina de Caruaru, contempla esta perspectiva e a do ensino transformador. Este nível caracteriza-se pelo desenvolvimento de atributos de liderança e formar agentes de transformação. Consideramos o curso analisado neste estado por atender as mudanças necessárias: da memorização factual para a pesquisa, análise e síntese de informações para a tomada de decisões; da busca

por credenciais profissionais para a aquisição de competências nucleares para o trabalho em equipe e em sistemas de saúde; e, o que pode ser o grande diferencial da experiência do agreste pernambucano, da adoção acrítica de modelos educacionais para a adaptação criativa de recursos globais para prioridades locais protagonizada pelo Laboratório de Sensibilidades.

Figura 11 – Componentes chave do sistema educacional



Fonte: Frenk et al. 2010

Outro resultado esperado das reformas propostas pela comissão é a interdependência da educação que envolve mais três mudanças fundamentais: da educação isolada para integrada ao sistema de saúde; das instituições autocentradas para redes, alianças e consórcios; e de preocupações institucionais voltadas para dentro para a participação no fluxo global de conteúdo, recursos e inovações educacionais. Pedagogicamente o curso apresenta um desenho orientado por competências e capaz de se adaptar às mudanças locais articulando recursos globais, mas, assim como a política nacional, falha em oferecer oportunidades de aprendizado inter, trans e até mesmo multiprofissional. O projeto pedagógico do curso e a relação deste com o SUS, opõem-se aos interesses corporativos da categoria médica, o que explica em parte as reações e resistências à política e ao próprio curso. Porém as experiências de aprendizado interprofissional são necessárias para construção do trabalho em equipes colaborativas e não hierárquicas, enfrentamentos micropolíticos ao corporativismo. O projeto pedagógico

e o arranjo institucional conferem ao curso capacidade de explorar o poder das tecnologias da informação para a aprendizagem crítica e com compromisso social. (MAGALHÃES, 2022) Há planejamento e investimentos significativos na mobilização de recursos educacionais com ênfase no desenvolvimento do corpo docente. Por último podemos afirmar que o curso contribui para a promoção de um novo profissionalismo que usa competências como critérios objetivos para a classificação de profissionais de saúde e desenvolve um conjunto de valores em torno da responsabilidade social.

A análise de política é um campo de pesquisas que nasceu em íntima relação com o estado. Seus primeiros estudos concentravam-se na análise da coerência entre os textos das políticas, os problemas que os motivaram e os resultados encontrados. Com o avanço da própria concepção de estado e do que compõe a política, para além dos textos, as relações entre os contextos de influência, da produção textual e, sobretudo, das práticas, este campo teórico se ampliou e diversificou. A análise, sobretudo das práticas, permite compreender as diversas formas de poder e suas influências na formulação, execução e avaliação das políticas. Entender que a micropolítica é parte constituinte da macropolítica permite, a partir das práticas repensar o próximo ciclo das políticas. Desta forma, um estudo deste campo não pode se furtar de apresentar recomendações ou sugestões para os contextos analisados. Neste sentido, partindo da análise das práticas pedagógicas e de gestão procuramos dialogar com as recomendações da comissão do The Lancet, contextualizadas localmente.

A análise histórica das políticas de educação e saúde nos anos 1990 e na primeira década do século XXI mostra uma falta de articulação entre os respectivos ministérios. No primeiro governo Lula a estrutura do MEC foi reorganizada para atender aos objetivos de expansão e regulação do ensino superior, mas a interlocução institucional com o Ministério da Saúde se deu pela Comissão Nacional de Residência Médica. Criada em resposta a reivindicação do movimento de médicos residentes, em 1977, a CNRM era composta por entidades médicas (CFM, AMB, FENAM, ANMR), pelo Ministério da Educação e da Saúde, e por representação das forças armadas. A reformulação da CNRM, com a inclusão dos conselhos nacionais de secretários municipais e estaduais de saúde, além da ampliação de seu escopo para incorporar a regulamentação das residências de outras profissões e multiprofissionais já estava na agenda do Ministério da Saúde

desde 2003. Em resposta a isso, o MEC criou o Departamento de Residências Médicas – DEREM, que passou a abrigar a CNRM. Seu primeiro diretor, trouxe para a agenda do ministério a pauta central das entidades médica na época, o Ato Médico. Resultado disso, foi criada a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais, e o estado brasileiro acolheu, em sua estrutura de governo, o discurso corporativista da categoria médica em descompasso com as evidências internacionais e com os princípios do SUS. O DEREM foi reestruturado para a implantação do Mais Médicos, mas as atribuições e composições das comissões de residência continuam as mesmas. Em virtude disso, podemos afirmar que o Programa Mais Médicos conseguiu aproximar as agendas dos dois ministérios, o que traduz uma das recomendações internacionais.

Um achado inesperado da pesquisa foi a afirmação dos professores de que a mais significativa mudança social em curso seria o acesso de estudantes de escolas públicas, negros e negras, e da própria região. Este fenômeno precisa ser melhor estudado para que se possa caracterizar essa mudança, e analisar suas consequências em longo prazo, mas também corresponde com diretrizes internacionais para as reformas do ensino da saúde. É preciso analisar se, o acesso a estudantes de baixa renda, negros, indígenas e da região do agreste a um curso planejado e estruturado para enfrentar desigualdades sociais e os novos determinantes sociais que afetam estes grupos, vai produzir médicos e médicas mais conscientes e comprometidos com o enfrentamento a estes determinantes. A questão estratégica para isto é a possibilidade da expansão dos centros acadêmicos para o status de sistema acadêmicos, com o compartilhamento dos problemas, recursos e estratégias dos sistemas de saúde e de educação. Este possível amadurecimento institucional, talvez já estivesse em curso caso as políticas não tivessem sido interrompidas pelos governo subsequentes, se a avaliação de seus resultados tivesse ocorrido em ambiente institucional minimamente republicano, e se seguissem alguma racionalidade que considere a responsabilidade do estado com a execução das políticas sociais, ainda que mínimas.

“Quando eu cheguei eu fui para o segundo ano e acho que no meu grupo tinha um menino lá que eu esqueci o nome dele mas que vocês lembram dele que ele vendia doce de leite Professor tenho um doce de leite aqui que ele é da turma 03 justamente 2017 e eu pô bicho tu compra esse doce de

leite onde? não eu não compro não, eu tenho umas vaquinhas lá do sítio e a gente é que prepara o doce de leite aí isso Caiu a Ficha assim na questão da diferença realmente Jefferson Jefferson é um ... do curso então o que acontece que caiu a ficha realmente dá diferença né obviamente que a gente tem umas questões pontuais mas o nosso curso é um público diferente os nossos estudantes não é um público mecanizado pra lá na ponta daquele sequenciamento de gente não sei se vocês estão entendendo é gente pra gente não tem o método de produção Toyota?" (GF02)

"eu tenho perfil de estudante que eu peguei do primeiro ano desde os calouros, que não são mais calouros, no interior. Agora muita gente com histórico de que é de zona rural, da brenha, de não sei de onde né? Inclusive, até essa turma do segundo ano discute leishmaniose. Eu tenho um aluno de 22 anos, no grupo, que o pai morreu de esquistossomose né? E o outro, o avô morreu de esquistossomose" (GF02)

"agora 90% dos alunos são de Limoeiro de cidades ali próximas, de Agrestina de Caruaru e o pertencimento de eles dizerem eu escolhi esse curso porque eu queria estudar perto da minha casa" (GF02)

"a gente teve no módulo de dor, uma vez, um caso que era sobre ler Dort, e o caso era de uma costureira da região do Agreste e duas Mães de alunos eram costureiras né? Então tá, do meu grupo tutorial, duas tinham mães costureiras né? Além de tias, avós e tudo mais. Então, assim de como a gente estava próximo da realidade" (GF02)

Para que este estado não se repita, é preciso refletir e documentar historicamente que a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, criada em 2003 com atribuição de formular e coordenar as políticas da saúde para a educação e o trabalho, reconhecida como marco histórica desta agenda, dedicou-se a prática do negacionismo científico e do charlatanismo durante a pandemia de COVID-19 nos anos 2020. Degradado eticamente, o ambiente institucional revela o estado de exceção que tomou o Brasil em 2018. Não há espaço, método ou ação para se analisarem os problemas da população. O populismo toma o estado de assalto, assassinando a razão. Não existem planos nem prazos. A imperiosidade do discurso único isola o país e suas instituições do resto do mundo. A intolerância e o culto a ignorância têm como inimigo principal o pensamento crítico, e inviabilizam a formação de líderes ou agente de mudança.

O aperfeiçoamento dos mecanismos regulatórios incluindo acreditação por compromisso social, atrelados ao financiamento das instituições de ensino e sistemas de saúde poderia ser uma agenda de retomada das políticas de ensino superior, de formação e de provimento de médicos. Porém, para isto é preciso reconstruir a arquitetura institucional e garantir que a democracia e o estado não estejam sob ameaça. As diretrizes da *Global Independent Commission for Education of Health Professionals for the 21st Century*, são propostas para o mundo independente, a experiência brasileira alerta para os riscos que este mundo corre e sugere que a defesa do estado democrático de direito esteja entre as recomendações, ou requisitos fundamentais para as políticas de educação e saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, V. Um balanço das políticas do governo Lula para a educação superior: continuidade e ruptura. **Rev. Sociol. Polit {online}** v. 24, n. 57, 2016.

ALMEIDA, M. J. A Educação Médica e as Atuais Propostas de Mudança: Alguns Antecedentes Históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica [online]**. 2001, v. 25, n. 02 [Acessado 28 Fevereiro 2022], pp. 42–52. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v25.2-006>>. Epub 28 Jun 2021. ISSN 1981-5271.

AMARAL, J. L. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007

ARAÚJO, I. M.; CAMARGO, A. M. Expansão e interiorização das universidades federais no período de 2003 a 2014: perspectivas governamentais em debate. **Acta Scientiarum** v. 40, n. 1 jan.–mar. 2018.

ARAÚJO Jr., J. L. de; MACIEL Filho, R. Developing an operational framework for health policy analysis **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]**. 2001, v. 1, n. 3 [Acessível 9 Atril 2022], pp. 203–221. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292001000300002>>. Epub 20 June 2012. ISSN 1806-9304.

ARENDT, H. **O que é política**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2009.

ARRIGHI, G. **O longo século XX: dinheiro, poder e as origens do nosso tempo**. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Unesp, 1996.

ARRUDA, A. L. B.; GOMES, A. M. . Democratização da educação superior: um estudo sobre a política REUNI. **Currículo sem Fronteiras**, v. 15, p. 543–561, 2015.

BACHELARD, G. **A epistemologia**. Lisboa: Edições 70, 1984.

BALL, S.J. **Politics and policy making in education: explorations in policy sociology**. Nova York: Routledge, 1990.

_____. **Educational reform: a critical and post-structural approach**. Buckingham: Open University Press, 1994a.

_____. **What is policy? Texts, trajectories and toolboxes**. In: BALL, S.J. (Ed.). *Education Reform: a critical and poststructural approach*. London: Open University Press, 1994b. cap. 2, p.14–27.

_____. What is policy? 21 years later: reflections on the possibilities of policy research. **Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education**. 36. 2015 306–313. 10.1080/01596306.2015.1015279.

_____.; BOWE, R.; GOLD, A. **Reforming education & changing schools: case studies in policy sociology**. London: Routledge, 1992.

_____. **Big policies/small world: an introduction to international perspectives in education policy.** Comparative Education, p.12, 1998.

BANCO MUNDIAL. **Construir Sociedades de Conocimiento: nuevos desafíos para la Educación Terciaria.** Washington, D.C.: Banco Mundial, 2003. Disponível em: <<https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/documentdetail/287031468168578947/construir-sociedades-del-conocimiento-nuevos-desafios-para-la-educacion-terciaria>> Acesso em 17/04/2022.

_____. **La enseñanza superior: lecciones derivadas de la experiencia.**

Washington, D.C.: Banco Mundial, 1995. Disponível em:

<<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/274211468321262162/la-ensenanza-superior-las-lecciones-derivadas-de-la-experiencia>> Acesso em 17/04/2022.

BARDIN, L., 2016. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70 Brasil.

BARRETO, I. C. H. C; ANDRADE, L. O. M.; LOIOLA, F.; PAULA, J. B. de; MIRANDA, A. S. de; GOYA, N. A educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde-Escola: o caso de Fortaleza (CE) / Permanent education and the construction of the municipal school health systems: the case of Fortaleza (CE)

Divulg. saúde debate; (34): 31–46, maio 2006. ilus, mapas

BITTENCOURT, S. D. de A. et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 26, n. 3 Março 2021. [Acessado 6 Julho 2022], pp. 801–821. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>>. ISSN 1678–4561.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1ª ed., 1998. Vol. 1: 674 p. (total: 1.330 p.)

BOELEN, C.; DHARAMSI, S.; GIBBS, T. The social accountability of medical schools and its indicators. **Educ Heal.** 2012; 25(3):180–94.

BORGES, R.S.; BORGES, M.C. O ensino superior brasileiro Pós-Constituição Federal de 1988. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.4, p. 34343–34362 apr 2021

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.C.; PASSERON, J.C. **Ofício de sociólogo: metodologia na sociologia.** Petrópolis: Vozes, 2005.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2000.

BRANDÃO, G.M. **Circuitos fechados e viagens redondas:** Caio, Faoro e Florestan. Curso Reinventando os Clássicos Brasileiros. 33º ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS – ANPOCS, Caxambu, 2009.

Brasil. **Lei nº 12.772**, de 28 de dezembro de 2012, que dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreiras e Cargos de Magistério Federal. 2012.

_____. **Lei nº 12.863**, de 24 de setembro de 2013, que altera a Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012, que dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreiras e Cargos de Magistério Federal e dá outras providências. 2013

_____. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. 2013.

_____. **Lei nº 13.958**, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). 2019.

_____. Ministério da Educação **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. 2014.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. 2001.

_____. Ministério da Educação. Secretária de Educação Superior. **A democratização e expansão da educação superior no país 2003 – 2014**. Brasília, DF: Balanço Social SESU, 2014^a

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Nº 20 V. 51. Maio, 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Informe Saúde – PROMED**. Ano IV – nº 158 – segunda semana de abril de 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: MS; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GAB/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União 2011; 22 out.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União 2017; 22 set.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Programa de incentivos às mudanças curriculares para as escolas médicas PROMED**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 40p.

_____. Ministério da Educação Pró-saúde: **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Educação. Portaria nº 306, de 27 de março de 2015. **Institui no âmbito da SESu, a Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas, com a finalidade de monitorar e acompanhar a implantação e a oferta satisfatória dos cursos de graduação em Medicina nas Instituições de Educação Superior – IES**. Diário Oficial da União 2015; 27 de março.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004** Brasília; Ministério da Saúde; mar. 2004. 46 p. tab.

_____, Presidência da República. **DECRETO Nº 6.096, DE 24 DE ABRIL DE 2007**. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRAUDEL, F. **A dinâmica do capitalismo**. Rio de Janeiro, Rocco, 1987.

BRESSER PEREIRA, L.C. **Ideologias econômicas e democracia no Brasil**. Estud. av., São Paulo, v. 3, n. 6, p. 46–63, Aug. 1989. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340141989000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Feb. 2021.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia** São Paulo: Editora Hucitec, 2003, 185 pp.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições**: o método da roda São Paulo; Hucitec; 3 ed.; 2007. 236 p. (Saúde em debate, 131).

CAMARGO, A. M. M.; ARAÚJO, I.M. **Expansão e interiorização das universidades federais no período de 2003 a 2014: perspectivas governamentais em debate**. *Acta Scientiarum. Education*, v. 40(1), e37659, 2018.

CAPELLA, A. C. N. e BRASIL, F. G. **ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O PAPEL DOS SUBSISTEMAS, COMUNIDADES E REDES**. *Novos Estudos – CEBRAP* [online]. 2015, v. 00, n. 101 [Acessado 7 Março 2022], pp. 57–76. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-33002015000100003>>. ISSN 1980–5403.

CARUARU, Prefeitura Municipal de. **Lei Municipal 5.622 de 29 de janeiro de 2016.** Institui o Sistema Integrado Saúde Escola do SUS no âmbito do município de Caruaru. Disponível em: http://saudecaruaru.pe.gov.br/smscaruaru2013/images/ces_pdf/LEI_5622.pdf

CARUARU, Prefeitura Municipal de. **Lei Municipal 5.951 de 02 de outubro de 2017.** Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato. Disponível em: <https://caruaru.pe.gov.br/wp-content/uploads/2018/06/113-Humaniza%C3%A7%C3%A3o-da-assist%C3%A2ncia-a-mulher-LEI-5.951-de-02.10.2017.pdf>

CARUARU, Prefeitura Municipal de. **LEI Nº 5.313, DE 05 DE SETEMBRO DE 2013.** Estabelece as diretrizes para elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2014 e dá outras providências. Disponível em: <http://transparencia.caruaru.pe.leg.br/sied/arquivos/6/loa/LOA%201.pdf>

CARUARU, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde.** 2002–2005.

CARUARU, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde.** 2006–2009

CARUARU, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde.** 2010–2013

CARUARU, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde.** 2014–2017

CARVALHO, M. S.; e SOUSA, M.F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2013, v. 17, n. 47 [Acessado 28 Fevereiro 2022], pp. 913–926. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>>. Epub 23 Jan 2014. ISSN 1807–5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2013, v. 23, n. 4 [Acessado 6 Julho 2022], pp. 1297–1316. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>>. Epub 10 Abr 2014. ISSN 1809–4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>.

CECCIM, R. B. et al. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(2):373–383, 2002.

_____, R. B. e FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2004, v. 14, n. 1 [Acessado 8 Junho 2022], pp. 41–65. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>>. Epub 25 Jun 2008. ISSN 1809–4481.

_____, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2009, v. 13, suppl 1 [Acessado 29 Junho 2022], pp. 531–542. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500006>>. Epub 31 Ago 2012. ISSN 1807–5762.

CRUZ, K. T. da. **A formação médica no discurso da CINAEM.** 2004. Campinas, SP, 2004.

CYRINO, E. G.; de SORDI M. R. L.; MENDES G. S. C. V.; LUNA, W. F.; MENDONÇA, C. S.; ALEXANDRE F. L. F.; et al. Mapeamento das características da implantação de novos cursos de Medicina em universidades federais brasileiras. **Rev Panam Salud Publica**. 2020;44:117.

DE ALMEIDA FILHO, N. A universidade brasileira num contexto globalizado de mercantilização do ensino superior: colleges vs. Vikings. **REVISTA LUSÓFONA DE EDUCAÇÃO**, v. 32, p. 11–30, 2016.

_____; BENINCA, D.; COUTINHO, D. Universidade Popular e democratização de saberes: o caso da Universidade Federal do Sul da Bahia. **ECCOS REVISTA CIENTÍFICA (ONLINE)**, v. 42, p. 39–55, 2017.

_____. Social inequality and human development: Intertwined cycles of perversion in education in contemporary Brazil. **Encounters/Encuentros/Rencontres on Education**, v. 16, p. 84–100, 2015.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** São Paulo, Editora 34, 1997.

DE SOUZA, P. A.; ZEFERINO, A. M.; ROS, M. da A. Changes in medicine course curricula in Brazil encouraged by the Program for the Promotion of Medical School Curricula (PROMED). **BMC Med Educ**. 2008;8:54. Published 2008 Nov 27. doi:10.1186/1472–6920–8–54

DINIZ, D. M. A Estranha Autarquia: Da Desagregação Do Regime Jurídico Constitucional Universitário Por Leis Administrativas E Seus Efeitos Nas Universidades Federais Brasileiras. **Revista de Direito Administrativo e Gestão Pública** 1, no. 1 (2015).

EDLER, F; FONSECA, M. R. F. Tendências da Educação Médica nas décadas de 1950–1960. **Cadernos ABEM**, v. 2, Junho 2006.

ESPERIDIÃO, M. A. Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico–metodológicas. **Saúde Debate** – Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p. 341–360, outubro 2018.

FAIRCLOUGH, N. **Análise crítica do discurso**. Linha d'Água, n. 25 (2), p. 307–329, 2012

FARIA, T.W. **Dilemas e consensos**: um estudo das microrelações político–institucionais da seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/Uerj, 1997.

FERLA, A. A. et al. Vivências e estágios na realidade do SUS: educação permanente em saúde e aprendizagem de uma saúde que requer integralidade e trabalho em redes colaborativas. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 1–11, dez. 2013.

FEUERWERKER, L. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. de. Educação Médica em Transformação: instrumentos para construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC, 2004.

_____. L. C. M. **Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília**. Interface (Botucatu) [Internet]. 2002 Aug [cited 2022 June 20;6(11): 140–140. Available from: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000200018&lng=en.

FIGUEIREDO, A.M.; McKinley, D.W.; Massuda, A. et al. Evaluating medical education regulation changes in Brazil: workforce impact. **Hum Resour Health** 19, 33 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00580-5>

FIGUEIREDO, A. M. de; Lima, K. C. De; Massuda, A. & Azevedo, G. D. de. (2022). Políticas de ampliação do acesso ao ensino superior e mudança no perfil de egressos de medicina no Brasil: um estudo transversal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(9), 3751–3762. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07092022>

FIGUEIREDO, A. M.; McKinley, D. W.; Lima, K. C. & Azevedo, G. D. (2019). Medical school expansion policies: educational access and physician distribution. **Medical Education**, 53(11), 1121–1131. <https://doi.org/10.1111/medu.13941>

FIORI, J.L. **O poder global**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J. and TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.1

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo. Martins Fontes. 2004

_____. “Governamentalidade”. In: FOUCAULT, M. **Estratégia, poder–saber: ditos e escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 281–305.

_____. Aula de 1º de fevereiro de 1978. In: FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **O Nascimento da Medicina Social**. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 25. ed. São Paulo: Graal, 2012. p. 143–170.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRED, H. L. **Hyposkillia: deficiency of clinical skills**. Tex Heart Inst J. 2005;32(3):255–7. PMID: 16392201; PMCID: PMC1336689.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**. 2010; 376(9756):1923–58.

GALLIAN, D.; PONDÉ, L. F.; RUIZ, R. Humanização, Humanismos e Humanidades: problematizando conceitos e práticas no contexto da saúde no Brasil. **Rev Internac Hum médic** 2012;1(1):54–58

GENTIL, V. K.; LACERDA, M. P. C. de. Expansão do ensino superior do sistema federal brasileiro no período 2003–2006. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação – ANPAE**, [S.l.], v. 32, n. 3, p. 829 – 849, dez. 2016.

ISSN 2447–4193. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/rbpaee/article/view/64399>>. Acesso em: 01 mar. 2020.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. Tradução Álvaro Cabral.

GILSON, L.; RAPHAELY, N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: A review of published literature 1994-2007. **Health Policy and Planning**, 23(5), 294–307. 2008. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn019>

GINZBURG, C. **Mitos, emblemas, sinais**: morfologia e história. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

GINZBURG, C. **O queijo e os vermes**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

GIRARDI, S. N. et al. **Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária**. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; ObservaRH, 2011. p. 171–186.

GOMES, A. M.; MORAES, K. N. Educação superior no Brasil contemporâneo: transição para um sistema de massa. **Educ. Soc., Campinas**, v. 33, n. 118, p. 171–190, jan.–mar. 2012

GOMES, L. B. e MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2017, v. 21, n. Suppl 1 [Acessado 11 Julho 2022], pp. 1103–1114. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807–57622016.0363>>. Epub 20 Jul 2017. ISSN 1807–5762. <https://doi.org/10.1590/1807–57622016.0363>.

GOMES, L.G.; BARBOSA, L.; DRUMMOND, J.A. (orgs). **O Brasil não é para principiantes**: Carnavais, malandros e heróis 20 anos depois. Rio de Janeiro: FGV, 2001. 267 p.

GONÇALVES, R.F. et al. Influence of the Mais Médicos (More Doctors) Program on health services access and use in Northeast Brazil. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2019, v. 53 [Acessado 8 Setembro 2022], 110. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518–8787.2019053001571>>. Epub 09 Dez 2019. ISSN 1518–8787.

GONÇALVES, R. F. et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 21, n. 09 [Acessado 8 Setembro 2022], pp. 2815–2824. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413–81232015219.15392016>>. ISSN 1678–4561.

GÖTTEMS, L. B. D. et al. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 24, n. 6 [Acessado 4 Julho 2022], pp. 1997–2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413–81232018246.08522019>>. ISSN 1678–4561.

GUATTARI, F. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (Ed.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS/OMS, 1994.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse da Educação Superior 2008**. Brasília. Disponível em <<https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao>>. Acesso em 21/10/2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse da Educação Superior 2009**. Brasília. Disponível em <<https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao>>. Acesso em 21/10/2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse da Educação Superior 2010**. Brasília. Disponível em <<https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao>>. Acesso em 21/10/2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse da Educação Superior 2011**. Brasília. Disponível em <<https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao>>. Acesso em 21/10/2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse da Educação Superior 2012**. Brasília. Disponível em <<https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao>>. Acesso em 21/10/2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse da Educação Superior 2013**. Brasília. Disponível em <<https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao>>. Acesso em 21/10/2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse da Educação Superior 2014**. Brasília. Disponível em <<https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao>>. Acesso em 21/10/2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse da Educação Superior 2015**. Brasília. Disponível em <<https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao>>. Acesso em 21/10/2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse da Educação Superior 2016**. Brasília. Disponível em <<https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao>>. Acesso em 21/10/2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse da Educação Superior 2017**. Brasília. Disponível em <<https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao>>. Acesso em 21/10/2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse da Educação Superior 2018**. Brasília. Disponível em <<https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao>>. Acesso em 21/10/2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse da Educação Superior 2019**. Brasília. Disponível em <<https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao>>. Acesso em 21/10/2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse da Educação Superior 2020**. Brasília. Disponível em <<https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/sinopses-estatisticas/educacao-superior-graduacao>>. Acesso em 21/10/2022.

KINGDON, J. **Agendas, alternatives and public choices**. Boston: Little Brown, 1984.

KNORR-CETINA, K.D. **The Manufacture of Knowledge: An Essay on the Constructivist and Contextual Nature of Science**. New York: Pergamon Press, 1981.

KOFFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. VIII, p. 49–70, mar./junho, 2001.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1989.

LASSWELL, H. D. The Policy Orientation. In: LERNER, D.; LASSWELL, H.D. (eds.) **The Policy Sciences: Recent Developments**. Stanford: Stanford University Press, 1951.

LATOUR, B.; WOOLGAR, S. **A Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1997.

LINS, Daniel. Manguê's school ou por uma pedagogia rizomática Dossiê: "Entre Deleuze e a educação, **Educ. Soc.** 26 (93), Dez 2005

MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educ. Soc., Campinas**, vol. 27, n. 94, p. 47-69, jan./abr. 2006

MAGALHÃES, G. S. de G. **Redes sociotécnicas de um curso de medicina no interior do Brasil: uma cartografia das controvérsias do movimento de interiorização e inovação curricular**. 2022. Tese (Doutorado em Educação Matemática e Tecnológica) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.

MANCIBO, D.; DO VALE, A. A.; MARTINS, T. B. Políticas de expansão da educação superior no Brasil. **Revista Brasileira de Educação** v. 20 n. 60 jan.–mar. 2015

MARCH, C.; KOIFMAN, L; PONTES, A. L. M.; SAIPPA-OLIVEIRA, G.; SILVA JÚNIOR, A. G.; FERNANDEZ, V. S. **O currículo de medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência**. In: Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e MATTOS. R. A. (Org.). **Ensinar Saúde: A Integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006, v., p. 295–309.

MAIROT, L. T. da S. et al. As artes na educação médica: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2019, v. 43, n. 4 [Acessado 29 Junho 2022], pp. 54–64. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20180146>>. Epub 14 Out 2019. ISSN 1981-5271.

MARQUES, L.R.; ANDRADE, E. F.; AZEVEDO, J.M.L. Pesquisa em política educacional e discurso: sugestões **RBPAE** – v. 33, n. 1, p. 055 – 071, jan./abr. 2017

MARQUES, R. M. & MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):163–171, 2002

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. **A ideia de ciclo na análise de políticas públicas**. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 509 p.: il.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 1996.

MBEMBE, A. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte**. São Paulo: n-1 edições, 2018a.

MEDINA, M. G. et al. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013–2016 no Brasil. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 7 Março 2022], pp. 346–360. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S124>>. ISSN 2358-2898.

MERHY, E.E. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido**. In: FRANCO. T.B. et al. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004. p.21–45.

MIRANDA, G. M. D. et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2017, v. 15, n. 1 [Acessado 28 Fevereiro 2022], pp. 131–145. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00051>>. Epub 05 Jan 2017. ISSN 1981-7746.

MOTA, A. **Entre o curso tradicional e o curso experimental da Faculdade de Medicina–USP: a experiência da pedagoga Maria Cecília Ferro Donnangelo, 1968–1976**.

NEVES, R. G. e col. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006–2016 **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, 27(3):e2017170, 2018.

NÓBREGA BOLLMANN, M. G.; AGUIAR, L. C. LDB – projetos em disputa: Da tramitação à aprovação em 1996. **Retr. da Esc.** [Internet]. 15º de fevereiro de 2017 [citado 9º de abril de 2022];10(19):407–28. Disponível em: <https://retratosdaescola.emnuvens.com.br/rde/article/view/703>

NOGUEIRA, M.A. **Em defesa da política**. São Paulo: Editora Senac, 2001.

NUNES, S. O. V. et al. O ensino de habilidades e atitudes: um relato de experiências. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2013, v. 37, n. 1 [Acessado 28 Junho 2022], pp. 126–131. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100018>>. Epub 18 Jun 2013. ISSN 1981-5271.

OLIVEIRA, A.P.C. et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1165–1180, 2017

OLIVEIRA F.P., ARAÚJO C.A., TORRES, O.M., FIGUEIREDO A.M., SOUZA P.A., OLIVEIRA F.P., et al. O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade. **Interface** (Botucatu). 2019; 23(Supl. 1): e180008

_____; PINTO H.A.; FIGUEIREDO A.M.; CYRINO, E. G.; OLIVEIRA NETO A.V.; ROCHA V.X.M. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. **Interface** (Botucatu). 2019; 23(Supl. 1): e170949

_____; VANNI T, PINTO HA, SANTOS JTR, FIGUEIREDO AM, ARAÚJO SQ, MATOS MFM, CYRINO EG. “Mais Médicos”: a Brazilian program in an international perspective. **Interface** (Botucatu). 2015; 19(54):623–34.

_____; SANTOS, L. M. P; SHIMIZU, H. E. Responsabilidade Social das Escolas Médicas e Representações Sociais dos Estudantes de Medicina no Contexto do Programa Mais Médicos. **Rev. bras. educ. med.** [Internet]. 2019 [cited 2022 June 29]; 43 (1 Suppl 1): 462–472. Available from: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000500462&lng=en. Epub Jan 13, 2020.

_____; SANTOS, L. M. P.; & SHIMIZU, H. E. (2019). Responsabilidade Social das Escolas Médicas e Representações Sociais dos Estudantes de Medicina no Contexto do Programa Mais Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 43(1 suppl 1), 462–472.

_____; ARAÚJO C.A.; TORRES, O.M.; FIGUEIREDO A.M.; SOUZA P.A.; OLIVEIRA F.A. et al. O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade. **Interface** (Botucatu). 2019; 23(Supl. 1): e180008 <https://doi.org/10.1590/Interface.180008>

Organização Pan-Americana da Saúde. **Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da Produção Científica**. Brasília: OPAS; 2017

PACHECO, R. A. **Sentir é saber: a produção de (re) existências do saber sensível no contexto de uma escola médica** / Rafaela Alves Pacheco. – Recife: o autor, 2019. 147 f.; il.; 30 cm.

PAIM, J. S., Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate** [Internet]. 2009;33(81):27–37. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341772004>

PARSONS, D. W. **Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis**. Cheltenham, UK; Northampton, MA, USA, 1995.

PASCHE, D. F., VILELA, M. D. A., Giovanni, M. D., Almeida, P. V. B., & Franco NETTO, T. D. L. (2014). Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulg saúde debate**, 52, 58–71.

PACHANE, G. G.; VITORINO, B. de M. A EXPANSÃO DO ENSINO SUPERIOR NO BRASIL PELO PROGRAMA REUNI: DEMOCRATIZAÇÃO DA FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA OU APENAS UMA AMBIVALÊNCIA LEGAL? **Poiésis**, Tubarão. v.9, n.16, p. 438 – 456, Jul/Dez 2015.

<http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Poiesis/index>

PEPE, V.L.E. **Breve histórico do percurso de Kuhn**: do paradigma ao exemplar. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 36.

PEREIRA, T.L. O processo de concentração do capital no ensino superior privado–mercantil brasileiro. **Educ. Soc., Campinas**, v. 41, e239134, 2020

PETTA, H. L. Formação de Médicos Especialistas no SUS Descrição e Análise da Implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró–Residência) **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA** 37 (1): 72–79; 2013

PINTO DE ALMEIDA, M DE L.; FÁVERO, A. & TONIETO, C. (n.d.). **A expansão do ensino superior no Brasil sob influência da declaração de bolonha**: primeiras aproximações **The expansion of higher education in Brazil under the influence of the bologna declaration**: first approaches **La expansión de la enseñanza superior en Brasil bajo la influencia de la declaración de bolonia**: primeras aproximaciones. 182–198. <https://www.fe.unicamp.br/revistas/ged/RIESup>

PINTO L.F., GIOVANELLA L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1903–1913, 2018

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora, **SAÚDE DEBATE** | Rio de Janeiro, V. 38, N. Especial, P. 358–372, Out 2014 Doi: 10.5935/0103–1104.2014s027

PINTO, H. A.; OLIVEIRA, F. P. de, & SOARES, R. (2022). Panorama da implementação do Programa Mais Médicos até 2021 e comparação com o Programa Médicos pelo Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 46(1), 32–53. <https://doi.org/10.22278/2318–2660.2022.v46.n1.a3616>

PINTO, H. A. e CÔRTEZ, S. M. V. O que fez com que o Programa Mais Médicos fosse possível? **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2022, v. 27, n. 7 [Acessado 17 Outubro 2022], pp. 2543–2552. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413–81232022277.22322021>

PINTO, H. A., ANDREAZZA, R., RIBEIRO, R. J., LOULA, M. R., & DOS REIS, A. A. C. (2019). The more doctors program and the changing role of the state in the regulation and organization of medical education. **Interface: Communication, Health, Education**, 23.

<https://doi.org/10.1590/Interface.170960/https://doi.org/10.1590/1413–81232022277.22322021EN>>. Epub 17 Jun 2022. ISSN 1678–4561.

PINTO, H. A. e CÔRTEZ, S. M. V. Tendência à estabilidade institucional: regulação, formação e provimento de médicos no Brasil durante o governo Lula. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2022, v. 27, n. 7 [Acessado 17 Outubro 2022], pp. 2531–2541. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.18332021>
<https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.18332021EN>>. Epub 17 Jun 2022. ISSN 1678–4561.

POCHMANN, M.. . Estrutura social no Brasil: mudanças recentes. **Serviço Social & Sociedade**, 2010 (Serv. Soc. Soc., 2010 (104)). <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000400004>

POPPER, K. **O realismo e o objectivo da ciência**. Lisboa: Dom Quixote, 1987.

PORTOCARRERO, V. **As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault**. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 260 p.

QUIJANO, A. Don quijote y los molinos de viento en américa latina. el@tina. **Revista electrónica de estudios latinoamericanos** [en linea]. 2006, 4(14), 25–41[fecha de Consulta 11 de Agosto de 2020]. ISSN:. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=496451229002>

REDE OBSERVATÓRIO PROGRAMA MAIS MÉDICOS. **Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014**. [Relatório on–line]. São Paulo, ótics, 2015. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-maismedicos>.

Acesso em: 2 fev. 2020.

REGO, S.; MACHADO, M. H. **Formação Médica no contexto do Programa Mais Médicos para o Brasil: avaliações e perspectivas**. In: MACHADO, M. H. et al. (Org.). *O PMM e a Atenção Básica*. Curitiba: Editora Prismas, 2017. p. 155–176.

RIOS, D. R. da S. e TEIXEIRA, C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. **Saúde e Sociedade** [online]. 2018, v. 27, n. 3 [Acessado 7 Março 2022], pp. 794–808. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170887>>. ISSN 1984–0470.

RIOS, I. C. Humanidades Médicas como Campo de Conhecimento em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2016, v. 40, n. 1 [Acessado 28 Junho 2022], pp. 21–29. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01032015>>. ISSN 1981–5271.

RIOS, I. C. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2010, v. 15, suppl 1 [Acessado 28 Junho 2022], pp. 1725–1732. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700084>>. Epub 08 Jul 2010. ISSN 1678–4561.

RIOS, I; SCHRAIBER. L. B. **Humanização e Humanidades em Medicina: a formação médica na cultura contemporânea**. São Paulo: Editora Unesp; 2012.

RISTOFF, D.; GIOLO, J. O Sinaes como Sistema. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, v. 3, n. 6, 11.

- ROMERO, L.C. O debate entre planejamento de recursos humanos para a saúde e autonomia universitária no parlamento brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo. v. 9, n. 3 p. 75–88 Nov. 2008 /Fev. 2009.
- RORTY, R. **Solidarity or Objectivity**. In: RORTY, R. Objectivity, relativism, and truth. New York: Cambridge University Press, 1993. p. 21–34. Philosophical papers, volume 1.
- SAMPAIO, H. **Evolução do ensino superior brasileiro (1808–1990)**. Documento de Trabalho 8/91. Núcleo de Pesquisa sobre Ensino Superior da Universidade de São Paulo, 1991.
- SANTANA, C. M. B. da S. **Avaliação da Integração Ensino–Serviço da Rede SUS Escola Recife no âmbito da Estratégia Saúde da Família em Recife–PE/Recife**: Do autor, 2014. 81f.: il.
- SANTOS, A. V.; CHAVES, V. L. J. Influência de atores privados no fortalecimento da privatização da educação superior brasileira. **Educação & Sociedade** [online]. 2020, v. 41 [Acessado 5 Março 2022], e241276. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/ES.241276>>. Epub 30 Out 2020. ISSN 1678–4626.
- SANTOS, B. S.; DE ALMEIDA FILHO, N. **A Universidade no século XXI: para uma universidade nova**. Coimbra: Almedina; 2008.
- SANTOS, B.S. **Introdução a uma ciência pós–moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- SAVIANI, D. **História das ideias pedagógicas no Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2007. 473p.
- SAVIANI, D. O vigésimo ano da LDB: As 39 leis que a modificaram. **Retr. da Esc.** [Internet]. 15º de fevereiro de 2017 [citado 9º de abril de 2022];10(19):379–92. Disponível em: <https://retratosdaescola.emnuvens.com.br/rde/article/view/717>
- SGUISSARDI, V. Modelo de expansão da educação superior no Brasil: predomínio privado/mercantil e desafios para a regulação e a formação universitária. **Educação & Sociedade** [online]. 2008, v. 29, n. 105 [Acessado 17 Outubro 2022], pp. 991–1022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-73302008000400004>>. Epub 10 Fev 2009. ISSN 1678–4626.
- SILVA, V. P. **O setor privado e a educação superior brasileira no governo Lula e Dilma**. 2019. 107 f. Dissertação de Mestrado (Curso de Pós–Graduação em Economia Política) – Programa de Estudos Pós Graduated em Economia Política, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo –PUC/SP.
- SMITH, A. **A Riqueza das Nações**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- SOARES, C. H. A.; PINTO, V. de P. T.; DIAS, M. S. de A.; PARENTE, J. R. F.; CHAGAS, M. I. O. SISTEMA SAÚDE ESCOLA DE SOBRAL–CE. **SANARE** [Internet]. 16º de julho de 2008 [citado 4º de julho de 2022];7(2). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/26>
- SOBRAL, D. T. Três Casos de Inovação Curricular no Panorama recente (1964–1988) da Educação Médica Brasileira: Subsídios de um retrospecto Baseado na

revisão de Documentos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 38 (4): 493 – 501; 2014.

SOUZA, C.. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20–45, 2006.

SOUZA, J. **A ralé brasileira**. Quem é e como vive. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

STORTI, M.M.T., OLIVEIRA, F.P., XAVIER, A.L. Expanding family and community medicine residency vacancies by municipalities and the More Doctors Program. **Interface** (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1301–13.

TAPAJÓS, R. Objetivos educacionais na pedagogia das humanidades médicas: taxonomias alternativas (campos de significado e competências). **Rev. bras. educ. med.** [Internet]. 2008 Dec [cited 2022 June 29]; 32(4): 500–506. Available from: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400013&lng=en.

TEMPSKI, P. Z. et al **Análise de processos de avaliação e acreditação de escolas médicas no Brasil e no mundo: projeto de avaliação das escolas médicas brasileiras**: relatório II São Paulo; USP. Faculdade de Medicina; Hospital Albert Einstein; Brasil. Ministério da Saúde; Hospital Sírio-Libanês; 2013. 70 p. ilus.

TREVISOL, J. V. et al. O ensino superior no Brasil: políticas e dinâmicas da expansão (1991–2004). **Roteiro**, Joaçaba, v. 34, n. 2, p. 215–242, jul./dez.2009.

TROW, M. **Problems in the transition from elite to mass higher education**. Berkeley: Carnegie Commission on Higher Education, 1973.

TROW, M. **Reflections on the transition from elite to mass to universal access: forms and phases of higher education in modern societies since WWII**. Berkeley: University of California, 2005. Disponível em: <http://repositories.cdlib.org/igs/WP2005-4>.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Estudantes de Medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções**. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Relatório I. São Paulo: USP; 2013. http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Sinais de mercado: admissões por 1º emprego formal (RAIS/TEM) e egressos de medicina**. Belo Horizonte, 2011. (Censo da Educação Superior do INEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2009/2013 – PDI/UFPE**. Recife, PE.

_____. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2014/2018– PDI/UFPE**. Recife, PE.

_____. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2019/2023– PDI/UFPE**. Recife, PE.

_____. **Plano Estratégico Institucional 2013/2027– PEI/UFPE**. Recife, PE.

_____. **Relatório de Gestão do Exercício de 2013**. Recife, PE

- VIANA, AL d´A. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas. In: CANESQUI, A. M. **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- WALLERSTEIN, I. Análises dos sistemas mundiais. In: GIDDENS, A.; TURNER, J. (org). **Teoria social hoje**. São Paulo: Unesp, 1999. p.447–470.
- WALLERSTEIN, I. **The Modern World–System I: Capitalist Agriculture and the Origins of the European World–Economy in the Sixteenth Century**. Academic Press Inc, 1974.
- WALT G. **Health policy. An introduction to process and power. People, governments and international agencies—who drives policy and how it is made**. London: Witwatersrand University Press; 1994.
- WALT, G.; GILSON, L. **Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis**. In: HEALTH POLICY AND PLANNING (Vol. 9, Issue 4). 1994 <https://academic.oup.com/heapol/article-abstract/9/4/353/649125>
- WALT, G.; GILSON, L. **Can frameworks inform knowledge about health policy processes? Reviewing health policy papers on agenda setting and testing them against a specific priority-setting framework**. In Health Policy and Planning (Vol. 29, pp. iii6–iii22). Oxford University Press. 2014. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu081>
- WALT, G.; SHIFFMAN, J.; SCHNEIDER, H.; MURRAY, S. F.; BRUGHA, R. & GILSON, L. “Doing” health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. **Health Policy and Planning**, 23(5), 308–317. 2008. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn024>
- WEBER, Max. **A objetividade do conhecimento na ciência social e na ciência política**. In: WEBER, Max. Metodologia das ciências sociais. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1999a.
- WEFFORT, F. **Os clássicos da política**. São Paulo: Ática, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on human resources for health: workforce 2030**. Geneva: World Health Organization, 2016. [acesso em 9 set 2022] <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250368/1/9789241511131eng.pdf>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. PMID: 34057827.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations**. World Health Organization, 2010.
- SOUZA, B.; ALBUQUERQUE, P. C. de. Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. 9. 11. 10.18569/tempus.v9i4.1735.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS E GRUPOS FOCAIS

a. Roteiro de entrevista para análise do contexto de influência (reitores, pro-reitores, da UFPE).

- 1 – *Como a expansão e a interiorização foram recebidas na UFPE?*
- 2 – *Como estas políticas dialogam com os planos da gestão da universidade? Quais eram os planos?*
- 3 – *Que tensões influenciaram na tramitação e adesão da UFPE, que interesses?*
- 4 – *Como avalia o resultado final?*
- 5 – *Que documentos institucionais refletem esse processo e esses resultados?*
- 6 – *Qual a organização administrativa pensada para isso e porque foi pensada assim? Isso foi algo discutido na gestão?*
- 7 – *Em termos de organização administrativa como analisa a relação entre coordenação de curso, reitoria, governo federal e sociedade, em especial o SUS?*
- 8 – *Quais foram os principais entraves?*

b. Roteiro de entrevista para análise do contexto de influência (secretários municipais de saúde).

- 1 – *Quais eram as expectativas da gestão municipal com o curso de medicina?*
 - a. *como a falta de médicos influenciava a gestão e a situação de saúde da população?*
- 2 – *Quais forma as repercussões do curso no SUS municipal e regional?*
- 3 – *Como a gestão participou da construção do curso? E como o curso contribuiu para a gestão?*

c. Roteiro de entrevista para análise do contexto da prática e processo (coordenação do curso).

1 – Como as políticas de expansão, interiorização, e de provimento de médicos se transformam no PPC do curso?

- a. isto se reflete nas justificativas e pressupostos do PPC?
- b. como o PPC se propõe a operacionalizar essas propostas?
- c. qual a organização ou estrutura do PPC? ela foi pensada em resposta a isso?
- d. como se deu o trâmite do PPC na UFPE?

2 – Qual a relação entre o projeto pedagógico e a formação de professores?

- a. como é compreendido o processo de formação de professores
 - i. seleção
 - ii. formação inicial
 - iii. educação permanente
 - iv. avaliação e encontros pedagógicos
- b. como se dá a relação com os métodos de gestão e controle acadêmicos (SIGA, SIGA@, SIGEP, SIAP)?
- c. quais são e como se dá a relação com as iniciativas de formação de professores da UFPE?

3 – Qual a contribuição das metodologias ativas para os objetivos das políticas?

4 – Qual a relação entre os espaços de produção pedagógicos e de cuidado?

- a. relação PIEESC/Tutoria

5 – Que sentidos assume o projeto político a partir da implantação do projeto pedagógico?

- a. o que representa o laboratório de sensibilidades no currículo, e para os outros espaços pedagógicos?

d) Roteiro de grupo focal para análise do contexto da prática e processo (professores do curso de medicina)

1 – De que forma a política de expansão do ensino superior e o mais médicos estiveram presentes no cotidiano da escola durante os seis primeiros anos?

2 – O que estava previsto na política que contribuiu para o projeto local? O que não contribuiu? O que faltou?

3 – Houve evidências de resistência individual ou coletiva? A que se deveu essa resistência? O que estava presente nas críticas do corpo da política?

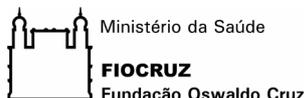
4 – Como se dá o processo decisório de gestão do curso? Qual sua relação com o espaço pedagógico?

5 – Quais são as principais dificuldades identificadas no contexto da prática? Como os professores e demais profissionais lidam com elas?

6 – Como o espaço de EP dialoga com o PPC? Houve contribuições das Eps para a construção do PPC? Ele é visitado?

7 – O que significa ser professor ou professora de Caruaru?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Instituto Aggeu Magalhães

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **EXPANSÃO E INTERIORIZAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR, E A FORMAÇÃO MÉDICA PARA O SUS: O CASO DO CURSO DE MEDICINA DE CARUARU**, desenvolvida por Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida, discente do Doutorado em Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ/ PE), sob orientação da Prof^a Dr^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque. O objetivo central do estudo é analisar o curso de medicina de Caruaru como interface entre as políticas de expansão e interiorização do ensino superior, e de formação médica para o SUS.

Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. A participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à equipe pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado ou entrevistada. Quando autorizada, deverá ser registrada em mídia digital, arquivada em meio físico (disco rígido), com câmera(s) e microfone(s) específicos. A equipe de pesquisa se responsabiliza pelo armazenamento seguro e não compartilhado dos arquivos de imagem e som, podendo qualquer participante do grupo solicitar a retirada de sua participação das gravações. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora.

Quanto aos riscos imediatos, no decorrer da entrevista o participante poderá sentir-se desconfortável e constrangido por responder às indagações relacionadas ao serviço. No entanto, o momento será esclarecido e dirigido com calma, e se solicitado, será interrompido. A fim de minimizar os riscos, está assegurada a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material coletado será armazenado em local seguro. Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador, para utilização em pesquisas futuras, sendo necessário,

para isso, novo contato para que você forneça seu consentimento específico para a nova pesquisa.

Espera-se que sua participação contribua para a análise das políticas de resultaram no curso de medicina, e no amadurecimento político e institucional da universidade brasileira e do Sistema Único de Saúde – SUS. Estes são benefícios esperados para os participantes da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães no endereço: Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Recife/PE, CEP 50.740-465, Telefone: (81) 2101.2500 ou 2101-2600. email-documentos.cep@cpqam.fiocruz.br

Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida – Pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo-assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **EXPANSÃO E INTERIORIZAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR, E A FORMAÇÃO MÉDICA PARA O SUS: O CASO DO CURSO DE MEDICINA DE CARUARU**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Nome:

Assinatura do participante:

Autorização para gravação e uso da imagem

- Autorizo a gravação da entrevista
 Não autorizo a gravação da entrevista

Nome do participante:

(Assinatura do participante da pesquisa)