

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

TEREZA CHRISTINA MERTENS AGUIAR VELOSO

**PROGRAMA NACIONAL DE INCENTIVO A MUDANÇAS CURRICULARES NO
CURSO DE MEDICINA: A EXPERIÊNCIA DA UFG**

**Goiânia
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PROGRAMA NACIONAL DE INCENTIVO A MUDANÇAS CURRICULARES

NO CURSO DE MEDICINA: A EXPERIÊNCIA DA UFG

TEREZA CHRISTINA MERTENS AGUIAR VELOSO

Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Doutor em Educação.

Linha de Pesquisa: Estado e Política Educacional.

Orientador: Prof^a Dr^a Maria Hermínia Marques da Silva Domingues.

**Goiânia
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA

V443p Veloso, Tereza Christina Mertens Aguiar
Programa Nacional de Incentivo a
Mudanças Curriculares no Curso de Medicina:
experiências da UFG / Tereza Christina
Mertens Aguiar Veloso. – 2008.
vi, 266p. : il. ; color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal
de Goiás, Faculdade de Educação, Pós-
graduação em Educação, Linha de Pesquisa:
Estado e Política Educacional, 2008.

“Orientação: Prof^a. Dr^a. Maria Hermínia
Marques da Silva Domingues”.

CDU – 378.014.3:61

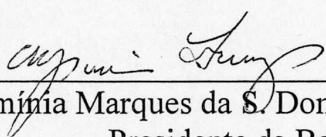
Índice para Catálogo Sistemático

1. Medicina – Ensino superior – Mudanças curriculares
2. Políticas de Saúde
3. Educação médica
4. Ensino superior – Políticas
5. Medicina – Ensino superior

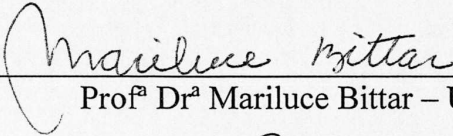
**TEREZA CHRISTINA MERTENS AGUIAR
VELOSO**

**PROGRAMA NACIONAL DE INCENTIVO A
MUDANÇAS CURRICULARES NO CURSO DE
MEDICINA: a experiência da UFG**

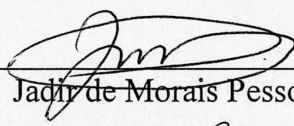
Tese defendida no Curso de Doutorado em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, para a obtenção do grau de Doutora, aprovada em 25 de agosto de 2008, pela Banca Examinadora constituída pelos professores:



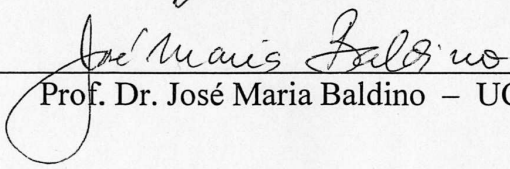
Prof^ª Dr^ª M^a Hermínia Marques da S. Domingues (Orientadora) - UFG
Presidente da Banca



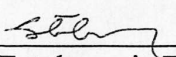
Prof^ª Dr^ª Mariluce Bittar – UCDB/MS



Prof. Dr. Jadir de Moraes Pessoa – FE/UFG



Prof. Dr. José Maria Baldino – UCG



Prof^ª Dr^ª Estelamaris Tronco Monego – FANUT/UFG

Dedico esta Tese

Ao **Roberto, Paulo Victor, Ludmila, Isadora** inspiração e
apoio constante, razão de tudo...

À minha mãe **Maria Francisca** pelo carinho
e torcida para que eu chegasse até aqui...

Ao **meu pai Aguiar** “in memoriam” por me fornecer
instrumentos de aprendizado que me deram condições de
olhar a vida diferente...

À **amiga Doralice**, pela acolhida sempre carinhosa...

AGRADECIMENTOS

À Professora **Dr^a Maria Hermínia**, por me acolher como orientanda no meio da caminhada, respeitando as minhas escolhas;

Ao Professor **Dr Luiz Fernandes Dourado**, por participar no início e final dessa trajetória, contribuindo com olhar das Políticas de Educação Superior;

À sempre amiga **Professora Irene Balleroni**, que participa da minha trajetória de pesquisadora desde o Mestrado, realizando em vários momentos as leituras dos trabalhos, com olhares sempre atentos, cuidadosos e críticos se mostrando muito paciente com minhas incertezas. Uma incentivadora de toda essa caminhada;

Aos **Professores e Colegas** da 3^a Turma de Doutorado, pela amizade, pela convivência gratificante, pelas discussões, pela oportunidade de voltar a ser estudante;

Às amigas **Tânia e Graça** que, mesmo envolvidas em seus trabalhos, criaram tempo, conciliando suas agendas para contribuir com esse estudo;

Ao amigo **Ewinton**, analista de tecnologia da informação, pela minha inclusão digital e por estar sempre na busca de métodos que minimizem os nossos trabalhos;

Às amigas **Ana Maria, Juliana, Marina, Odívia, Raquel Benta, Leza, Boinha e ainda Daniel, Breno e Renan, sobrinhos e afilhado**, pelo incentivo, apoio e solidariedade que recebi em momentos diferentes no jeito de cada um.

Aos **pesquisadores do GEPES** – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas da Educação Superior, pela oportunidade de discutirmos, pesquisarmos e estudarmos as Políticas da Educação Superior em nossos encontros sempre muito ricos;

Aos **professores e alunos** que aceitaram participar da pesquisa através das entrevistas, oportunidade única de conhecê-los, cujos relatos construíram esse trabalho. Espero ter sido fiel as suas concepções;

A todos que aceitaram compor a **Banca de Defesa**, se propondo a ler, ouvir e debater, contribuindo com idéias para esse trabalho;

À **minha mãe**, com suas orações e o seu jeito atencioso tentando suprir minha ausência junto a meus filhos;

A toda **minha família**, em especial a minha amiga e sogra, **Doralice (Dorinha)**, pela torcida e por ter sempre me acolhido do seu jeito carinhoso e goiano durante todo esse período;

Aos meus filhos, **Paulo Victor, Ludmila e Isadora**, que souberam compreender as minhas ausências, as horas roubadas de nosso convívio, mas que nunca fizeram

sentir-me distante, vibrando nos momentos de êxitos e alegria e me confortando nas horas de incertezas e dificuldades;

À ajuda importante da **Elizabeth (Betinha)** nos afazeres domésticos, e o cuidado para que na minha ausência tudo estivesse bem;

Aos meus padrinhos, **Darcy e Stella**, mesmo distantes, souberam se fazer presentes nos grandes momentos de minha vida, a eles toda a minha gratidão;

A meu pai **Aguiar**, uma lembrança e uma saudade, que nos deixou no início desse trajeto, onde estiver, com certeza estará sempre atento e motivando as minhas conquistas, como sempre o fez;

A todos esses e aqueles que deixei de mencionar, mas que estiveram nessa caminhada, acreditando que a realização começa no sonho, compartilho o sucesso deste trabalho, **muito obrigada!**

Reconheço ainda que essa caminhada não seria possível se não tivesse:

A presença de **Deus** como aquele que me concedeu a crença de que era possível, o talento necessário, a força para realizá-lo e a felicidade de concluí-lo;

A liberação total das atividades acadêmicas pelo **Departamento de Alimentos e Nutrição da Faculdade de Nutrição** da Universidade Federal de Mato Grosso, a todos os docentes obrigada pela confiança.

Não Sei

*“Não sei se a vida é curta ou longa demais para nós.
Mas sei que nada do que vivemos tem sentido
se não tocarmos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe, braço que envolve,
Palavra que conforta, silêncio que respeita,
Alegria que contagia, lágrima que corre,
Olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo.
É o que dá sentido à vida.*

*É o que faz com que ela não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira e pura
Enquanto durar.”*

Cora Coralina

RESUMO

VELOSO, Tereza Christina M. Aguiar. **Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina: a experiência da UFG.** 2008. 266p. Tese (Programa de Pós-Graduação em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008.

Integrando a Linha de Pesquisa Estado e Política Educacional, este estudo tem como objeto a Política de Reorientação da Graduação na Área da Saúde, dos Ministérios da Saúde e da Educação, com enfoque no Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina (PROMED), buscando analisar os resultados do programa no curso de Medicina da UFG. A pesquisa, do tipo estudo de caso, trabalhou com o método do conhecimento praxiológico, o conceito de campo e de *habitus* de Pierre Bourdieu como referencial de análise na organização e compreensão dos dados, obtidos de fontes documentais e de entrevistas semi-estruturadas, com participantes do PROMED. Sobre a implementação do Programa na Faculdade de Medicina, poderíamos indicar que o *habitus* da formação do médico se manifesta por meio da resistência de parte de seu corpo docente para o processo de transformação da formação médica, determinantes para que a Faculdade em alguns eixos/vetores do programa consiga inovar e em outros apenas realizar mudanças. Enfatiza a formação pedagógica do corpo docente e de tutores da rede pública de saúde dentre as estratégias do Programa reconhecendo a importante participação desses agentes no processo de mudança na formação de seus graduados. A conclusão aponta a transformação na formação médica como um processo que, mesmo já oportunizada a indução de mudanças na graduação e promovida a discussão da responsabilidade institucional frente às Políticas de Saúde, transcende a vigência do PROMED.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Médica; Políticas de Saúde; Políticas de Educação Superior.

ABSTRACT

VELOSO, Tereza Christina M. Aguiar. **National Program of Encouragement to Curricular Changes in the Medicine Course: the experience of UFG.** 2008. 266p. Thesis (Post-graduation Program in Education) – Education Department, Federal University of Goiás, Goiânia, 2008.

Integrated to the Research Line State and Educational Policy, this study is about the Reorientation Policy of the university course in the Health Area, of the Health and Education Ministries, focusing on the National Program of Encouragement to Curricular Changes in the Medicine Course (PROMED), seeking to analyze the impact of the program on the Medicine course of the UFG. The research, which is a case study, worked with the field and *habitus* concept of Pierre Bourdieu as a referential of analysis in the organization and understanding of the data, obtained from documental sources and semi-structured interviews, with participants from PROMED. Concerning the implementation of the Program at the School of Medicine, the indication is that the *habitus* of the training of medical doctors is manifested through resistance from a part of the faculty to the transformation process in the training of medical doctors, determinant for the College to innovate in some areas and in others simply make changes. It emphasizes the pedagogical training of the faculty and of tutors in the public health system among the strategies of the Program, recognizing the importance of the participation of these agents in the process of change in the training of future medical doctors. The conclusion points to the changes in the medical formation as a process, that transcend the control of PROMED, even though the induction of changes in the course was already given and also a discussion on the institution responsibility regarding the Health Policies.

KEY WORDS: Medical Education; Health Policies; Higher Education Policies.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição Percentual de Vagas nos Cursos de Medicina segundo Categoria Administrativa e Regiões Geográficas - Brasil, 1991, 1998, 2005.....	79
Gráfico 2	Vagas e Ingressos nos Cursos de Graduação em Medicina segundo categoria administrativa – Brasil 1991-2005.....	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descrição dos Eixos e Vetores do PROMED.....	145
Quadro 2	Descrição dos Eixos e Vetores do PROMED e do Pró-Saúde.....	162

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Cursos de Graduação por Organização Acadêmica e Categoria Administrativa, Brasil – 1991-2005.....	70
Tabela 2	Distribuição da Oferta de Cursos de Graduação Presenciais por Área de Conhecimento, Brasil 2000-2005.....	72
Tabela 3	Distribuição da Oferta de Cursos de Graduação Presenciais na Área da Saúde e Bem Estar, Brasil 1991-2005.....	73
Tabela 4	Distribuição dos Cursos de Graduação em Medicina, por Categoria Administrativa, Brasil 1991-2005.....	74
Tabela 5	Distribuição dos Cursos de Graduação da área da Saúde e Bem Estar por Organização Acadêmica, Brasil – 2005.....	75
Tabela 6	Cursos de Graduação Presenciais e Matrículas por Área de Conhecimento segundo Categoria administrativa, Brasil – 2005.....	76
Tabela 7	Demonstrativo do Número de Cursos e Matrículas de Graduação em Medicina por Organização Acadêmica e Categoria Administrativa, Brasil - 1991, 1998, 2005.....	77
Tabela 8	Distribuição de Cursos e Vagas para Graduação em Medicina segundo Região e Categoria Administrativa, Brasil – 2005.....	78
Tabela 9	Relação Candidatos Inscritos e Vaga segundo Categoria Administrativa, Brasil 1996 – 2005.....	80
Tabela 10	Evolução do Percentual de Vagas Ociosas segundo Categoria Administrativa, Brasil 1996 – 2005.....	80
Tabela 11	Distribuição de Vagas em Programas de Residência Médica por Região, Brasil – 2008.....	116
Tabela 12	Demonstrativo das Áreas Temáticas / Especialidades de acordo com a frequência em programas de Residência, Mestrado, Doutorado e Pós Doutorado - Brasil 2003.....	118
Tabela 13	Demonstrativo do Total de Cursos de Graduação de Medicina e participantes do PROMED, por região – Brasil, 2003.....	148
Tabela 14	Distribuição do Número de Cursos de Graduação Inscritos e Selecionados para o Pró-Saúde, por Região – Brasil 2006.....	164

LISTA DE SIGLAS

Siglas	Descrição
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABS	Atenção Básica em Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
AMB	Associação Médica Brasileira
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAEM	Comissão de Avaliação das Escolas Médicas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo e Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Projeto da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSAC	Coordenação de Saúde da Comunidade
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRUTAC	Centro Rural Universitário de Treinamento em Ação Comunitária
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
Deaes	Diretoria de Análise e Estatísticas Educacionais
Deges	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
EMA	Educação Médica das Américas
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na área da Saúde
For-Grad	Fórum Nacional de Pró-Reitores de Graduação
HDT	Hospital de Doenças Tropicais
HGG	Hospital Geral de Goiânia
HMI	Hospital Materno Infantil
HUGO	Hospital de Urgências de Goiânia
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
IDA	Integração Docente Assistencial
IES	Instituições de Educação Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPTSP	Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação
MNNP-SUS	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OIC	Organização e Integração Comunitária
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PCCS-SUS	Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROMED	Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares na Escola Médica
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PSF	Programa Saúde da Família
REDE UNIDA	Rede Unida de Desenvolvimento de Profissionais de Saúde
REFORSUS	Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SEGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde.
SESu/MEC	Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação
SETEC	Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
LISTA DE GRÁFICOS.....	x
LISTA DE QUADROS	xi
LISTA DE TABELAS	xii
LISTA DE SIGLAS	xiii
SUMÁRIO	xv
INTRODUÇÃO	17

CAPÍTULO I

POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE E FORMAÇÃO NO PERÍODO DE 1990 A 2005.....	38
1.1 Políticas de Saúde de 1990 a 2002.....	44
1.2 Programa Saúde da Família.....	50
1.3 Políticas de Saúde a partir de 200.....	57
1.4 Políticas de Educação Superior – 1990 a 2005.....	64
1.4.1 Educação Superior – expansão e diversificação no setor privado.....	69
1.4.2 Distribuição Geográfica de Cursos e Vagas.....	77
1.4.3 Diretrizes Curriculares Nacionais – possibilidades de mudanças.....	83

CAPÍTULO II

CATEGORIA MÉDICA – AGENTES MOBILIZADOS PARA A TRANSFORMAÇÃO DA EDUCAÇÃO MÉDICA.....	94
2.1 Papel dos agentes na discussão da formação médica.....	96
2.1.1 Mobilização da Categoria Médica para a Contenção da Expansão dos Cursos de Medicina.....	99
2.1.2 O Projeto CINAEM e a formação médica.....	104
2.2 A constituição do <i>habitus</i> na categoria médica.....	111
2.2.1 O Médico sua origem e formação científica.....	115
2.2.2 O Mercado de Trabalho Médico – Tendências e Avaliação.....	123
2.3 Movimentos de transformação da educação dos profissionais da saúde.....	130
2.4 As Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina e o perfil do Médico.....	134

CAPÍTULO III

PROGRAMAS DE REORIENTAÇÃO PARA MUDANÇAS CURRICULARES: PROMED E PRÓ-SAÚDE.....	141
3.1 PROMED – Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares na Escola Médica.....	142
3.1.1 O projeto PROMED da Faculdade de Medicina da UFG.....	151

3.1.2	Avaliação do PROMED – pressupostos para o planejamento do Pró-Saúde.....	157
3.2	Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde.....	159

CAPÍTULO IV

	PROMED – A DISCUSSÃO DE UMA EXPERIÊNCIA.....	172
4.1	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – de 1960 a 2005.....	173
4.2	PROMED – a motivação para mudança da formação médica.....	178
4.3	Programa de abertura: A construção do processo de mudança no Curso de Medicina.....	179
4.4	Programa de avanço: a implementação da mudança.....	194
4.4.1	Mudança ou Inovação – de que transformação estamos falando?.....	194
4.4.2	Projeto Político Pedagógico.....	197
4.4.3	Da proposta a ação: os eixos do PROMED.....	201
4.4.3.1	Orientação Teórica.....	202
4.4.3.2	Abordagem Pedagógica.....	208
4.4.3.3	Cenários de prática.....	225
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	232
	REFERÊNCIAS.....	241
	APÊNDICES.....	259

INTRODUÇÃO

Um trabalho de pesquisa, geralmente, representa um relato de longa viagem proposta por um sujeito cujo caminho passa por lugares muitas vezes já visitados. Pode parecer, a princípio, que nada tenha de original, no entanto, à medida que avançamos nessa viagem, agregamos um novo olhar, um modo específico de pensar determinada realidade, relacionados à própria experiência e à apropriação do conhecimento adquirido nessa jornada, que atribui um caráter pessoal no seu relato.

Dessa forma, a escolha de determinado objeto de estudo não é desprovida de intencionalidade não acontece ao acaso. Geralmente a escolha é antecedida de uma aproximação à temática que acontece por diversos caminhos e canais. A principal motivação para essa escolha dá-se pela permanência de indagações, pela inexistência ou insuficiência do conhecimento sobre o tema, e até pela discordância dos resultados divulgados. Assim, a opção pela temática da política de formação de recursos humanos na área da saúde, proposta pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, a partir de 2002, e seu impacto no curso de Medicina em uma Instituição Federal de Ensino Superior, deu-se principalmente por estar relacionada à formação do profissional de saúde, e, dessa forma, ter relação com a minha atividade acadêmica como professora universitária do curso de Nutrição, que, de acordo com a classificação do Ministério da Educação e do Conselho Nacional de Saúde, integra a área de conhecimento de Saúde e Bem Estar. Outros fatores que motivaram a escolha do tema foram a sua atualidade e a percepção do reduzido número de estudos que buscam interpretar e explicitar as razões da necessidade de programas de reorientação para mudanças na formação de profissionais da saúde. Por fim, o impacto de tais políticas na graduação de um curso de medicina despertou o interesse pelo tema.

Do ponto de vista do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, conforme mostra esta pesquisa, o principal motivador para a indução com vistas à transformação da formação dos profissionais da saúde está relacionado às mudanças no Sistema de Saúde brasileiro, presenciadas há mais de duas décadas, tendo início com o movimento da Reforma sanitária, na década de 1980. Após conquistas do ponto de vista jurídico legal, tem-se atualmente, como questão central, a reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários. Torna-se consenso que esses devam abandonar a lógica tradicional que regeu o seu funcionamento.

Assim, busca-se criar as condições para que, de forma permanente, o sistema de saúde aproxime-se mais dos indivíduos, torne-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo.

Atender às necessidades e aos anseios da população foi a motivação básica para a criação do Sistema Único de Saúde, em 1988. As dificuldades não residiam apenas no delineamento institucional, isto é, no conjunto de leis existentes à época, que davam prioridade ao modelo em que a atenção previdenciária era o principal foco da política pública. Havemos de considerar, entre as heranças recebidas pelo SUS, em décadas de estruturação do setor saúde, a cultura organizacional, os diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público e uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos. Esses padrões institucionais conformaram um conjunto de pressupostos e valores de difícil e lenta transformação, a despeito de existirem propósitos políticos de mudança por grande parte dos atores sociais envolvidos no setor.

Mesmo considerando as dificuldades vivenciadas na implantação do SUS, alguns progressos têm sido alcançados, destacando-se o desenvolvimento da atenção primária à saúde, formada por uma rede que se consolidou em todo o país. Centros e postos de saúde, bem como os estabelecimentos de saúde destinados a prestar serviços básicos à população experimentaram um crescimento bastante expressivo, tanto em número absoluto quanto em produção de serviços e aumento de cobertura assistencial, especialmente em áreas antes sem a devida assistência. Essa rede básica ampliou sua oferta de serviços segundo dois eixos fundamentais: a prestação de atendimento médico ambulatorial nas especialidades básicas (pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica) e a oferta de ações de caráter preventivo, segundo a lógica da programação em saúde.

O êxito da reforma proposta em que se afirma a atenção básica, complementada pela rede de serviços especializados, ambulatoriais e hospitalares, deve ser a busca permanente dos que trabalham no setor. Nesse contexto, o Ministério da Saúde, a partir de 1994, implantou um novo modelo de atenção à saúde do povo brasileiro, calcado no Programa Saúde da Família, que apresentava características estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) visando à reorientação do modelo tradicional vigente.

A estratégia desse Programa propôs uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os

diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania e expressa pela qualidade de vida (COSTA NETO, 2000).

Para tanto, segundo podemos observar nos documentos oficiais, a prática de saúde deveria ser humanizada, objetivando a satisfação do usuário através de seu estreito relacionamento com os profissionais de saúde, cuja assistência, necessariamente deveria ser desenvolvida de forma universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva e de boa qualidade, seja na unidade de saúde ou no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades e elegendo a família, em seu contexto social, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.

Assim, a necessidade da transformação das práticas de saúde tem demandado o redirecionamento da formação dos profissionais de saúde, de forma a atender os indicadores desejados no exercício das atividades referentes à complexidade de sua atuação. Essa demanda incluía, ainda, o resgate do exercício da prática profissional de forma ética, vinculada ao exercício da cidadania, baseada na compreensão de que as condições de vida determinam as condições de saúde de uma dada população. A finalidade era oferecer o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos (PEDROSA; TELES, 2001).

No debate sobre a consolidação do SUS, houve consenso de que a formação profissional e a organização do sistema de saúde estavam intimamente ligadas. Portanto, a necessidade de uma colaboração orgânica entre os setores da saúde e da educação visando à efetiva implementação das diretrizes constitucionais do SUS e à implementação das diretrizes curriculares nacionais, se fez cada vez mais presente (BRASIL, 2005a). A importância da participação das unidades formadoras nesse processo é avaliada por Almeida (1999) e por Paim e Teixeira (2002), autores que deixam claro que o Sistema de Saúde direciona a formação profissional. E essa, por sua vez, condiciona o sistema de saúde, pois as universidades influenciam na formação dos sujeitos que irão interferir na organização dos serviços de saúde, facilitando ou dificultando as mudanças propostas pelo SUS.

Sobre a educação médica na América Latina, estudos desenvolvidos pela Organização Pan-Americana de Saúde, desde 1970, apontam para a incorporação

deficiente dos Planos Nacionais de Saúde nos processos de formação dos profissionais da área, para a falta de coordenação entre os instrumentos de formação e as necessidades da população, e, finalmente, para o número de candidatos muito acima do número de vagas. No plano acadêmico, os estudos apontam para a valorização da formação médica num enfoque especializado, em detrimento da formação generalista. Bueno e Pieruccine (2005) indicam que a formação generalista, já em 1970, era defendida como objetivo a ser atingido no ensino médico e nas políticas públicas para o setor. As transformações ocorridas no mercado de trabalho médico, o agravamento da crise da atenção à saúde da população e os avanços contínuos dos recursos tecnológicos à disposição das especialidades fizeram com que o enfoque generalista ficasse cada vez mais distante da realidade do ensino. Frente a isto, o Estado brasileiro procurou corrigir uma das causas da crise à atenção à saúde: a insuficiência de médicos, promovendo a expansão de cursos de graduação principalmente na rede privada. Os aspectos qualitativos da formação médica não foram considerados, ficando para segundo plano.

Com a aprovação das novas Diretrizes Curriculares para os Cursos da Saúde, instituiu-se uma articulação entre duas políticas, originárias do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, o que, conseqüentemente, gerou o desafio de se estabelecer um sistema de incentivos às instituições acadêmicas que se dispusessem a adequar a formação profissional às Políticas de Saúde, com ênfase no SUS.

Ao nos propormos a focar as políticas de reorientação dos profissionais da saúde, partimos do pressuposto de que o Ministério da Saúde, ao buscar parceria com o Ministério da Educação, na proposição de tais políticas integradas às políticas de recursos humanos para o SUS, não só utilizou o preceito constitucional, mas também buscou sensibilizar as instituições formadoras para a sua responsabilidade no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, enquanto uma política de Estado. Desta forma, o Ministério da Saúde tem a responsabilidade, conforme estabelecido na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e na Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080¹ (BRASIL, 1990), de estimular e ordenar a formação de trabalhadores em saúde. Ainda sob o olhar da Constituição, as ações e os serviços de saúde, ao se

¹ A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, dispõe no Art. 6º - Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:, item III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1990).

constituírem por um sistema único, integram uma rede que deve ser organizada segundo três diretrizes: universalidade, equidade e integralidade, que deverão estar contempladas na formação dos profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde reconhece que, na formação de recursos humanos para saúde, o sistema educacional, através do Ministério da Educação se inclui principalmente pelo fato de ser esse setor que possui instrumentos de gestão, avaliação e legitimidade de regulação da educação nacional. No entanto, as funções sociais do ordenamento, controle, fiscalização, auditoria e avaliação são funções do Estado e que, em relação ao setor saúde, adquirem características próprias. Essas funções estão sob outro princípio norteador das políticas públicas, o controle social – participação popular com poder decisório, regulamentado por Lei específica. O controle social em saúde é compreendido como a participação da população na definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas do setor e é um princípio resguardado pela Lei nº 8.142/90 (SILVEIRA, 2006).

No setor da Saúde, há o reconhecimento do controle social, que atualmente apresenta estrutura de participação mais sólida entre todos os setores de política social do Brasil em que se incluem as Conferências de Saúde, estratégias que não só definem e estruturam as prioridades do setor, mas também fortalecem a organização dos movimentos sociais, de profissionais e da sociedade civil em geral. Essa discussão está inserida quando apreciamos as Políticas de Saúde que são referências para as mudanças propostas no modelo de formação dos profissionais de saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde têm, portanto, um papel importante na avaliação e na proposição da política de saúde, com garantia de acesso à participação plena dos cidadãos, com regras claras para mobilização e da paridade da participação². Percebemos na leitura dos relatórios desses eventos, principalmente os da 10ª Conferência Nacional, realizada em 1996 até ao da 12ª realizado em 2003, o chamamento da Universidade com a construção e consolidação do SUS, na reestruturação da formação dos profissionais de saúde considerando seus novos papéis, priorizando a exigência social de qualidade da atenção em saúde, reafirmando a necessidade na integração ensino-serviço-

² Nas Conferências de Saúde 50% dos participantes devem ser representantes dos usuários; 25% representantes dos trabalhadores de saúde e 25% dos gestores e prestadores.

controle social, com enfoque não só na graduação, mas também na educação permanente e na prestação de serviços.

A par das considerações acima explicitadas, este estudo busca analisar o impacto causado pela Política de Reorientação da Graduação da área da saúde, proposta pelos Ministérios da Saúde e da Educação, por meio do Programa Nacional de Incentivos a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED, com foco no curso de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG). Tal programa foi criado por meio da portaria Ministerial nº 610 em 26 de março de 2002, com vigência até 2005, tendo o objetivo de incentivar as escolas médicas³, de todo país, a incorporar mudanças pedagógicas significativas nos currículos dos cursos de Medicina.

Dando prosseguimento à Política de Formação de Recursos Humanos para Saúde, foi lançado em 2005, o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial Nº 2.101 de 3 de novembro de 2005, com vigência a partir de 2006. Esse programa teve por finalidade incentivar transformações no processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, considerando a abordagem integral do processo saúde-doença, incluindo num primeiro momento a participação para além dos cursos de Medicina, os de Enfermagem e Odontologia e, posteriormente em 2008, expande para todos os cursos da área da Saúde. Em nossa pesquisa, esse programa será avaliado na perspectiva de continuidade do processo de transformação da formação médica, pois na sua proposição está embutida a avaliação do PROMED, no entanto a sua análise estará limitada aos documentos oficiais e ao projeto aprovado da Faculdade de Medicina, visto que até a finalização deste trabalho ainda não tinha sido implantado.

Esse objeto está situado dentro do campo das Políticas de Recursos Humanos da área da Saúde, do Ministério da Saúde, e dentro do campo teórico e prático dos processos de formação dos profissionais de saúde em geral.

O PROMED integra as políticas de recursos humanos para formação de nível superior do Ministério da Saúde. Ao analisarmos tal política, na perspectiva do gestor do Sistema de Saúde, tomamos a noção da política de Estado como processo

³ - Apesar de em vários documentos do PROMED, tanto os originários do Ministério da Saúde, como da ABEM, utilizarem-se do termo escolas como equivalentes a cursos de graduação ou faculdades, os registros do MEC referem-se apenas a Cursos de Graduação em Medicina, sendo assim neste estudo sempre que utilizarmos o termo escola estamos nos referindo a cursos de graduação.

de escolhas públicas direcionada à razão pública e ao interesse público, em especial, à política nacional de recursos humanos e sua relação com o processo de construção do Sistema Único de Saúde.

A partir dos caminhos trilhados, surgiram os questionamentos que motivaram este estudo: Por que a necessidade de programas específicos de indução na formação de recursos humanos de nível superior na área da Saúde, que contemplem as Políticas Nacionais de Saúde, considerando que entre as funções da Educação Superior está a formação de profissionais para atender às necessidades da sociedade? Como os Docentes e Discentes da Faculdade avaliam a participação do Ministério da Saúde na indução de mudanças na formação médica? Quais os fatores que motivam a Faculdade de Medicina a se submeter aos programas de reorientação da formação na graduação? Quais os impactos da adoção do PROMED na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás?

Nesta perspectiva, o objetivo geral do estudo é avaliar os resultados da implantação do PROMED na graduação do curso de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

Os objetivos específicos consistem em: Compreender as estratégias dos agentes que compõe o campo de formação médica; analisar os programas de reorientação na formação dos profissionais de Medicina, propostos em conjunto pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação; apreciar o projeto do curso de Medicina para o PROMED e Pró Saúde contemplado pelos Ministérios da Saúde e da Educação; compreender o PROMED e o Pró-Saúde por meio da concepção dos sujeitos que participaram deles em suas diversas etapas; identificar os resultados obtidos com a implantação do programa – PROMED no Curso de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

Ao considerar que parte desses programas, mais especificamente o Pró-Saúde, ainda está em curso, não pretendemos emitir avaliações definitivas. Apesar dessa ressalva, podemos perceber que tais processos pressupõem transformações complexas na formação e envolvem mudanças conceituais, de posturas, de lugares e de relações institucionais, além do enfrentamento perante conhecimentos e valores enraizados, hegemônicos. São processos que direcionam conflitos, pressões e confrontações permanentes. Sendo assim, não pretendemos dar respostas definitivas, mas refletir sobre esse processo e identificar os caminhos que

vêm sendo propostos para o atendimento às expectativas da sociedade em relação à formação dos médicos.

A pesquisa qualitativa, o estudo de caso e as técnicas de pesquisa

Para compreender o impacto dos programas de reorientação na formação dos profissionais da Saúde, em específico do médico na Faculdade de Medicina, percebendo o universo dos significados desses programas, optamos pela pesquisa de abordagem qualitativa, fundamentando-nos em Minayo, que afirma:

Qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a um determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação (2000, p.22).

Ainda segundo essa autora,

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (1994, p.22).

Bogdan e Biklen (1994) apontam para as características da investigação qualitativa: 1) a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal; 2) a investigação é descritiva; 3) os investigadores interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos; 4) as análises dos dados tendem a ser de forma indutiva; 5) o significado é de importância vital na abordagem qualitativa.

O presente estudo constitui uma pesquisa de abordagem qualitativa no campo das Políticas de Formação de Recursos Humanos para Saúde, que utiliza o estudo de caso instrumental para analisar o impacto do programa PROMED, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás com o objetivo de trazer referência e reflexões sobre a iniciativa dos programas de reorientação para formação dos cursos de graduação em Medicina do país.

Para Stake (2000, p.436), o estudo de caso como estratégia de pesquisa caracteriza-se pelo interesse em casos individuais e não pelos métodos de investigação, os quais podem ser os mais variados, tanto qualitativos como quantitativos. Segundo o autor, um caso para ser passível de análise científica necessita ser um sistema delimitado, integrado, unitário e multidimensional, o que significa dizer um todo composto por distintas facetas. Distingue três tipos de casos a partir de sua finalidade: intrínseco, instrumental e coletivo. No estudo de caso intrínseco busca-se melhor compreensão de um caso apenas pelo interesse despertado por aquele caso particular.

Aqui, o estudo não é empreendido primariamente porque o caso representa outros casos ou porque ilustra um traço ou problema particular, mas porque, em todas as suas particularidades e no que têm de comum, este caso é de interesse em si. O pesquisador, pelo menos temporariamente, subordina outras curiosidades para que as histórias dos que “vivem o caso” emerjam. O objetivo não é vir a entender algum constructo abstrato ou fenômeno genérico, tal como letramento, ou uso de droga por adolescentes ou o que um diretor de escola faz. O objetivo não é construir teoria – embora em outras vezes o pesquisador possa fazer exatamente isto. (STAKE, 2000, p.437, tradução nossa).

De maneira diferenciada, no estudo de caso instrumental, o interesse corresponde à crença de que ele poderá facilitar a compreensão de algo mais amplo, visto que pode subsidiar com *insights* sobre um determinado assunto ou para contestar uma generalização amplamente aceita, apresentando um caso que nela não se encaixa. Nesse estudo, o objeto tem um interesse secundário e concentra-se na elaboração de generalizações.

No estudo de caso coletivo, a atenção do pesquisador é o conjunto de alguns casos, para investigar um dado fenômeno, podendo ser interpretado como um estudo instrumental estendido a vários casos.

Considerando a análise do autor, podemos concluir que os estudos de caso instrumental, coletivo ou não, favorecem ou contestam uma generalização aceita, enquanto os estudos intrínsecos, em princípio, não se preocupam com isso. Em todos os estudos de caso, existe um denominador comum, ou seja, visam fornecer, ainda que indiretamente, subsídios para ações transformadoras.

Yin (apud ALVES-MAZZOTTI, 2006) enfatiza a importância do tipo de questões propostas para distinguir os estudos de caso de outras modalidades de pesquisa nas Ciências Sociais. Afirma que a estratégia é geralmente usada quando

as questões de interesse do estudo referem-se ao como e ao por que; quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos; ou quando o foco dirige-se a um fenômeno contemporâneo em um contexto natural. Para o autor, o estudo de caso é uma investigação de natureza empírica, baseia-se fortemente no trabalho de campo, estuda uma entidade no seu contexto real, utilizando-se de fontes múltiplas de evidência como entrevistas, observações, documentos.

Para André (1995), esse tipo de estudo enfatiza o conhecimento do particular, e o interesse do pesquisador ao selecionar uma determinada unidade é compreendê-la como uma unidade, o que não impede, no entanto, que ele esteja atento ao contexto e às suas inter-relações como um todo orgânico e à sua dinâmica como um processo, uma unidade em ação.

De acordo com Chizzotti (2001, p.102), o caso tido como uma unidade significativa do todo pode servir tanto para fundamentar um julgamento fidedigno quanto para propor uma intervenção. “É considerado também como um marco de referência de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação e tanto retrata uma realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos, presentes em uma dada situação”.

O caso estudado em Ciências Sociais é tipicamente o de uma organização ou comunidade; nesta pesquisa o caso escolhido foi o curso de Medicina de uma Instituição Federal de Ensino Superior, a Universidade Federal de Goiás.

Na construção do caso, foram utilizados dados obtidos através de múltiplas fontes documentais e das entrevistas. Como fontes documentais, procuramos utilizar o mais amplo espectro possível, em que se incluem: os documentos emitidos pelos Ministérios da Saúde e o da Educação; os Projetos Técnicos Finais do PROMED e Pró Saúde, encaminhados pela Faculdade para o Ministério da Saúde e aprovados no Edital de convocação dos programas; os relatórios semestrais do PROMED, no período entre 2003 a 2005, encaminhados ao Ministério da Saúde, que analisam as metas alcançadas; as avaliações realizadas pela Comissão Interna de Avaliação do PROMED das disciplinas incluídas no currículo do curso de Medicina, propostas no Projeto Técnico Final para atendimento as metas do PROMED, o Projeto Político Pedagógico do Curso; os trabalhos apresentados por Docentes e Discentes da Faculdade nos Congressos de Educação Médica, nos anos de 2004, 2005 e 2006, que avaliam a participação nos programas, bem como as publicações desses sujeitos sobre a temática na Revista Brasileira de Educação Médica.

As entrevistas semiestruturadas (roteiro anexo) combinam perguntas estruturadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, com o objetivo particularmente de descobrir aspectos de uma determinada experiência que produzem mudanças nas pessoas expostas a ela (MINAYO, 2000). Foram utilizadas para coleta de informações sobre os programas e seus impactos, e realizadas com pessoas que participaram do planejamento do PROMED e Pró Saúde, da execução e avaliação do PROMED, ou que tinham função chave nos Projetos da Faculdade. Esses sujeitos, na sua grande maioria, pertenciam à Instituição, embora também tenha sido incluída a participação de representante da Secretaria Municipal de Saúde, por sua função estratégica nos programas.

A seleção dos sujeitos que participariam da entrevista atendeu, como apontado por Minayo (2000), os critérios de uma abordagem qualitativa, que deve preocupar-se com o aprofundamento e abrangência da compreensão da política, definir claramente o grupo social mais relevante para a pesquisa e privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer, de modo que a escolha do *locus* e do grupo de observação e informação contenha o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa. Neste sentido, foram realizadas 17 entrevistas com sujeitos assim identificados: 4 docentes que tinham a função de equipe técnica gerencial, nela incluindo: docentes que participavam da Coordenação Pedagógica e Administrativa do curso, e de assessores pedagógicos convidados a participar da elaboração e avaliação do Programa na Faculdade, identificados neste estudo como DGA. Da equipe de gestão do programa, foram entrevistados 5 docentes subordinados a Departamentos que integram a estrutura organizacional da Faculdade de Medicina, identificados como DFM; 4 docentes de outras unidades acadêmicas, não pertencentes à estrutura organizacional da Faculdade, que ministram aula no curso, correspondentes a DOU; 1 técnico representante da Secretaria Municipal de Saúde durante a vigência do PROMED, identificado como TSMS. Foram também entrevistados 3 discentes que participaram do programa desde o primeiro ano, denominados como DIS. Por meio dessas entrevistas, foi possível explorar a percepção dos sujeitos acerca do PROMED, das estratégias utilizadas e dos resultados alcançados.

As entrevistas, na sua grande maioria, foram realizadas nas instalações da Faculdade de Medicina, e no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás ou nas suas mediações, com exceção de três entrevistas que foram realizadas em ambientes não acadêmicos. Todas foram gravadas com autorização dos entrevistados.

Ressaltamos a receptividade que obtivemos da Administração da Faculdade, disponibilizando acesso a toda a documentação sobre os programas e também facilitando o contato com os entrevistados e os locais para realização das entrevistas. O contato com os sujeitos no processo de entrevista foi gratificante, com a oportunidade de reconhecer o comprometimento das pessoas com a formação de seus alunos e ansiosos pela busca da melhoria dessa formação. Com os alunos, presenciamos a identidade com o curso que escolheram e o respeito e reconhecimento tanto pelos docentes que participavam do seu processo de formação, como pelas pessoas para as quais prestavam assistência.

Para análise dos dados, utilizamos a análise de conteúdo, que segundo Bardin (1977), pode ser definida como

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p.42).

Franco (2003) acrescenta que a análise de conteúdo representa um procedimento de pesquisa que se insere em um delineamento mais amplo da teoria da comunicação e tem como ponto de partida a mensagem, que deverá responder às perguntas: O que se fala? O que se escreve? Com que intensidade? Desta forma, a análise de conteúdo consiste em que o pesquisador faça inferências sobre qualquer um dos elementos da comunicação. A autora indica os cinco elementos básicos de toda comunicação: uma fonte ou emissão; um processo codificador que resulta em uma mensagem e se utiliza um canal de transmissão; um receptor, ou detector da mensagem, e seu respectivo processo decodificador (p.20).

Na avaliação dos impactos do PROMED, consideramos os relatórios encaminhados anualmente pela Faculdade de Medicina para os Ministérios da Saúde e o da Educação, a percepção dos sujeitos, obtida por meio das entrevistas, que foram a fonte principal de análise. As categorias analíticas estabelecidas foram

os vetores explicitados nos programas as quais foram a referência para atender os objetivos propostos por este, e desses o caráter de inovação ou mudança nas ações propostas pela Faculdade. Para tal, utilizamos o conceito de Saviani (1980), de inovação na concepção dialética, como algo novo, diferente do original sem, contudo, alterar sua estrutura. A mudança será interpretada como algo que apenas mudou de lugar, não introduziu nada de novo.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás *lócus* da pesquisa, foi selecionada por ter sido contemplada com os dois programas, PROMED e Pró Saúde, único curso de Medicina da Região Centro Oeste. O curso de Medicina foi criado em 1960, tendo se mantido até o momento como o único ofertado por uma Instituição Federal no Estado, oferecendo 110 vagas a cada processo seletivo.

Referencial teórico-metodológico

Adotamos o princípio de que o resultado de uma pesquisa está relacionado, entre outros fatores, ao ponto de onde partimos e ao referencial teórico metodológico que nos dá suporte. Além disso, consideramos que as interpretações dos fenômenos não podem ser atos arbitrários do pensamento, mas o resultado de um processo lógico e racional que, com o suporte de princípios teóricos, possibilita reconstruir objetivamente aspectos da realidade.

Concebendo a ciência como uma prática social, o que se pretende e o que se persegue não estão descolados da vivência e da história do pesquisador. As escolhas de determinado objeto, de determinada teoria e do método a ser adotado são determinadas por suas preferências pessoais e construídas na sua trajetória enquanto sujeito histórico. Poderíamos dizer que a neutralidade científica é, portanto, um mito que não impede o pesquisador de ser objetivo, mas para tanto deverá respaldar-se em um modelo teórico.

Pelo caráter do nosso estudo, o diálogo com o sociólogo francês Pierre Bourdieu nos pareceu adequado, na medida em que discutimos programas que visam à transformação da formação médica, formação essa que se constrói na relação de agentes entre si e com a estrutura social. Para essa análise, partindo de conceitos desse autor, buscamos utilizar o método do *conhecimento praxiológico*, que tem como princípio reequacionar a relação entre agente social e as estruturas

sociais, no sentido da superação dialética da polaridade objetivismo/subjetivismo existente até então na teoria sociológica.

O conhecimento que podemos chamar de praxiológico tem como objeto não somente o sistema de relações objetivas que o modo de conhecimento objetivista constrói, mas também as relações dialéticas entre essas estruturas e as disposições estruturadas nas quais elas se atualizam e que tendem a reproduzi-las, isto é o processo de interiorização da exterioridade e de exteriorização da interioridade (BOURDIEU, 2003, p.40).

Em nosso estudo, apesar de trazermos o conhecimento objetivo através dos dados estatísticos sobre Educação Médica e perfil do Trabalho Médico, esses não se mostraram suficientes para explicar o problema da inadequação da formação médica para as Políticas de Saúde atuais. Por isso buscamos explicações também a partir dos aspectos subjetivos, pela análise, percepção e avaliação dos agentes que se inserem no campo da saúde. Buscamos compreender as estruturas sociais nas quais ocorrem as ações formativas em saúde, tanto no modo como estas estruturas são definidas pelas estruturas sociais, isto é, são *estruturas estruturadas*, quanto no modo como elas definem as relações internas a um segmento social, ou seja, são *estruturas estruturantes*,

Com o método proposto, o *conhecimento praxiológico*, Bourdieu centra-se na mediação entre o agente e a estrutura, trazendo para essa relação a noção ativa dos sujeitos como produtos da história de um determinado campo social, mas, ao mesmo tempo, de experiências acumuladas no curso das trajetórias individuais (SETTON, 2002). No quadro referencial desse método, há dois conceitos fundantes – *campo* e *habitus* – aqui empregados, pela ordem, como sustentação da análise dos dados empíricos. Dois outros conceitos – *capital* e *estratégia* – também se destacam em nosso trabalho, por sua importância na compreensão do comportamento dos agentes inseridos num determinado campo.

Priorizamos o conceito de *campo* para dar a estrutura de análise e organizar a busca e a compreensão dos dados coletados. Segundo Bourdieu (2007), a noção de campo,

[...] funciona como um sinal que lembra o que há que fazer, a saber, verificar que o objeto em questão não está isolado de um conjunto de relações de que retira o essencial das suas propriedades [...] é preciso pensar relacionalmente. (Isto é), compreender a gênese de um campo, é apreender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o

sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram, é explicar, tornar necessário, subtrair ao absurdo do arbitrário e do não motivado os atos dos produtores e as obras por eles produzidas e não como geralmente se julga, reduzir ou destruir (BOURDIEU, 2007, p. 69).

De acordo com o autor, entre as características do campo está presente a disputa, ou seja,

Todo campo é um campo de forças e um campo de lutas para conservar ou transformar esse campo de forças. Pode-se, num primeiro momento descrever um espaço científico ou um espaço religioso como um mundo físico, comportando as relações de força, as relações de dominação (BOURDIEU, 2004a, p.22-23).

Bourdieu não limita os tipos de campo, ele mesmo estudou vários campos: o campo científico, o campo religioso e o das artes, para citar alguns. Entretanto, na medida em que Bourdieu (2004a) define o que seja campo, sintetiza as características de todo campo, o que denomina de *leis gerais dos campos* (p.60). A luta no campo significa a acumulação da forma de capital que garante a dominação no campo, cujo comportamento se assemelha a um jogo, em que está em disputa uma crença (doxa), um reconhecimento que escapa ao questionamento. As estratégias dos jogadores estão vinculadas ao volume do seu capital e também à estrutura deste, sendo que a finalidade do jogo é conservar e/ou acumular o máximo de capital respeitando as regras do jogo. Os agentes em posição dominante optarão por estratégias de conservação. Os agentes que estão na posição de dominados, tenderão a empregar estratégias de subversão, buscando desacreditar o capital dos agentes dominantes e, assim, modificar as regras do jogo.

Como espaço social, ou seja, estrutura de relações criadas a partir da distribuição de diferentes espécies de capital, todo o campo pode ser dividido em regiões menores, os sub-campos, que se comportam da mesma forma que o campo, nesse estudo o sub campo da formação médica, integra o campo da educação médica e possui as mesmas características de um campo, assim o trataremos como campo da formação médica.

Foi nesta perspectiva que procuramos compreender os Programas de Reorientação da Formação do Curso de Medicina, como *campo*, ou seja, como uma situação relacional, em que aparecem diversos agentes, portanto, com diferentes *estratégias* de transformação da formação médica. Enquanto lei do campo, o que

está em disputa é a orientação para essa formação, ou pelas Políticas Nacionais de Educação e Saúde, em que se pretende um profissional com visão mais integral, que prioriza a promoção e prevenção reconhecendo que a doença não é exclusivamente de origem biológica; mas, também, social ou pelo mercado de trabalho, em que se privilegia o modelo hegemônico de formação, da especialidade, da atividade hospitalocêntrica, centrada na doença.

Desta forma, convivem no campo de formação médica agentes em disputa. Um deles, o Ministério da Saúde, proponente principal dos programas de reorientação da formação médica, busca a formação médica que privilegie as Políticas de Saúde e o Sistema Único de Saúde e o reconhecimento como agente ordenador da formação de profissionais da saúde; busca a relação com o Ministério da Educação, reconhecendo-o no campo por ser um regulador do sistema de educação superior e por ter sido o órgão que desencadeou o processo de aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais, que contemplam as Políticas de Saúde.

A Categoria Médica, em que se incluem os órgãos representativos da classe médica, como o Conselho Federal de Medicina, regulador do mercado que reconhece na prática médica, a especialidade como um importante componente, a Associação Brasileira de Educação Médica, que busca o aprimoramento da Educação Médica do país e as escolas médicas responsáveis pela formação com o desafio de executar as mudanças, mas convive internamente com a resistência de docentes e até mesmo de discentes.

Na medida em que esses agentes se mobilizam para a mudança na formação médica, eles possuem em comum uma moeda, uma crença, ou seja, a transformação da formação médica, já prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais, discutidas e aprovadas com a presença desses agentes, em que está prevista, dentre as competências e os conteúdos, a formação do homem/paciente cidadão, reafirmando o compromisso das unidades formadoras em formar um profissional com base científica, mas também habilitado para prática da responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Entretanto, na relação desses agentes com a estrutura social, configura-se um *habitus*. Para Bourdieu (2004a), o *habitus* é produzido no espaço social, portanto, em um ou mais campos. Os agentes de um determinado campo, com seus discursos e ritos especializados, buscam criar o monopólio da cultura legítima, do arbitrário cultural que reproduz a estrutura do campo e das classes sociais. Os

sujeitos se inserem no campo de acordo com o *habitus* construído no e pelo campo. Para o autor (2003), o *habitus* é entendido “[...] como um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações” (p.57). O *habitus* organiza e gera práticas e representações, o que significa dizer que o mundo prático é constituído a partir de suas relações com o *habitus*, comportando-se como um sistema de conhecimento e estruturas motivadoras, um mundo com fins já realizados e com objetos dotados de um caráter tecnologicamente permanente. É compreendido como um produto da história, produzido por práticas individuais e coletivas de acordo com os esquemas criados. Desta forma, percebemos as práticas médicas contemporâneas constituídas a partir das suas relações com o *habitus*, produto histórico do mercado de trabalho e da formação médica, que, por muito tempo, teve o respaldo das Políticas de Saúde, no mercado das especializações, na medicina tecnológica, possuindo o reconhecimento do meio científico. O que se constata hoje é o crescimento cada vez maior dos programas de residência, formação continuada da educação médica para especialidade, bem como o número de Sociedades Médicas de Especialidades, que agregam agentes com o mesmo capital cultural.

Bourdieu compreende que os agentes estão inseridos espacialmente em determinados campos sociais, em que o volume acumulado de certos capitais (cultural, social, econômico, político, artístico, esportivo etc.) e o seu *habitus* condicionam seu posicionamento espacial e, na luta social, identificam-se com sua classe social. O campo se justifica na circulação do capital simbólico reconhecido por todos os concorrentes, de maneira que a acumulação desse capital pode levar um determinado agente a conquistar a hegemonia dentro do campo. Enquanto capital simbólico compreende o conjunto de rituais de reconhecimento social, nos quais se incluem o prestígio, a honra etc. O capital simbólico é uma síntese dos demais (cultural, econômico e social). Assim, os agentes inseridos no campo de formação médica são possuidores de capital que lhes permite participar do campo, e irão se utilizar de estratégias para aumentar o seu capital simbólico de conhecimento e reconhecimento dentro do campo.

Nesta perspectiva teórica, a análise dos programas de reorientação da formação dos profissionais da saúde – PROMED e Pró-Saúde – pressupõe entendê-los como estratégias fundamentais na implementação de uma política, porque,

quando efetivadas, servem para que um determinado agente acumule *capital* (poder ou força dentro do campo) e enfraqueça o capital dos agentes concorrentes.

Para sua implantação, o Ministério da Saúde busca parceria com o Ministério da Educação, com investimento nas escolas que propõem mudar a sua formação médica. As faculdades de Medicina, ao se submeterem aos programas, mostram um interesse que poderíamos interpretar como a *illusio*, o que, segundo Bourdieu, significa:

[...] a existência de um campo especializado e relativamente autônomo é correlativa à existência de alvos que estão em jogo e de interesses específicos: através dos investimentos indissolúvelmente econômicos e psicológicos que eles suscitam entre os agentes dotados de um determinado *habitus*, o campo e aquilo que está em jogo nele produzem investimentos de tempo, de dinheiro, de trabalho etc. [...] Todo campo, enquanto produto histórico, gera o interesse, que é condição de seu funcionamento. (2004, p. 126-127).

A categoria médica, ao participar dos programas, quer seja pela participação das Escolas Médicas com apresentação de projetos, quer seja pela Associação Brasileira de Medicina, incluindo essa discussão na temática de seus encontros, os reconhece como estratégias do campo, e confirmam a *illusio*.

É estar preso ao jogo, preso pelo jogo, acreditar que o jogo vale a pena ou, para dizê-lo de maneira mais simples, que vale a pena jogar. De fato, em primeiro sentido, a palavra interesse teria precisamente o significado que atribuí à noção de *illusio*, isto é, dar importância a um jogo social, perceber que o que se passa aí é importante para os envolvidos, para os que estão nele. Interesse é “estar bem”, participar, admitir, portanto, que o jogo merece ser jogado e que os alvos engendrados no e pelo fato de jogar merecem ser perseguidos; é reconhecer o jogo e reconhecer os alvos (BOURDIEU 2005 a, p.139).

Da mesma maneira, o direito de entrada no campo é dado pelo reconhecimento dos seus valores fundamentais, pelo conhecimento das regras do jogo, isto é, da história do campo, e pela posse do capital específico. Desta forma, a categoria médica apóia a implantação dos programas de reorientação da formação médica, por reconhecer que nas suas diretrizes estão contemplados princípios por eles defendidos ao longo de sua trajetória de discussão sobre a formação médica. No entanto, na construção de seus projetos, as escolas médicas usam de sua autonomia para priorizarem ações que tenham relação com sua identidade, e, desta forma, priorizam o modelo de formação que pode não contemplar todos os objetivos

dos programas como veremos nos resultados do PROMED no curso de Medicina da UFG.

Os Programas de reorientação dos profissionais surgem em resposta a uma demanda da sociedade e na medida em que tem a receptividade das Instituições de Ensino Superior, no caso específico do PROMED, nas escolas médicas, parecem atender aos objetivos de mudança na formação do médico. No entanto, essa mudança requer um planejamento estratégico, pois representa mudanças de posturas e de poderes instituídos historicamente. Testa (1995), sobre o planejamento em saúde, aponta que deve existir uma necessária relação de coerência entre os propósitos de governo (ou de um programa), os métodos utilizados para implementá-los e as organizações onde deverão ser operacionalizados.

É com Testa (1995) que iremos dialogar na avaliação de implantação do PROMED na Faculdade de Medicina da UFG, especificamente com relação ao seu planejamento e às estratégias previstas para sensibilização e mudanças no projeto de formação de seus alunos. Para Testa (1995), o propósito de mudança direciona um diferente método, pois este está diretamente relacionado aos propósitos perseguidos. Método e propósitos, por sua vez, relacionam-se com a organização das instituições encarregadas de executar as ações pertinentes ao alcance dos propósitos. Assim, institui a existência de relações de determinação e condicionamento entre propósitos, método e organização. Relações essas que devem ser analisadas nas condições particulares de cada formação econômico-social, (a faculdade de medicina) quando se discute um método de planejamento.

Para o planejamento da mudança, Testa (1995) propõe três tipos de programas: de abertura, de avanço e de consolidação. Com o objetivo de criar viabilidade para as mudanças, por meio da construção de uma base social de apoio e pela negociação entre as forças sociais, programas de abertura são formulados. A partir do diagnóstico, programas de avanço, contendo as mudanças consideradas necessárias, são elaborados. Pela institucionalização das mudanças e através da realização de medidas materiais que demonstrem concretamente a positividade das mudanças, estas são consolidadas adquirindo permanência - são os programas de consolidação.

Consideramos que planejar em situações de conflito, que em nosso estudo, se configura na mudança de um projeto político-pedagógico requer uma série de

técnicas e procedimentos que possam ser seguidos, seqüencialmente, ou realizados em momentos simultâneos e que dêem conta da abordagem da complexidade social, em sua totalidade, expressa com especificidade, nesse caso, pela inter-relação entre a formação médica e as necessidades sociais em relação à saúde, e ainda da interação entre as diversas forças dentro do campo.

Estrutura do trabalho

De acordo com Bourdieu (2007, p.69), compreender a gênese social de um campo é entender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do “jogo da linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram”. É necessário identificar os diferentes agentes no campo e seus papéis, que, por vezes, podem parecer diferentes, mas que se complementam para legitimar uma prática no campo, o que aponta para a importância de apreender a articulação dos diferentes agentes no campo. Desta forma, organizamos o trabalho, considerando o papel dos agentes e suas estratégias no campo de formação médica, discutidas ao longo dos capítulos.

Sendo assim, pareceu-nos relevante discutir previamente as Políticas de Saúde e de Educação Superior no período de 1990 a 2005⁴, enquanto estratégias do Ministério da Saúde e o da Educação, visto que os Programas de Reorientação propostos objetivavam direcionar a formação dos profissionais de saúde para atendimento a essas políticas. O objetivo dessa discussão, exposta no Capítulo I, é compreender o que levou o Ministério da Saúde e o da Educação à proposição do PROMED e do Pró-Saúde.

Considerando que os programas em análise têm como objetivo modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, principalmente do médico, e possuem apoio da Categoria Médica, discutimos, no Capítulo II, a mobilização desses agentes para apoiar os programas de mudanças na formação médica, a partir dos estudos desenvolvidos sobre a educação médica e o mercado de trabalho. Para tanto, resgatamos os estudos do Conselho de Medicina sobre o perfil do trabalho médico, os resultados do projeto do CINAEM e a participação da categoria médica na discussão das Diretrizes Curriculares da Medicina, implantadas em 2002.

⁴ A delimitação do período entre 1990 e 2005, se deve principalmente por ser marcos para as Políticas de Saúde e de Educação e também por compreenderem o período de lançamento do PROMED e do Pró- Saúde.

A discussão a respeito do PROMED e do Pró-Saúde é realizada no Capítulo III, em que apresentamos os documentos do Ministério da Saúde, a percepção de avaliadores do programa e introduzimos a apreciação dos Projetos para esses programas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

A análise dos resultados do PROMED para a Faculdade de Medicina está apresentada no Capítulo IV, em que consideramos principalmente a fala dos sujeitos e o projeto de avaliação das disciplinas inseridas no currículo para dar suporte à proposta do programa assim como os relatórios encaminhados pela Faculdade aos Ministérios da Saúde e da Educação, que nos permitem avaliar a execução do programa frente às estratégias planejadas.

Pela análise e interpretação dos dados emergem sentidos que permitem cumprir os objetivos do estudo, de alguma forma responder as questões da pesquisa e suscitar outras, que são apresentadas nas Considerações Finais.

CAPÍTULO I

Políticas Nacionais de Saúde e Formação no período de 1990 a 2005

O campo segundo a concepção de Bourdieu (2004a) é um espaço que tem leis próprias, e nesse sentido o campo de formação médica, possui suas próprias regras, princípios e hierarquias. Da mesma forma, é definido a partir dos conflitos e das tensões referentes à sua própria delimitação, estabelecida a partir da rede de relações ou de oposição entre os agentes do campo. Sendo assim, neste capítulo, apresentamos as estratégias de alguns dos agentes inseridos nesse campo especificamente, as do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, buscando compreendê-las nas proposições dos programas de incentivo às mudanças na graduação dos profissionais da área da saúde.

Com base na noção de estratégia de Bourdieu (2004), destacamos que as estratégias surgem como ações práticas subsidiadas pela necessidade de uma determinada situação histórica. São inconscientes, na medida em que são vistas como evidentes e naturais por outros agentes do campo e podem representar resultados de uma reflexão, também porque tendem a se ajustar com um sentido prático às necessidades impostas por determinada configuração social específica. Quando analisamos as Políticas de Saúde implementadas entre 1990 e 2005, com destaque para o Sistema Único de Saúde (SUS), constatamos uma nova concepção de saúde e de atuação do profissional de saúde, ao mesmo tempo, em que é apontada como uma das dificuldades dessa implementação, entre outras, a falta de profissionais capacitados, entendida como reflexo da divergência entre o projeto de formação pelas instituições educativas e as reais necessidades do SUS, em especial o Programa Saúde da Família, que representa um novo modelo de assistência à saúde. Dessa forma, os programas de reorientação dos profissionais da saúde são estratégias dos Ministérios da Saúde e da Educação, na tentativa de intervir na mudança no profissional de saúde.

No entanto, esses programas, que analisaremos no capítulo III, podem ser interpretados como resposta ao controle social na saúde, por meio das Conferências Nacionais de Saúde, que reivindicam uma ação mais efetiva do Estado na reorientação da formação dos profissionais de saúde e ainda maior controle sobre a abertura de cursos de graduação nessa área no país. Sobre a expansão dos cursos

de graduação, ela se configura dentro das Políticas do Ministério da Educação, no período entre 1990 e 2005, presentes na discussão deste capítulo, privilegiando expansão versus diversificação com reflexo nos cursos da área da saúde, com menor impacto nos cursos de medicina, em razão das estratégias de conservação dos agentes das corporações médicas, em que se incluem as instituições formadoras.

Quando falamos da formação dos profissionais da saúde, temos que reconhecer que o Sistema de Saúde presencia há mais de duas décadas um processo de mudança iniciado com o movimento da Reforma Sanitária, na década de 1980. Após conquistas do ponto de vista jurídico legal, tem-se atualmente como questão central a reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários. Busca-se criar as condições para que, de forma permanente, o Sistema de Saúde aproxime-se mais dos indivíduos, torne-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo, necessitando para isso do envolvimento das unidades formadoras.

Na medida em que, na consolidação das Políticas de Saúde, a questão da formação de profissionais é fundamental, o envolvimento do Ministério da Educação é primordial por ser o responsável pela educação superior e conseqüentemente pela formação de profissionais para o mercado de trabalho. O Ministério da Saúde, por meio das Políticas de Saúde, é um regulador desse mercado. Sendo assim, o campo de formação dos profissionais de saúde necessita da inter-relação entre esses agentes.

Antes de iniciarmos a discussão das Políticas de Saúde e de Educação nesse período, é preciso considerar que essas estratégias têm como referência a Constituição Federal de 1988, que entre as Cartas Constitucionais brasileiras, foi a que pela primeira vez apresenta uma seção específica para saúde consagrando-a como direito do cidadão e dever do Estado, prevendo que o acesso pleno ao Sistema de Saúde independe das condições de renda, e, sobre a declaração do Direito à Educação, explicita a declaração dos Direitos Sociais, destacando-se, com primazia, a educação.

Sobre a Educação, a Constituição Federal de 1988 é precisa em sua redação quanto ao conceito, princípios, objetivos, preceitos, organização do sistema e financiamento, introduzindo, até mesmo, instrumentos jurídicos para a sua garantia. Enuncia o direito à educação como um direito social (art. 6.º); especifica a competência legislativa (arts. 22, XXIV e 24, IX); destaca uma parte do Título da

Ordem Social ao tema (arts. 205 a 214), definindo responsabilidades para o Estado e para a família, abordando a questão do acesso e da qualidade, organizando o sistema educacional, vinculando o financiamento e distribuindo encargos e competências para os entes da federação.

Em relação à Saúde, a Constituição de 1988 propôs um novo ordenamento, determinando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais. Universalizou-se o direito à saúde, indicando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Abriram-se espaços para gestão e democratização dos serviços de saúde, com a ampliação da participação popular, possibilitando o controle social por diferentes sujeitos coletivos, que interagem entre si e com o Estado.

Destaca-se que o Sistema Público de Saúde, universal, integral e gratuito, nela previsto, tem na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, uma importante contribuição. Nessa Conferência, aprovaram-se as propostas da Reforma Sanitária, que representava o debate e o confronto sobre um novo modelo de atenção a saúde. No relatório dessa Conferência, identificamos os princípios dessa proposta,

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população (BRASIL, 1986, p.4).

Nessa Conferência, de forma diferente das anteriores, houve expressiva participação da sociedade civil integrando-a na discussão sobre a saúde. Os debates extrapolaram seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da saúde ultrapassou a análise

setorial, referindo-se à sociedade, propondo-se não apenas o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2007).

Assim, o Controle Social, no Sistema Único de Saúde, foi um dos eixos dessa Conferência. Sobre este, cabe esclarecer que sua discussão no Brasil acontece a partir do processo de democratização na década de 1980, com destaque à institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988 e às leis orgânicas posteriores: os Conselhos e as Conferências. Essa participação, segundo Correa (2007), foi compreendida na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, com o objetivo de este atender cada vez mais aos interesses da maioria da população. Na área da Saúde, desde o final da década de 1970, o Movimento da Reforma Sanitária agregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura objetivando a mudança do modelo implementado no Brasil, conhecido como “médico-assistencial privatista” (MENDES, 1994 apud CORREA, 2007), para um Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade, podendo ser assim considerado o movimento de controle social pioneiro.

Registramos que as Conferências se estabeleceram como Fórum importante de discussão sobre as Políticas de Saúde no país, não só representado pela grande participação conforme explicitado nos próprios relatórios, mas também como referência para a elaboração de propostas.

Dessa forma, podemos considerar que, na década de 1980, a discussão sobre a Saúde contou com a participação desses novos sujeitos sociais, deixando de ser interesse apenas dos técnicos para assumir a dimensão política, estreitamente vinculada à democracia. Destacamos que as propostas debatidas por esses sujeitos coletivos referiam-se à universalização do acesso; à concepção de saúde como direito social e dever do Estado; à reestruturação do setor, por meio da estratégia do Sistema Unificado de Saúde objetivando um novo (re) ordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; à descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; ao financiamento efetivo e democratização do poder local com novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde⁵. Sendo assim, podemos inferir que, de todo o processo da Assembléia

⁵ A Lei 8142 de 28/12/1990 estabelece no § 2º: O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na

Constituinte com relação à Saúde, apesar de ter se tornado uma arena política em que o setor privado estava representado pela Federação Brasileira de Hospitais e Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais) e pelas forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregiar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor, os preceitos do texto constitucional relativo à saúde contemplaram o atendimento de grande parte das reivindicações do movimento sanitário.

As concepções sobre a Saúde constantes na Carta Constitucional, segundo Elias (2004), deslocam a noção de seguro social, vigente desde os anos 1920, pela de seguridade, isto é, está previsto que o acesso pleno ao Sistema de Saúde passa a ser independente da renda, buscando-se garantir um novo padrão de cidadania. Esse direcionamento, da mesma forma que se constitui um ponto de apoio para a redefinição totalmente diferente da anterior para as políticas de saúde, visto que exige a desmercantilização da saúde, mostra-se como fonte de enormes tensionamentos e conflitos ao se confrontar com a realidade do processo acelerado de mercantilização da saúde como tendência mundial, que também se reflete no Brasil, com um expressivo crescimento do sistema privado de saúde (BAHIA; VIANA, 2002 apud ELIAS, 2004).

Podemos afirmar que a reforma brasileira da Saúde, de 1988, introduziu mudanças expressivas e significativas no modo de operação do sistema. A reforma do modelo de assistência pública à saúde ocorreu com a criação do SUS, um marco histórico na saúde pública brasileira, visto como instrumento que instaurou o processo de democratização do acesso à saúde no País (FUHRMANN, 2003). Esse novo modelo, determinado na própria Constituição de 1988, definiu o princípio do universalismo para ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato de organização para os serviços, sob orientação da integralidade da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada⁶. Além disso,

formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990 a).

⁶ Ressaltamos que a expressão “porta de entrada” leva algumas vezes ao entendimento distorcido da expressão, que passa uma imagem inadequada das unidades, como se essas fossem apenas local de triagem e encaminhamento de pacientes. Ao contrário, as unidades de saúde do PSF têm sob sua responsabilidade todo o plano terapêutico do paciente por elas atendido. Quando da indicação médica para um tratamento especializado, a equipe do Saúde da Família encaminha o paciente para os níveis mais complexos do sistema, no entanto, “jamais deve perder de vista o usuário” (BRASIL, 2000a, p.13). A experiência em atenção primária comprova que

as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos.

O Sistema Único de Saúde, definido pela Constituição de 1988 e detalhado pelas Leis 8080/90 e 8142/90, estabelece a saúde como

[...] um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Considerando serem essas conquistas históricas e emergirem nas estratégias dos Ministérios, propomos-nos a discutir as Políticas de Saúde e de Formação, pela relação direta na reconfiguração da formação dos profissionais da saúde em dois períodos, de 1990 a 2002 e de 2003 até 2005, se configurando como contexto para proposição dos programas reorientação dos profissionais da saúde. Em relação ao primeiro período, compreendido como o de implementação do SUS, apresentamos seus avanços e dificuldades relacionadas às políticas de reforma do Estado vigentes no período, que interferiram diretamente nas políticas sociais. Nesse período, foi criado o Programa Saúde da Família, visto como um modelo de assistência mais adaptado às diretrizes do SUS. As Conferências Nacionais de Saúde já apontavam para a inadequação do perfil dos profissionais de saúde para atender as demandas das Políticas de Saúde, principalmente para esse Programa. O segundo período compreendeu uma mudança de governo, com grande expectativa de mudanças na orientação das políticas sociais. O Programa Saúde da Família continuou prioridade e apresentou ampliações com a implementação dos programas de reorientação profissional, propostos pelos Ministérios da Saúde e o da Educação - PROMED e Pró-Saúde com o objetivo de direcionar a formação dos profissionais de saúde para atender a demanda das políticas de saúde implantadas e às diretrizes curriculares para os cursos da saúde aprovadas.

Com esta discussão, temos por objetivo compreender os fatores que motivaram os Ministérios da Saúde e da Educação à proposição dos programas de reorientação dos profissionais da saúde.

1.1 Políticas de Saúde de 1990 a 2002

Na análise sobre as Políticas de Saúde nos anos 1990, destacamos a complexidade do desafio de implantação do SUS. Essa complexidade é representada pela necessidade de concretização da agenda progressista construída pelo movimento da Reforma Sanitária nos anos 1980 e o rompimento com o modelo sobre o qual o Sistema de Saúde no Brasil foi estruturado ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional, bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas.

Enquanto nos anos 1980, no contexto da crise econômica e do processo de democratização, emergiu o debate político na área da Saúde que resultou em avanços na Constituição Brasileira de 1988 e em mudanças objetivas no sistema, nos anos 1990, presenciou-se uma contínua tensão conseqüência de diversos impasses estruturais e conjunturais, relacionados à descentralização e repasse de recursos, resultantes do reordenamento do papel do Estado em razão da política de ajuste neoliberal, que dificultaram a concretização do SUS.

A implantação do SUS iniciou-se nos anos 1990, após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) como instrumentos de regulação do sistema. Entretanto, nesse período, por meio da política de ajuste neoliberal, presenciou-se o redirecionamento do papel do Estado, ocasionando não só uma interrupção, mas um retrocesso no processo de construção de um projeto de Proteção Social para o país, previsto na Constituição de 1988.

A estratégia da reforma do Estado, em moldes previstos pelo Consenso de Washington ou pela denominada agenda neoliberal no contexto da globalização financeira da economia e o aprofundamento da crise fiscal, ao começar a integrar a política brasileira, ocasionou “desfinanciamento” das políticas sociais em especial das de saúde. A inflexão do projeto de proteção social deu-se num contexto de mudanças econômicas, sociais e institucionais pelas chamadas “reformas estruturais”, que integram os preceitos neoliberais inerentes a sua matriz ideológica-política e o seu “receituário padrão” elaborado pelos organismos multilaterais de financiamento. No Brasil, propagou-se o argumento de que a Constituição cidadã de 1988 seria obstáculo ao processo de modernização e abertura do país. No **Plano**

Diretor da Reforma do Estado⁷, anunciou-se o esgotamento da estratégia estatizante e a superação de um estilo de administração pública burocrática, favorecendo um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade.

O Estado deixaria de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar promotor e regulador, repassando para o setor privado as atividades que estavam sob sua responsabilidade. Ele passaria a desempenhar novos papéis de forma que a sua função reguladora iria se reduzindo na participação das políticas sociais priorizando a política econômica, atendendo, pois, aos interesses do capital. Dentre as ferramentas do neoliberalismo, estão o ajuste fiscal, a liberação do comércio e das finanças e a privatização.

Nesse contexto, a privatização visava diminuir a presença do Estado no âmbito econômico, mas também na área social com menor intensidade, abrindo ao mercado atividades que, até então, eram de responsabilidade do Estado. Os defensores da privatização justificaram esse processo afirmando que o mercado poderia desempenhar tais atividades com maior eficácia, liberando o Estado para o atendimento das necessidades básicas da sociedade. Inserida nessa proposta, estava a idéia de que o setor público se caracterizava como ineficiente e ineficaz, ao contrário do setor privado, representado como o único a possuir racionalidade e um estilo de ação capaz de levar ao crescimento econômico. Essa ideologia se propagou além dos “limites do setor produtivo estendendo-se à área social, como a Saúde e a Educação, onde a superioridade do setor privado foi também apregoada” (SOARES, 2001, p.155).

Para Pereira e Grau (1999), a crise do modelo social burocrático do Estado nos anos 1970 e a exigência de novas modalidades de administração pública, pela globalização, fizeram “crescer a importância de uma forma nem privada nem estatal de executar os serviços sociais garantidos pelo Estado: as organizações de serviço público não estatal, operando na oferta de serviços de educação, saúde e cultura com financiamento do Estado” (p.15-16). Os autores definem como público não-estatal, porque são voltadas ao interesse geral; são “não-estatais” porque não fazem

⁷ O Plano Diretor da Reforma do Estado foi proposto no Governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998), previa que a reforma do Estado deveria ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixaria de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento (BRASIL, MARE, 1995).

parte do aparato do Estado. O que é estatal é, em princípio, público, o que é público pode não ser estatal, se não faz parte do aparato do Estado (p.17-18).

Com base na hegemonia neoliberal no país, presenciou-se uma redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação. Constatamos que a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 vinha sendo desconstruída.

O envolvimento internacional do Banco Mundial com o tema saúde foi definido, segundo Costa (1998), para apoiar projetos de saúde que pudessem servir aos interesses instrumentais do Banco visando a sua missão no ajuste estrutural. Os especialistas do Banco definiram as mudanças econômicas, ideológicas e políticas que refletiam na diminuição do Estado e no fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidado à saúde. O financiamento para saúde foi inserido nas estruturas das condicionalidades nas discussões sobre o ajuste estrutural; priorizou o controle das doenças e a instituição de programas de saúde baseados em critérios de custo-benefício; defendeu, ainda, a ação do Estado na oferta de um pacote básico de serviços clínicos e de saúde pública (WORLD BANK, 2005).

Dessa forma, podemos supor que na década de 1990 conviveram em tensão dois projetos: o de Reforma Sanitária inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o de Saúde articulado ao mercado ou privatista, hegemônico (BRAVO, 2007).

O projeto da Reforma Sanitária tinha entre as suas estratégias o Sistema Único de Saúde e representava a vontade de profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Pautava-se na concepção de Estado democrático e de direito, tendo responsabilidade pelas políticas sociais, em que se incluía a saúde e sua atuação em função da sociedade.

Por outro lado, o projeto de Saúde articulado ao mercado esteve pautado na política de ajuste com principal foco na contenção dos gastos com racionalização da oferta e na descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. O papel do Estado nesse projeto era o de garantir um mínimo aos que não podiam pagar, cabendo para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. As propostas principais eram: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através de pacote básico para a saúde, crescimento da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1998).

Sendo assim, a implantação do SUS enfrenta obstáculos para sua operacionalização, destacando-se: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para as três esferas governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial – calcado na doença e em ações curativas individuais – para uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais (VIANA; DAL POZ, 2005).

Considerando esse contexto, Machado (2006) identifica três políticas priorizadas pelo Ministério da Saúde (MS), no período de 1990 a 2002: a descentralização, o Programa Saúde da Família e a política de combate à AIDS.

A descentralização foi uma prioridade para o MS durante todo o esse período. Por um lado, esteve respaldada pela Constituição de 1988 e pelo interesse comum em torno do tema da agenda do movimento sanitário, que defendia a diretriz de descentralização político – administrativa de forma relacionada à democratização, em que há o envolvimento de novos atores, e à noção de sistema integrado. Por outro lado, na agenda neoliberal de reforma do Estado, a descentralização propiciou uma estratégia de redução do tamanho do Estado e de retração dos gastos públicos. Apesar de visões diferentes, há relativo consenso sobre os avanços da descentralização, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para as estadual e municipal (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

O Programa Saúde da Família⁸ teve destaque a partir de 1995, impulsionado por experiências locais prévias com modelos similares e pelo apoio de diferentes atores. Esse programa respondia às expectativas do movimento de Reforma Sanitária brasileira que reivindicava o fortalecimento das ações básicas de saúde em substituição ao modelo de atenção privatista e hospitalar predominante até os anos 1980. Nesse contexto, o PSF integrou um conjunto de medidas de reorganização da atenção básica⁹ na perspectiva de se constituir uma das estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde da população no âmbito do SUS (BRASIL, 1996a),

⁸ O Programa Saúde da Família (PSF) a partir de 2006 passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), na vigência da Políticas Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), nesse estudo mantemos a primeira denominação, uma vez que analisamos as Políticas de Saúde até 2005.

⁹ A atenção básica ou atenção primária em saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde de caráter individual ou coletivo que inclui a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida pelo exercício das práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, pautada no trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território em que vive essas populações (BRASIL, 2007a, p.7).

conforme estabelecem os documentos do MS, As estratégias de fortalecimento das ações básicas de saúde encontram ainda amparo nas agências internacionais que atuam na saúde. Segundo Machado (2006),

O caráter inovador e o foco do PSF - a família e a comunidade - também fizeram dele um atraente marco de governo, pelo seu potencial de visibilidade política, contribuindo para a sua permanência na agenda das sucessivas gestões ministeriais. Outro aspecto favorável à continuidade do PSF foi a conformação de uma equipe técnica sólida no Ministério da Saúde, que permaneceu na condução do programa por cerca de 10 anos (p.45).

À reestruturação da política nacional de combate a AIDS aconteceu no fim dos anos 1980, após terem sido iniciados programas estaduais em resposta ao surgimento dos primeiros casos da doença no país. O favorecimento pela priorização dessa política pelo MS ocorreu principalmente pela conformação de uma base social de apoio ao enfrentamento da epidemia no âmbito nacional e internacional. No Brasil, destacava-se a atuação dos movimentos sociais, em particular as organizações não - governamentais ligadas a AIDS na construção da política, na pressão e na crítica às estratégias ou a sua omissão, envolvendo tanto relações de conflito como de parceria com o Estado. Reconhecemos que a constituição de um grupo experiente no âmbito nacional com coordenadores na política durante as gestões do Ministério foi importante para garantir a continuidade da política.

Na análise sobre os resultados das políticas implantadas, dialogamos com Machado (2006) no sentido de que, num contexto de conflitos entre projetos de Estado, é fundamental considerarmos as condições que as políticas de saúde são implantadas, na medida em que este interfere diretamente nas estratégias de condução e nos resultados. No Brasil, as orientações de redução do tamanho do Estado e da contenção de gastos públicos impostos pela agenda reformista hegemônica nos anos de 1990 repercutiram em efeitos negativos sobre o financiamento e a gestão de recursos humanos na saúde, assim como nas políticas prioritárias para o Ministério da Saúde.

Em relação à área de recursos humanos, segundo a autora, também representou uma área de tensão entre o que estava previsto para expansão do SUS e o que preconizava o projeto de reforma do Estado. Entre 1990 e 2001, a contratação de pessoal por estados e municípios para responder à expansão dos

serviços e ações de saúde, em razão da descentralização, foi limitada por legislação federal, que restringiu os gastos com pessoal nas três esferas de governo, o que ocasionou desequilíbrio. Desta forma, para suprir a necessidade de técnicos, se viabilizou contratação por meio de modalidades alternativas, como contratos temporários, ocasionando precariedade nas relações de trabalho. Ainda nessa área, constatou-se a distância entre modelo de formação predominante no país e o perfil desejado para os profissionais da atenção básica, cuja superação é dificultada pela precária integração entre as políticas sociais.

As dificuldades relativas à formação dos profissionais de saúde se evidenciaram na medida em que a reestruturação do modelo de atenção no PSF está pautada na integralidade, exigindo cursos de formação e um sistema organizado de referências para Serviços de Saúde dos diferentes níveis de complexidade, que incluem também os municípios. Do contrário, tende-se a confundir o PSF com uma estratégia de atendimento primário simplificado para populações carentes, o que nos parece não ter sido a intenção do MS. Entretanto, em razão da rápida expansão, quando em 1995 a cobertura populacional do programa era de 0,7% e, em 2002, correspondia a 29 %, poderia ter sido esse o entendimento, em razão das diferentes condições estruturais dos diversos estados e municípios brasileiros, às distintas configurações locais do programa e às lacunas da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2005b).

Considerando que entre as três políticas citadas, o PSF destaca-se pela indução na discussão e na consolidação de um novo modelo de assistência à saúde, e ainda por ser também o indutor da iniciativa dos programas de reorientação dos profissionais da saúde, faremos uma discussão sobre esse programa, abordando sua implantação, avanços e dificuldades. Para essa análise, utilizaremos principalmente os documentos do Ministério da Saúde sobre o Programa Saúde da Família e o estudo elaborado por Viana e Dal Poz (2005), de avaliação do processo de implantação e eficácia desse programa, nos quais buscamos identificar elementos que justifiquem a importância do PSF dentro das estratégias das Políticas de Saúde.

1.2 Programa Saúde da Família

A trajetória do Programa Saúde da Família iniciou-se quando o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. O Ministério da Saúde (MS) considerou o PACS como estratégia de transição para o PSF (BRASIL, 2001a), visando à reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, por meio da mudança do objeto de atenção, forma de atuação, interdisciplinar e multidisciplinar, com uma equipe composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Além disso, pressupôs a reorganização da prática assistencial para responder a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas também na promoção da qualidade de vida (BRASIL, 1996a).

A partir do PACS, o enfoque passou a ser a família como unidade de ação programática, não sendo mais tão somente o indivíduo, uma vez que é introduzida a noção de área de cobertura (por família). Ele surge quando no país não existia nenhuma proposta concreta de assistência básica para o SUS, em nenhuma das esferas de governo, quer seja federal, estadual ou municipal. A proposta de Sistemas Locais de Saúde (SILOS)¹⁰ e de distritos de saúde não conseguiu articular uma mudança radical nas práticas de saúde e ter impacto de suas ações sobre a população.

O PACS, além da mudança do enfoque, também introduziu um instrumento real de reorganização da demanda, com a visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas agir sobre ela de forma preventiva. Além disso, outro elemento importante foram as concepções de integração com a comunidade e de uma abordagem menos reducionista sobre a saúde, não centrada apenas na intervenção médica, mas considerando a sua

¹⁰ Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) são unidades básicas organizacionais de uma entidade global plenamente articulada com o Sistema Nacional de Saúde. Constituem o ponto central do planejamento e gestão dos serviços de saúde, sob a influência integradora e normativa da coordenação nacional do sistema, nível em que se formulam políticas globais e se definem os sistemas de apoio logístico e técnico-administrativo necessários à execução de programas e à prestação de serviços no nível local. No Brasil, foi introduzido como estratégia básica para ampliação da cobertura dos serviços de saúde, vindo ao encontro do movimento da Reforma Sanitária, cujos princípios foram materializados na Constituição de 1988, através da criação do SUS, cuja regulamentação se deu em 1990. Portanto, o SUS incorporou as idéias centrais de SILOS, que passaram a ser instrumentos para reorganizar e reordenar o Sistema Nacional de Saúde, a fim de se atingir equidade, eficiência e eficácia com participação plena da sociedade Disponível: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_04/index.html. Acesso dezembro de 2007.

promoção. Todas essas questões foram centrais para a construção do Programa Saúde da Família, porque constituíram a essência (da concepção) de sua intervenção.

De acordo com Vianna e Dal Poz (2005), o objetivo central do PACS foi o de contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, com a estratégia de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desamparadas. Todavia, considerando a experiência da implantação do PACS no estado do Ceará, o Ministério da Saúde percebeu que os agentes poderiam também constituir importante elemento na organização do serviço básico de saúde no município.

Apreciando o processo de implantação do PACS, duas questões nos parecem foram relevantes: a escolha dos agentes (envolvendo questões como processo seletivo, capacitação, avaliação etc) e as condições institucionais da gestão da saúde no nível local (grau de participação dos usuários; formação dos conselhos de saúde; grau de autonomia da gestão financeira; recursos humanos disponíveis; capacidade instalada disponível etc.).

Vianna e Dal Poz (2005), na avaliação sobre o PACS, afirmam que:

[...] pelo fato de o Programa de Agentes Comunitários ter tomado essa forma, ele não constituiu, então, apenas mais um programa vertical do Ministério da Saúde (uma ação paralela ao sistema de saúde). Foi também um braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde. Porque no momento em que a adesão do município ao PACS passou a exigir certos requisitos – como o funcionamento dos conselhos municipais de saúde, a existência de uma unidade básica de referência do programa, a disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde e a existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa – este se tornou, sobretudo, um instrumento de (re)organização dos modelos locais de saúde (p.231).

No entanto, ressaltam que não foi apenas a escolha da estratégia de implantação que fez o programa um instrumento de (re) organização do SUS, mas contribuíram também o nível de articulação que esse desenvolveu com os diferentes níveis do sistema (estadual e municipal), e o papel desempenhado pelos agentes e comunidade no processo de implementação do programa. Esse processo se consolidou em março de 1994, quando o seu mecanismo de financiamento se inseriu no pagamento por procedimento operado pelo SUS, ou seja, a tabela do

Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Cabe ainda assinalar que o êxito do PACS impulsionou a formulação do PSF, conforme avaliam Viana e Dal Poz (2005) e Mendes (2002).

Em dezembro de 1993, ocorreu em Brasília uma reunião convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde, atendendo a uma demanda de Secretários Municipais de Saúde, que solicitavam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde que incluía a expansão do programa dos agentes para outros tipos de profissionais. Participaram dessa reunião técnicos do Ministério da Saúde, de secretarias estaduais e municipais de saúde, consultores internacionais, como os técnicos do UNICEF e técnicos de países que desenvolvem práticas de saúde da família, como Canadá e Cuba.

O tema da reunião era a Saúde da Família, e a partir desse evento, o Programa Saúde da Família foi concebido e, na Fundação Nacional de Saúde, integrante do Departamento de Operações, foi criada Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), com o papel de gerenciar especificamente o programa, além dos programas de Agentes Comunitários e de interiorização do SUS. O PSF permaneceu nessa Fundação até 1995, quando o Ministro Adib Jatene assumiu o Ministério da Saúde, transferindo-o para Secretaria de Assistência em Saúde (SAS). Essa transferência sinalizou para sua importância dentro do ministério e para um outro tipo de institucionalização do PSF na medida em que significou um rompimento com a idéia de programa vertical, operado por meio de convênio (tradição dos programas verticais da Fundação Nacional de Saúde).

Viana e Dal Poz (2005) ressaltam que, até o momento de criação do programa, era o UNICEF que se mostrava mais interessado em apoiar programas de atenção básica, tendo sido considerado o grande apoiador do PSF, fazendo a ponte entre técnicos, gestores e o Ministro da Saúde, além do apoio financeiro para o desenvolvimento do programa, através do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) do UNICEF. Esse também teve o papel de contratar toda a equipe de coordenação do programa no Ministério da Saúde.

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), de maneira contrária, se restringia às propostas de desenvolvimento de sistemas locais de saúde (distrito sanitário) sem referência sólida sobre a atenção básica.

Em 1995, com a transferência do programa para a Secretaria de Assistência à Saúde, discutiu-se o procedimento de remuneração que, a partir de 1996, seria

efetuado pela tabela do SIA – SUS, em que superava a forma tradicional que era por convênio. Destacamos que as remunerações do PSF eram diferenciadas, a consulta do PSF equivalia ao dobro da consulta do SUS, e ainda que o programa também representou um diferenciador nas discussões dos tetos de transferência de recursos para os estados (IDEM).

A partir dessas diretrizes, o PSF começou a perder o caráter de programa e passou a ser um (re) estruturador dos serviços, caracterizando-se como instrumento de (re) organização ou (re) estruturação do SUS, passando a ser o exemplo de referência para um novo tipo de assistência contrário ao modelo dominante, assim definido pelo documento do Ministério da Saúde de 1996:

Baseado na doença, atuando exclusivamente sobre a demanda espontânea, com ênfase na medicina curativa, tratando o indivíduo como objeto de ação, com baixa capacidade de resolver os problemas de saúde, com saber e poder centrado no médico, geralmente limitado à ação setorial, com desvinculação do pessoal de serviço com as comunidades, e de relação custo-benefício desvantajosa (BRASIL, 1996a).

Nesse documento, o programa é definido como uma estratégia de reforma do modelo de assistência do SUS, indicando que o modelo tradicional estabeleceu um descompasso entre os princípios e objetivos do SUS e a realidade concreta de implantação do sistema de saúde. Destacamos, também nesse período, importante aproximação com a universidade, no sentido da formação e treinamento dos recursos humanos requeridos pelo programa que iriam se constituir, no ano de 1997, nos Pólos de Capacitação em Saúde da Família.

Percebemos, nesse momento, o distanciamento do modelo de formação pelas universidades frente as necessidades das Políticas de Saúde, o que pode ser explicado pela análise de Bourdieu (2004a) sobre o campo científico:

O campo científico é um mundo social e, como tal, faz imposições, solicitações etc., que são, no entanto, relativamente independentes das pressões do mundo social global que o envolve. De fato, as pressões externas, sejam de que natureza for, só se exercem por intermédio do campo, são mediatizadas pela lógica do campo. Uma das manifestações mais visíveis do campo é sua capacidade de *refratar*, retraduzindo sob uma forma específica as pressões ou as demandas externas (p. 21-22).

Desta forma, as universidades se *refrataram*, não incluindo na pesquisa científica da área da saúde a atenção básica e não modificando o perfil de seus

graduandos em saúde, mantendo o modelo hegemônico, em que a especialização é a valorização do campo, principalmente nos cursos de medicina. Assim, o Ministério da Saúde conclamou as universidades a participarem dessa discussão por meio de sua participação nos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, com objetivo de interferir na formação de novos profissionais e na readequação dos que estavam em serviço.

Na tentativa de atrair profissionais mais qualificados, o PSF propôs para o médico uma remuneração diferenciada. No entanto, o sistema formador não estava orientado para a formação de médicos para atuarem nesse programa, o que interferiu na contratação desse tipo de profissional e na expansão do programa. Campos e Belisário (2001) consideram que um dos problemas que dificultaram a implantação do PSF foi a carência de profissionais de saúde em termos quantitativo e qualitativo para atender de imediato a essa demanda. Com o objetivo de solucionar esse entrave, de forma inclusive a estimular uma mudança nos currículos das escolas médicas, foi proposta a criação dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, buscando incentivar a cooperação institucional como forma de favorecer a mudança da prática profissional, da gestão e do controle social em saúde e promoção da educação continuada em serviço, garantindo a continuidade e sustentação do SUS.

O Pólo de Capacitação em Saúde da Família era o espaço de articulação de uma ou mais entidades vinculadas às universidades ou instituições de ensino superior e se integraram com secretarias estaduais e municipais de saúde para implementarem programas de capacitação destinados aos profissionais de Saúde da Família, formando uma rede de instituições comprometidas com a integração ensino-serviço, voltadas para atender à demanda de pessoal preparado para o desenvolvimento da estratégia desse programa no âmbito o SUS. Por outro lado, esses pólos reforçaram o papel dos estados na implementação do programa e atuaram como mecanismo de pressão para uma maior participação dessa instância de governo nos rumos do PSF.

Em 1996, o programa foi incorporado ao Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS), do Banco Mundial, em que seriam privilegiadas as unidades básicas de saúde do PSF para os investimentos financiados por esse projeto. Todos os incentivos criados proporcionariam maior expansão do programa e redefinição do modelo assistencial do SUS.

Outro aspecto positivo, na avaliação de Viana e Dal Poz (2005) é que o PSF evidenciou um novo tipo de aliança na política de saúde, que envolveu gestores locais, representados pelos secretários municipais e técnicos do sistema local; técnicos externos à área da saúde, a exemplo dos técnicos do Comunidade Solidária¹¹ e de organismos internacionais, como o UNICEF, e de países que apresentavam experiência positiva no desenvolvimento do programa de saúde da família, como o Canadá e Cuba., e associações da comunidade. O modelo de aliança que prevalecia usualmente na política de saúde no nível local envolvia políticos, médicos e construtores de obras públicas. A sua superação foi alcançada quando o programa iniciou sua implementação nos municípios, na medida em que ela mobilizou mais as associações privadas da comunidade do que a corporação médica, podendo muitas vezes ser operado por consultores e técnicos internacionais.

Destacamos que essa aliança, que se estabeleceu já na fase de elaboração do programa, a exemplo do que vinha acontecendo no PACS, foi importante para neutralizar os opositores do programa: as corporações profissionais - Conselhos Federais de Medicina e de Enfermagem, além da Associação Brasileira de Enfermagem, preocupados em garantir o mercado de trabalho de seus profissionais; a Pastoral da Saúde, em razão de que algumas comunidades eclesiais já desenvolviam Programas de Agentes Comunitários e se opuseram ao cadastramento das famílias pelas unidades de saúde do programa, e alguns gestores estaduais. Essa nova aliança que se firmou através do PSF teve apoio dos Conselhos Municipais de Saúde.

O padrão de atenção básica à saúde, proposto pelo Programa Saúde da Família, teve como eixo principal o apoio aos indivíduos e aos grupos sociais para que assumissem cada vez mais o controle de suas vidas e de sua saúde (BRASIL, 2000a). Isso equivale a afirmar que o primeiro e principal objetivo a ser seguido pelas equipes do PSF seria o estabelecimento de vínculos e de laços de comprometimento entre os profissionais de saúde e os usuários. O Ministério da Saúde salientou para os coordenadores municipais do PSF a atenção especial que deveria ser dada à seleção dos profissionais que integrariam as Unidades Básicas

¹¹ O Programa Comunidade Solidária foi criado em 1995, no Governo Fernando Henrique Cardoso por meio do Decreto n. 1.366, de 12/01/1995, tendo como objeto e atenção preferencial, conforme Artigo 1 do referido decreto, “ (...) coordenar as ações governamentais voltadas para o atendimento da parcela da população que não dispõe de meios para prover suas necessidades básicas(...)”. (PCS: art.1 apud Del Porto, 2006).

de Saúde da Família (p. 24). Os trabalhadores em saúde que possuíam formação no modelo tradicional acabaram por gerar conflitos e dificultaram a consolidação da prática sanitária baseada na prevenção e na participação popular. O profissional adequado para o trabalho nas unidades do PSF seria aquele que tem sensibilidade para com as questões sociais aliada à disposição para as atividades em comunidade.

O Ministério da Saúde recomendou na composição mínima de uma Unidade Básica de Saúde da Família: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada conta ainda com: um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2008b). Não é vedada a inclusão de outros profissionais, como assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e outros; no entanto, a falta de recursos tem levado as prefeituras a optarem, quase que unanimemente, pela equipe mínima.

Fuhrmann (2003), na análise sobre a constituição e atribuição das equipes do PSF, destaca a educação, enquanto ferramenta fundamental para o êxito do modelo assistencial à saúde baseado na atenção primária. A direção do trabalho em saúde na perspectiva da atenção básica baseia-se na substituição da centralidade individual e curativa para uma abordagem focalizada na família, na comunidade e na prevenção. Os conhecimentos técnicos dos profissionais necessitam ser (re) elaborados à luz dos anseios, dos desejos, dos sonhos, das crenças, dos valores, ou seja, dos valores culturais daquela comunidade em que a equipe realiza sua intervenção. O indivíduo, a família e a comunidade devem ser reconhecidos e cuidados pela equipe multiprofissional do PSF de forma integral e articulada, em relação aos demais subsistemas sociais. Nessa perspectiva, é necessário o processo de aperfeiçoamento permanente dos profissionais das equipes com o propósito de atender efetivamente as bases filosóficas do Programa Saúde da Família. O eixo condutor que integra a prática da equipe das unidades de Saúde da Família não é apenas o conhecimento técnico, mas sim o saber humanitário e o agir solidário.

Apesar de o Programa Saúde da Família ter a premissa de mudar o modelo de atenção em saúde e de viabilizar os princípios do SUS, alguns fatores vêm dificultando a sua implementação. Alguns já citados, referentes à política de ajuste fiscal, refletiram negativamente nos resultados da Política de Saúde. No entanto, acrescentamos alguns outros que nos interessam em especial, por estarem de

alguma forma vinculados às nossas análises sobre a reorientação na formação dos profissionais de saúde.

Destacamos entre as dificuldades de implantação do PSF aquelas associadas à lenta resposta do aparelho formador de recursos humanos e à resistência das Faculdades de Medicina em explorar o campo da Saúde Coletiva e incrementar a formação de médicos generalistas; às resistências corporativas, como as associações de enfermagem, que impõem às atividades dos agentes as mesmas restrições antes impostas às de auxiliar de enfermagem; às associações médicas, em especial ao Conselho Federal de Medicina, que não são favoráveis à formação de médicos generalistas, incentivando a formação de especialidades; e ainda, aos sindicatos médicos que são contrários a qualquer tipo de contratação que não seja na forma de trabalho assalariado. De acordo com Vianna e Dal Poz (2005), como reflexo dessas dificuldades, surge outra que é a carência de recursos humanos, principalmente na área médica, o que vem sendo resolvido com a utilização dos médicos cubanos, porém restrita a algumas áreas do País.

Por fim, ressaltamos que o Programa ainda não possui um bom grau de integração com os demais programas operados pelas Secretarias Municipais de Saúde e com as unidades de saúde, cabendo maior articulação entre os municípios para avaliação e troca de experiências daqueles que de alguma forma já conseguiram essa articulação. No entanto, os estudos sobre esse Programa destacam que o desenvolvimento regional de programas é ainda um forte modelo de incentivo às ações da área social, ao lado do estímulo à participação da comunidade. Reconhecem-se os claros avanços que a conversão do Sistema de Saúde Brasileiro, por meio do PSF, vem proporcionando à saúde pública, entretanto, é preciso não perder de vista que a sua implantação eficaz no Brasil depende, prioritariamente, do enfrentamento do maior de seus desafios: “o de contrariar interesses diversos a uma saúde pública universal e de boa qualidade no nosso País” (FUHRMANN, 2003).

1.3 Políticas de Saúde a partir de 2003

Em 2003, assumiu o governo o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, com propostas que de alguma maneira atendiam às expectativas dos movimentos sociais. Esse governo assumiu em um contexto econômico promovido pelas

alterações ocorridas na gestão da política fiscal, em razão do acordo firmado, em 1998, entre o governo anterior e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Em relação à saúde, havia uma expectativa de que esse governo fortalecesse o projeto de Reforma Sanitária. No entanto, apesar de assimilar em seu discurso o desafio da incorporação da agenda ético - política do projeto da Reforma Sanitária, desenvolve uma continuidade na política macroeconômica e as políticas sociais continuam fragmentadas e subordinadas à lógica econômica.

Segundo Freitas (2007), durante a campanha eleitoral para o primeiro mandato do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, destacou-se para saúde: cumprir os gastos com saúde previstos na Constituição; criar as farmácias populares; garantir o acesso a medicamentos; aumentar a rede de pronto-socorros; implementar serviços de resgate em mais locais; ampliar o atendimento de saúde bucal; aumentar para 30 mil o número de equipes do Programa Saúde da Família, prevendo atender 70% dos brasileiros.

A definição do percentual de recursos financeiros federais previstos na Constituição, para o SUS, de acordo com Paiva (apud FREITAS, 2007) permanece descumprida.

Na comparação internacional, nossos atuais 3,2% do PIB, destinados à saúde, representam porcentagem menor do que as da Bolívia, Colômbia, África do Sul, Rússia, Venezuela, Uruguai, Argentina (cerca de 5.12%), Cuba (6,25%), EUA (6,2%), Japão, Inglaterra, Austrália, Portugal, Itália, Canadá, França e Alemanha (8,1%)(p.68).

Na análise acerca das políticas sociais nesse período, estudiosos identificam como continuidade nas Políticas de Saúde dos anos de 1990 a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social (BRAVO,2007).

Exemplo de focalização é a centralidade no PSF, sem a necessária alteração visando transformá-lo em estratégia de reorganização da atenção básica, na perspectiva de fornecê-la a toda a população de acordo com os princípios da universalidade, e ainda modificá-lo na garantia da integralidade. Desta forma se alteraria a percepção do PSF como programa de extensão de cobertura para as populações carentes. Para garantir a integralidade é preciso ter como meta a

reorganização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência (BRAVO, 2007).

A questão do desfinanciamento permanece como uma questão séria de eficácia da Política de Saúde, diretamente relacionada ao gasto social do governo e é a determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos.

Dentre os aspectos inovadores da Política de Saúde, destacamos a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2003, que teve por finalidade produzir orientações para a formulação do Plano Nacional de Saúde do novo governo e as principais diretrizes a serem incorporadas no Sistema de Saúde. Estabelecendo como lema “Saúde um Direito de Todos e Dever do Estado. A Saúde que temos o SUS que queremos”, adota como estratégia central a necessidade de equacionar os problemas do SUS, com destaque para a área de recursos humanos e qualidade dos serviços. Sendo assim, da mesma forma que na 11ª Conferência, realizada em dezembro de 2000, a educação na área da saúde é enfatizada, “não se trata mais de formar pessoal competente tecnicamente, mas que tenha vivido e refletido sobre o acesso universal, a qualidade e a humanização na atenção à saúde, como controle social” (BRASIL, 2004, p.125). Volta a ser ressaltada a necessidade de acompanhamento dos cursos de formação dos trabalhadores de saúde em todos os níveis, auxiliar, médio e superior, e a garantia de incentivos oferecidos às instituições públicas de ensino superior, que buscam a implantação de novas metodologias de ensino visando à formação de profissionais mais capacitados, voltados para a prática profissional segundo os interesses e necessidades da população.

Ainda na 12ª Conferência, os participantes indicavam pela necessidade de modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, atualmente centrados na atenção à doença, reformulando o currículo dos cursos de graduação da área da saúde, considerando temas teóricos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas à saúde. Destacavam para a necessidade de adequar a abertura de cursos na área às características regionais, sociais, econômicas, epidemiológicas e demográficas e, a partir das diretrizes para a organização da atenção à saúde, das demandas da população e do sistema de saúde; de ampliar o acesso das classes populares e das populações indígenas aos cursos de graduação

das áreas da saúde, a partir da articulação entre o Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde e Ministério da Educação; de implantação nos municípios de residências em saúde no SUS e de incentivar e ampliar internatos rurais e atividades de extensão, priorizando a inserção dos estudantes em serviços e programas no âmbito da atenção básica. Com relação à pós-graduação, recomendavam a garantia de que no mínimo 50% das residências acadêmicas no setor público fossem feitas em âmbito da atenção básica (BRASIL, 2004).

Outro aspecto inovador foi a alteração na estrutura do Ministério da Saúde com a criação de quatro secretarias, ainda hoje existentes, e extinção de três. A criação da Secretaria de Atenção à Saúde teve por finalidade unificar as ações da atenção básica, ambulatorial e hospitalar incorporando as atribuições das extintas secretarias de Política de Saúde e de Assistência à Saúde.

A criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, com a função de fortalecer o controle social e estabelecer a comunicação do Ministério da Saúde com outros níveis de governo, abrangeu a competência de formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do SUS e fortalecer a participação social. Além disso, essa Secretaria articula as ações do Ministério da Saúde, referentes à gestão estratégica e participativa, com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da área Saúde.

Foi ainda criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES), com a finalidade de propor um amplo processo de formação e qualificação dos profissionais de saúde e de regulação profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde, através de execução nacional de uma política de educação permanente em saúde de uma forma pioneira. Integram essa Secretaria o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) e o Departamento de Gestão do Trabalho no SUS. Para fins específicos da política nacional de reorientação na formação dos profissionais de saúde, nos interessa a finalidade do Deges.

Ao Deges compete a proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior do SUS. Em busca do aperfeiçoamento profissional e da educação permanente dos trabalhadores em

saúde no nível superior, esse Departamento, por meio da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde, atua nas seguintes linhas de trabalho:

Articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, resultando em uma ação intersetorial para a formação e desenvolvimento de recursos humanos para a área da saúde; Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde; Criação da Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família e Comunidade; Amplo apoio e financiamento à Residência Médica no Brasil, com ênfase no apoio aos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, e Implantação e implementação do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. (BRASIL, 2007b).

O Deges está organizado em três coordenações: Educação Superior, Educação Técnica e Popular, alimentando sua articulação por meio de três eixos principais que são a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento. Insere-se também a adoção da educação permanente como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de atenção, de gestão e do controle social no setor saúde (BRASIL, 2003b).

Percebemos que as questões referentes à formação de profissionais da saúde têm papel de destaque no Ministério da Saúde que, pela criação da Secretaria da Gestão e da Educação na Saúde, assumiu seu papel de gestor federal do SUS, quanto à formulação das políticas orientadoras da formação, distribuição e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil.

As bases legais que legitimam a ação do Ministério da Saúde na construção da política de Recursos Humanos para o SUS estão dispostas na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, inciso III:

Ao SUS compete além de outras atribuições, nos termos da Lei:
III - ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde;
V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988).

Constatamos que estão previstos a ordenação da formação de Recursos Humanos e o desenvolvimento científico e tecnológico, por conseguinte, tanto uma responsabilidade para com a formação de pessoal da saúde de modo geral, quanto para a produção específica de conhecimento e tecnologia na esfera do próprio

Sistema. Desta forma, a lei prevê que os órgãos gestores do SUS estruturarem mecanismos de atuação educacional, para o atendimento a uma ação educativa, de qualificação de pessoal e à ação investigativa da pesquisa e inovação.

Posteriormente a Lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica de Saúde (LOS) reafirma essas atribuições no seu artigo 6º, e explicita no Artigo 14:

Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre serviços de saúde e as instituições de ensino profissional superior.

Parágrafo único – Cada uma dessas Comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias pra 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 (BRASIL, 1990).

A explicitação da ação educacional do SUS, envolvendo a articulação entre as esferas do governo na formulação e execução de programas que envolvam tanto a certificação/habilitação profissional e ainda sobre a educação continuada, assim como a produção de conhecimentos, informações e atualização técnico-profissional na área da saúde, está no art. 15, em que: A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

IX – participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

XIX – realizar pesquisas e estudos na área da saúde (IDEM).

A legislação enfatiza que os órgãos gestores devem não só formalizar como também executar uma política de recursos humanos tendo como objetivo a organização de um sistema de formação envolvendo todos os níveis, além de programas de aperfeiçoamento, e ainda dispõe os serviços de saúde como campos para o ensino e a pesquisa, configurando a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito direto do SUS (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

No art. 30 da lei citada, a regulamentação das especializações é de competência da Comissão Nacional, instituída junto ao Conselho Nacional de Saúde, com a participação da sociedade civil, assim descrita:

Art. 30 – As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional [instituída junto ao Conselho Nacional de Saúde], garantida a participação das entidades profissionais correspondentes (BRASIL, 1990).

A Constituição Brasileira de 1988 define saúde como dever do Estado e direito da população e afirma ser atribuição do SUS o ordenamento da formação para a área, ou seja, o SUS deve interferir na orientação da formação em coerência com as diretrizes constitucionais da saúde. O dever do Estado para com a educação, definido pela Constituição de 1988 e de sua legislação ordinária, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB 9394/96), afirma, como atribuição do sistema educacional nacional a garantia dos padrões mínimos de qualidade do ensino, a vinculação entre a formação, o trabalho e as práticas sociais e, ainda, a integração das ações do poder público que conduzam à melhoria da qualidade do ensino, à formação para o trabalho e à promoção humanística, científica e tecnológica do País (BRASIL, 1988; 1996).

Dessa forma, o Ministério da Saúde e o da Educação estão legitimados a ocuparem-se das funções de regulação de Estado no tocante à formação na área da Saúde e submeter as principais decisões políticas à participação popular. A participação desses Ministérios, na cooperação técnica e científica na área de recursos humanos na Saúde, tem, através da Portaria Interministerial nº 2.118, seu reconhecimento explicitado no Art.1 :

Instituir parceria entre o Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior - SESu, da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica – SETEC e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira – INEP e o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, com os seguintes objetivos:

I - desenvolver projetos e programas que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação superior, visando à formação de recursos humanos em saúde coerente com o Sistema Único de Saúde (SUS), com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES); [...] (BRASIL, 2005e).

Da análise das políticas apresentadas, indicamos que, conforme estabelecido na Constituição, as ações e os serviços de saúde, ao se constituírem por um sistema único, integram uma rede que deve ser organizada segundo as diretrizes: equidade, universalidade, integralidade e controle social, desta forma há necessidade de se formar profissionais com o perfil que atenda às necessidades do SUS.

O Ministério da Saúde indica que o distanciamento entre o mundo acadêmico e o de prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado como um dos

responsáveis pela crise do Setor Saúde. Aponta ainda para a necessidade da formação de profissionais capazes de desenvolverem “uma assistência mais humanizada e de alta qualidade e resolutividade [...] impactante até mesmo para os custos do SUS” (BRASIL, 2005a, p.6).

O Ministério da Educação se inclui nessa discussão pela sua legitimidade na regulação da educação nacional. Entretanto, havemos de reconhecer que, em relação à educação dos profissionais da saúde, além das funções do Estado no ordenamento, controle, fiscalização, auditoria e avaliação, acrescenta-se o controle social, enquanto política pública regulamentado pela Lei nº 8.142/90 (BRASIL 1990a).

Assim vejamos as políticas para Educação Superior por esse Ministério no período compreendido entre 1990 a 2005, e como essas se refletem nos cursos de Medicina.

1.4 Políticas de Educação Superior – 1990¹² a 2005

O Sistema de Educação Superior no Brasil, a partir de 1990, vem passando por um acentuado crescimento quantitativo, caracterizado pelo aumento do número de instituições, de vagas, de cursos, de matrículas, de funções docentes etc. Na dinâmica desse processo de expansão, produziu-se um complexo e diversificado sistema de instituições com formatos institucionais, vocações e práticas acadêmicas bastante diversificadas.

Os principais fatores que acabaram por determinar a diversificação institucional da Educação Brasileira estão associados às diretrizes da política educacional definidas pelo governo de Fernando Henrique Cardoso especialmente pelo ex-Ministro da Educação Paulo Renato de Souza durante os oito anos de mandato (1995-2002), que se constituiu como um período importante no processo de expansão e de reconfiguração da educação superior. A reforma da educação superior nesse período associou três princípios fundamentais: flexibilidade, competitividade e avaliação, objetivando uma expansão acelerada do sistema (DOURADO; CATANI; OLIVEIRA, 2004).

¹²A análise dos dados estatísticos referentes a essa Política será realizada a partir de 1991, considerando que os dados sobre a Educação Superior, a partir desse ano, passaram a ser computados como Censo, e desta forma são mais fidedignos e possibilitam comparações entre os vários períodos subseqüentes.

A reconfiguração da educação superior brasileira na década de 1990 integrava um programa mais amplo de Reforma Administrativa, do Ministério da Administração e Reforma do Estado, MARE, idealizada pelo então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, até 1998, cujas diretrizes eram orientadas pelo Banco Mundial (SILVA JR., SGUISSARDI, 2001; SILVA 2002).

Essa década também registrou a grande interferência dos organismos multilaterais nas políticas educacionais, destacando-se o Banco Mundial (BM), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e agências da Organização das Nações Unidas (ONU). Sobre essa intervenção, Silva (2002) discute que os atuais perfis da educação superior brasileira nas políticas e estratégias mais significativas apontam para um alto grau de intervenção e subordinação particularmente aos organismos internacionais, com o consentimento dos governantes. Em consequência, têm-se políticas de compressão do Estado e de privatização da educação superior, de intransigência quanto ao aumento dos percentuais do PIB, de recentralização dos controles através da institucionalização dos exames nacionais, de flexibilização do contrato de trabalho docente, de exigência de produtividade no ensino e na pesquisa, de favorecimento da indústria da educação tanto no setor público quanto no privado, de estreitamento das relações entre educação e trabalho, da desvalorização dos profissionais de educação. As políticas educacionais apresentam como característica a supressão da concepção de direito, revelam sua natureza “contencionista-reformista e compensatória e discriminatória, valorizam os resultados estatísticos, incorporam estratégias que reforçam o deslocamento das decisões do âmbito público e coletivo para o privado, hierarquizam as instituições[...] acadêmicas, estimulam o setor privado para as decisões, gerenciamento e execução [...] priorizam os critérios econômicos e reduzem a educação à formação para o trabalho” (SILVA, 2002, p.175).

De acordo com Dourado (2002), o produto explícito dessa interferência é o processo de aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - Lei nº 9394/96), negligenciando parte das bandeiras encaminhadas pela sociedade civil, principalmente o Fórum Nacional em Defesa da Escola Pública. Para Cunha (2003), a estratégia adotada pelo MEC, ao invés de investir numa lei geral para a educação superior, foi traçando no “varejo”, as diretrizes e bases da educação nacional, não contra o que seria a lei maior de educação, mas por fora dela, sendo

assim o autor considera a LDB uma lei minimalista porque, após aprovada, não contém todas as diretrizes nem todas as bases da educação nacional.

A LDB (BRASIL, 1996) é vista como aparato legal que sintetiza o enquadramento do sistema educacional às regras do mercado, que a partir de então resulta numa reconfiguração da educação superior, que tem como resultado o fenômeno da expansão-diversificação-privatização. Com efeito, as instituições públicas do sistema federal não têm a atenção do governo federal, representada pelo pouco investimento e conseqüente encolhimento do sistema público.

Dessa maneira, no período entre 1999 e 2001, ocorre uma diminuição no número de universidades públicas que somente a partir de 2003 retomam o crescimento com a criação de novas instituições, destacando o período entre 2003 e 2004, em que foram criadas 7 novas universidades públicas, sendo 6 federais e 1 estadual, enquanto o setor privado estaciona com 86 universidades.

O projeto de reestruturação, gerado em 1995, objetivou alterar, principalmente, o panorama da educação superior, promovendo a elaboração e a aprovação de um arcabouço legal que alterasse as diretrizes e bases que sustentavam o modelo implementado desde a reforma universitária de 1968. Colocou-se em discussão o conceito de universidade, enquanto instituição, principalmente quanto à natureza e à relevância das universidades públicas, em particular as federais (CATANI; OLIVEIRA, 2000).

Com a diversificação institucional, a partir de 1997, as organizações acadêmicas que integram o sistema federal de ensino superior brasileiro, de acordo com o Decreto nº 2.307/97 classificam-se em: i) universidades - instituições pluridisciplinares, caracterizadas pela indissociabilidade das atividades de ensino, pesquisa e extensão; admite também a criação de “universidades especializadas”, organizadas por campo do saber, com atividades de ensino, pesquisa e extensão; ii) centros universitários; iii) faculdades integradas, faculdades, institutos ou escolas superiores; iv) centros de educação tecnológica – instituições especializadas de educação profissional, pública e privada, com objetivo de qualificar profissionais, nos vários níveis e modalidades de ensino, considerando os diferentes setores da economia e realizar pesquisa e desenvolvimento tecnológico de novos processos, produtos e serviços, em articulação com os setores produtivos e a sociedade, fornecendo mecanismos para a educação continuada.

Com relação à definição para faculdades integradas, faculdades, institutos superiores ou escolas superiores, não é encontrada nos textos legais, sendo referenciados como na LDB, como instituições não–universitárias de educação superior (CAVALCANTE, 2000).

Na dinâmica desse processo de expansão, produziu-se um complexo e diversificado sistema de instituições com formatos institucionais, vocações e práticas acadêmicas bastante diferenciadas. Em 1991, do total de 893 Instituições de Educação Superior (IES) do país, 11% eram universidades, e as demais IES, se constituíam de Faculdades integradas (0,8%) e estabelecimentos isolados (88,1%). Em 2005, as Universidades representavam apenas 8%, ou seja de uma total de 2165 IES, 176 são Universidades; os Centros Universitários, que surgiram a partir de 1996, representam 5,3%, e as Faculdades Integradas e os estabelecimentos isolados, possuem os maior número de unidades com 5% e 87,6%, respectivamente (BRASIL, 2006a).

Nessa expansão houve um incremento do setor privado em detrimento do público, chegando em 2005 com 89,3% de instituições no setor privado e 10,7% no público, e, ainda, maior prevalência de instituições que possuíam por finalidade apenas o ensino.

Em 2003, ao assumir o governo o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, se propôs realizar uma expansão intensiva e extensiva do sistema federal, retomando a meta estabelecida pelo Plano Nacional de Educação de 40% das vagas em instituições públicas através de parcerias com estados e municípios, e com criação de novas Instituições Federais de Educação Superior (PNE, 2000). De acordo com o INEP, em 2006, 10 novas instituições federais encontravam-se em processo de institucionalização além da criação ou consolidação de 42 *campi*. Para os cursos da área da saúde, foram criados, de 2002 a 2005, 51 novos cursos públicos, e destes o setor municipal registrou 29 cursos, o federal e estadual registraram 11 cada.

Segundo Carvalho (2006), sobre a política de educação superior após 2003, considerando o contexto econômico do país, não se prioriza a expansão de matrículas, cursos e instituições privadas, mas a sustentação financeira dos estabelecimentos já existentes.

Com o discurso de justiça social, surge em 2003 o Programa Universidade para Todos (PROUNI), para atender à pressão das entidades representativas do setor privado justificada pelas altas taxas de vagas ociosas, que segundo dados do INEP,

em 2005, chegava a aproximadamente 50%. Alia-se a esse discurso a procura por ensino superior das camadas de baixa renda, que resulta na proposta do MEC de estatização de vagas nas instituições particulares em troca do retorno da renúncia fiscal. Em relação ao caráter social, Catani e Gilioli (2005) avaliam que o PROUNI promove uma política de acesso, mas não de permanência e conclusão do curso, se orientado por uma concepção assistencialista, nos moldes de recomendação do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD), que oferece benefícios e não direitos aos egressos do ensino médio público.

Para os cursos de graduação em período integral, em que se inclui grande parte dos cursos da área da saúde, o PROUNI (BRASIL, 2005f), a partir de 2006, concede aos beneficiários, bolsa permanência de R\$ 300,00 para as despesas de transporte, alimentação e material didático.

A outra iniciativa governamental relevante é a Reforma da Educação Superior (BRASIL, 2007) que ainda permanece indefinida. No entanto, reconhecemos que no governo do Presidente Lula o jogo político foi diferente de seu antecessor. Enquanto as propostas do MARE e as demais iniciativas foram lançadas sem discussão e participação da sociedade, o governo Lula vem adotando uma postura receptiva ao diálogo com a sociedade civil e com a comunidade acadêmica por meio de organização de seminários e do recebimento de sugestões ao documento oficial. No documento da Reforma, em relação aos cursos da saúde, está previsto:

Artigo 7º Que a educação superior na área das ciências da saúde articula-se com o Sistema Único de Saúde, de modo a garantir orientação intersetorial ao ensino e a prestação de serviços de saúde, resguardados os âmbitos de competências dos Ministérios da Educação e Saúde, bem como os sistemas estaduais de ensino

Parágrafo único. As orientações gerais referentes aos critérios para autorização e reconhecimento dos cursos de graduação em biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e terapia ocupacional, bem como cursos de educação profissional tecnológica na área da saúde profissional de saúde, serão estabelecidas após manifestação do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2007).

A partir desse breve contexto, passaremos a discutir a reconfiguração da Educação Superior no período de 1991 a 2005, enquanto reflexo das políticas públicas implantadas, buscando um paralelo nos cursos da saúde com destaque para os cursos de graduação em Medicina. Para essa análise, os dados foram

obtidos através do Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, para os indicadores cursos, matrículas e vagas, na graduação presencial, por categoria administrativa, organização acadêmica e distribuição regional. Utilizamos a classificação do INEP para cursos da área da saúde, que integram a área de conhecimento Saúde e Bem Estar. A análise remete para a necessidade de pensarmos no controle social sobre a política de formação desses profissionais em nível de graduação, privilegiando o caráter público e o seu compromisso social.

1.4.1 Educação Superior – expansão e diversificação do setor privado

Nas 2165 IES no país em 2005, foram ofertados 20.407 cursos de graduação presenciais, sendo 70% (14 216) pelo setor privado. Apesar das políticas implantadas terem favorecido o crescimento de IES, em que o ensino se dá desvinculado da pesquisa, quando analisamos a oferta de cursos de graduação presenciais, constatamos que as universidades possuem maior oferta, representando 53,37% do total de cursos do país, correspondente a 20.407 cursos, sendo que até 2004, nessa organização acadêmica, as universidades públicas ofertavam o maior número de cursos, em 2005 a universidade privada passou a ter a maior oferta. Os centros universitários passaram a ofertar cursos a partir de 1998, tendo em 1999 um crescimento de 133,7%, praticamente todo no setor privado, e a partir de então mantendo um crescimento superior à oferta de outras organizações acadêmicas, conforme os dados da Tabela 1.

Tabela 1
 Cursos de Graduação por Organização Acadêmica e Categoria Administrativa
 Brasil – 1991- 2005

Ano	Total geral	Universidades			Centros Universitários			Faculdades Integradas			Outros Estabelecimentos		
		Total	Públicas	Privadas	Total	Públicas	Privadas	Total	Públicas	Privadas	Total	Públicas	Privadas
1991	4.908	2.579	1.633	946	0	0	0	681	52	629	1.648	454	1.194
1992	5.081	2.760	1.697	1.063	0	0	0	673	65	608	1.648	482	1.166
1993	5.280	2.987	1.760	1.227	0	0	0	701	73	628	1.592	460	1.132
1994	5.562	3.316	1.916	1.400	0	0	0	712	75	637	1.534	421	1.113
1995	6.252	3.927	2.344	1.583	0	0	0	681	47	634	1.644	391	1.253
1996	6.644	4.165	2.495	1.670	0	0	0	852	69	783	1.627	414	1.213
1997	6.132	4.063	2.325	1.738	149	0	149	446	4	442	1.474	369	1.105
1998	6.950	4.591	2.573	2.018	258	0	258	472	0	472	1.629	397	1.232
1999	8.878	5.781	3.045	2.736	603	0	603	458	22	436	2.036	427	1.609
2000	10.585	6.823	3.560	3.263	870	5	865	590	26	564	2.302	430	1.872
2001	12.155	7.466	3.875	3.591	1.163	10	1.153	668	30	638	2.858	486	2.372
2002	14.399	8.486	4.599	3.887	1.413	34	1.379	738	38	700	3.762	581	3.181
2003	16.453	9.399	4.922	4.477	1.618	42	1.576	878	47	831	4.563	655	3.908
2004	18.644	10.475	5.460	5.015	2.134	33	2.101	864	40	824	5.171	729	4.442
2005	20.407	10.892	5.412	5.480	2.542	43	2.499	926	55	871	6.047	681	5.366

Fonte: MEC/Inep/Deaes

Em 2005, apesar de o ensino superior ainda se concentrar na universidade, tanto na oferta de cursos como de matrículas, ao avaliarmos as taxas de crescimento das outras organizações acadêmicas a partir de 1996, percebemos que as universidades perderam progressivo espaço. Em 1996, elas ofertavam 4165 cursos (62,7% do total); em 2005, ofertavam 10 892, (53,37% do total); as matrículas realizadas em 1996 correspondiam a 1.209.400, o que representava 64,7% do total, em 2005 esses valores correspondem 2.469.778 e 55,46% respectivamente (BRASIL, 2006). A continuar essa mesma tendência, em breve o sistema de educação superior terá um perfil não universitário. A expansão desse ensino está de alguma forma justificada não só pela implantação de novas instituições, mas principalmente pelo aspecto legal brasileiro que impõe determinadas exigências às universidades, que não são feitas às faculdades, escolas e institutos. Em relação aos centros universitários, é menos exigente do que para as universidades, embora as prerrogativas sejam praticamente iguais para um e para outro tipo de instituição. Associa-se a isto as políticas com aproximação aos preceitos neoliberais, de estímulo à iniciativa privada, com desvalorização do público e exaltação da eficiência e produtividade do privado.

Ainda em relação aos cursos de graduação, a LDB, no Art. 44, introduz um tipo novo, os cursos seqüenciais por campo de saber, sem, no entanto, defini-los,

cabendo ao Conselho Nacional de Educação fazê-lo. De acordo com essa regulamentação, os cursos seqüenciais podem ser de dois tipos: um de complementação de estudos, não sujeitos à autorização nem reconhecimento pelo MEC, no entanto devem estar relacionados academicamente a cursos de graduação reconhecidos; o outro refere-se aos cursos de formação específica, sujeitos ao MEC e ligados a cursos de graduação, tendo, portanto, carga horária e duração mínima. Esses tipos de curso sempre destinados a concluintes do ensino médio. Segundo Cunha (2003), na concepção original, os cursos seqüenciais deveriam ser uma alternativa à rigidez dos cursos de graduação, principalmente quando estavam sujeitos a currículos mínimos, que, entre outras críticas, não permitiam flexibilidade diante das mudanças no mundo do trabalho. Dessa forma, essa nova modalidade poderia definir trajetórias individuais e coletivas que, sem buscarem graus acadêmicos, permitissem complementar estudos realizados no ensino médio, ou obter formação específica em menor tempo e com maior especificidade do que os cursos de graduação existentes. Desde sua implantação, os cursos seqüenciais encontraram resistência da comunidade acadêmica, principalmente do setor público, o que se concretiza com a maior oferta pelo setor privado. De acordo com o Censo da Educação Superior, em 2005, no Brasil eram ofertados 714 cursos seqüenciais presenciais e a distância, com 50.018 matrículas efetuadas. O setor privado concentra 76% da oferta e 59,63% das matrículas.

Na avaliação da oferta de cursos de graduação por área de conhecimento, Tabela 2, constatamos que as áreas de Educação e de Ciências Sociais Negócios e Direito concentram 59,8% do total de cursos. O crescimento da oferta de cursos de graduação presenciais acontece em todas as áreas do conhecimento de classificação do Ministério da Educação. A área de Saúde e Bem Estar Social, em que se insere o curso de Medicina, apesar de representar 11% da oferta de cursos, registra a segunda maior taxa de crescimento entre 2000 a 2005, equivalente a 99,65%.

Tabela 2
Distribuição da Oferta de Cursos de Graduação Presenciais por Área de Conhecimento
Brasil 2000-2005

Áreas Gerais, Áreas Detalhadas e Programas e/ou Cursos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Δ%2000-2005
Agricultura e Veterinária	276	298	335	360	413	455	64,86
Ciências sociais, Negócios e Direito	2.937	3.405	3.899	4.520	5115	5815	97,99
Ciências, Matemática e Computação	1.162	1.380	1.642	1.871	2156	2282	96,39
Educação	3.410	3.809	4.675	5.295	5977	6397	87,60
Engenharia, Produção e Construção	900	995	1.115	1.217	1368	1510	67,78
Humanidades e Artes	478	563	673	801	882	916	91,63
Saúde e Bem Estar Social	1.142	1.320	1.575	1.800	2057	2280	99,65
Serviços	280	385	485	589	676	752	168,57
Total	10585	12155	14399	16453	18644	20407	92,79

Fonte:MEC/Inep/Deaes

Ainda sobre essa oferta, na área de Saúde e Bem Estar, observamos, na análise da Tabela 3, que a maior oferta de cursos de graduação em 2005, corresponde à área de Terapia e reabilitação com 34%, seguida pela de Enfermagem e atenção primária, com 22% e as de Saúde (cursos gerais) e a de Serviço Social e Orientação com aproximadamente 9%. Dentre os cursos dessa área, observamos os de Tecnologias de diagnóstico e tratamento médico, que apesar de representarem 2% da oferta de cursos da área, a partir de 1996 vem apresentando um crescimento constante, em torno de 1050% enquanto a média na área foi de 200,79%.

Esse crescimento, em cursos tecnológicos, é também registrado no país, e integra a diversificação da educação superior, inaugurada pela LDB, que no inciso II define como um dos objetivos da educação superior: “formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua”. O Decreto Federal nº. 2.208/97 de 17/04/1997, ao regulamentar dispositivos da educação profissional previstos na LDB, define, no artigo 10, que “os cursos de nível superior, correspondentes deverão ser estruturados para atender aos diversos setores da economia, abrangendo áreas especializadas, e conferindo diploma de Tecnólogo”(BRASIL,1997).

Ainda analisando a Tabela 3, percebemos que o crescimento na oferta de cursos aconteceu após a aprovação da LDB, em 1996. Destacamos que, na

evolução dessa oferta, o maior crescimento foi na rede privada, uma vez que em 1991 eram ofertados 300 cursos, em 1996 registrava 392 e, em 2005, 1826, representando um aumento de 509% entre 1991 e 2005, enquanto que no setor público, nesse mesmo período, o crescimento foi de 43%, representando em 2005, 454 cursos, ou seja, 20% da oferta de cursos, quando em 1991 equivalia a 49%.

Tabela 3

Distribuição da Oferta de Cursos de Graduação Presenciais na Área da Saúde e Bem Estar Brasil 1991 – 2005

Área Detalhada/ programa ou curso	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Enfermagem e atenção primária	106	107	106	108	108	111	123	137	153	176	207	275	325	411	469
Farmácia	49	50	52	53	59	65	70	90	116	143	167	187	211	237	268
Medicina	80	80	80	81	85	86	88	92	97	100	106	115	126	136	149
Odontologia	83	85	86	89	91	93	100	117	131	142	153	159	171	174	179
Saúde (cursos gerais)	117	119	123	128	140	152	153	167	210	91	125	172	208	209	199
Serviço Social e orientação	70	71	71	72	72	75	80	81	85	95	104	112	137	162	194
Tecnologias de diagnóstico e tratamento médico	4	5	5	5	5	4	5	7	6	8	10	12	25	38	46
Terapia e reabilitação	139	144	145	156	162	172	195	259	326	387	448	543	597	690	776
TOTAL	648	661	668	692	722	758	814	950	1.124	1.142	1.320	1.575	1.800	2.057	2.280

Fonte:MEC/INEP/Deaes

Reportando-nos ao curso de Medicina, destacamos o estudo sobre a trajetória desse curso de graduação, publicado pelo INEP, em 2006, em que Maranhão et alii consideram que a expansão dos cursos de Medicina no país vivenciou duas grandes fases, desde a criação do primeiro curso médico em 1808. No período compreendido entre 1808 e 1959, considerado pelos autores como uma “fase longa e de lenta expansão” (p.281), foram criados 27 cursos, com forte investimento pelo setor público. Depois dessa fase, seguiu uma outra de “grande expansão” (IDEM), de 1960 a 2004, criando-se 113 cursos, e nessa, diferentemente da primeira, com grande participação do setor privado. A maior característica dessas fases não é só a relação público - privado na criação dos cursos, mas a relação de cursos criados por ano, em que no primeiro período tem-se um índice de 0,18 curso/ano, no segundo, um índice de 2,57. Utilizando os mesmos indicadores para o período de análise (1991-2005), podemos afirmar que no período 1991-1996 foram criados 6 novos

curso, correspondendo a uma média de 1 curso/ano. No período 1996-2005 foram criados 63 novos cursos, equivalendo a 6,3 cursos /ano. A Tabela 4 mostra a distribuição dos cursos de acordo com a categoria administrativa, na qual observamos que, entre 1991 a 2005, foram criados 22 cursos no setor público contra 45 no setor privado, e que esse incremento se deu principalmente após 1996.

Tabela 4
Distribuição dos Cursos de Graduação em Medicina, por Categoria Administrativa Brasil 1991-2005

Ano	Total Geral	PUBLICA				PRIVADA		
		Total	Federal	Estadual	Municipal	Total	Particular	Comut/ Confes/Filant
1991	80	46	32	11	3	34	34	
1992	80	48	32	11	5	32	32	
1993	80	48	32	11	5	32	32	
1994	81	49	33	11	5	32	32	
1995	85	52	35	14	3	33	33	
1996	86	51	33	15	3	35	35	
1997	88	50	33	14	3	38	38	
1998	92	52	33	15	4	40	40	
1999	97	52	33	15	4	45	10	35
2000	100	52	34	15	3	48	15	33
2001	106	55	36	16	3	51	15	36
2002	115	61	38	18	5	54	19	35
2003	126	65	38	21	6	61	22	39
2004	136	68	39	23	6	68	30	38
2005	149	68	39	23	6	79	33	46

Fonte: MEC/Inep/Deaes

Em 1991, 57,5% dos cursos ofertados eram públicos e em 2005, essa oferta é de 46,26%. Nos períodos posteriores à aprovação da LDB, até 2005, registrou-se um crescimento do setor privado de 45,71% no período 1991-2001, e de 54,9%, entre 2001-2005. Essa relação se estreita a partir de 1998 com a retração de participação do setor público que passa a representar 56%; em 2004 se equivalem e em 2005 o setor privado supera o público com a oferta 54% enquanto o público com 46%.

Um aspecto relevante na análise sobre a oferta de cursos de graduação refere-se a sua organização acadêmica, conforme dados apresentados na Tabela 5, na qual observamos que os cursos da área da Saúde e Bem Estar, em 2005, possuem o mesmo perfil da educação superior do país, com 56% (12730) dos cursos ofertados pelas Universidades, 23% (519) por outros estabelecimentos, representados por Faculdades e Escolas, 17% (391) por Centros Universitários e 4% (97) por Faculdades Integradas.

Tabela 5
Distribuição dos Cursos de Graduação da Área da Saúde e Bem Estar
por Organização Acadêmica - Brasil – 2005

Área Detalhada/ programa ou curso	Total geral	Universidades			Centros Universitários			Faculdades Integradas			Outros Estabelecimentos		
		Total	Públicas	Privadas	Total	Públicas	Privadas	Total	Públicas	Privadas	Total	Públicas	Privadas
Enfermagem e atenção primária	469	253	86	167	73		73	19	2	17	124	8	116
Farmácia	268	167	46	121	52		52	9	1	8	40	1	39
Medicina	149	104	63	41	10		10	3		3	32	6	26
Odontologia	179	128	50	78	20		20	9	2	7	22	2	20
Saúde (cursos gerais)	199	104	28	76	38	1	37	12		12	45	4	41
Serviço Social e orientação	194	107	39	68	22		22	12	1	11	53	5	48
Tecnologias diagnóstico e tratamento médico	46	25	2	23	6		6	0	0	0	15	5	10
Terapia e reabilitação	776	385	92	293	170	2	168	33	3	30	188	5	183
TOTAL	2.280	1.273	406	867	391	3	388	97	9	88	519	36	483

Fonte: MEC/Inep/Deaes

A Medicina diferencia-se dentro da área, pois além de ter 69,8% (104) de seus cursos ofertados por Universidades, desses 61% (63) em Universidade Pública. É também o que registra a maior oferta de cursos de graduação públicos, 46,31% (69).

Outro indicador importante, na análise sobre esse nível de ensino, corresponde ao quantitativo de matrículas nos cursos de graduação presenciais, conforme observamos na Tabela 6, em que os cursos da área de Ciências Sociais, Negócios e Direito concentram 41,60% do total de matrículas na educação superior do país, com grande concentração no setor privado. Dentre as áreas de menor oferta de cursos, a de Agricultura e Veterinária é também a que possui uma das menores taxas de matrículas, com prevalência no setor público.

De acordo com Ristoff e Giolo (2006), o modelo de expansão na oferta de cursos adotado no país, principalmente a partir de 1996, privilegiou aqueles que tinham o “maior apelo popular” (p.17), direcionando a oferta para poucos cursos, o que ocasionou um desequilíbrio no panorama das vocações profissionais dos jovens brasileiros,

Do total das matrículas na educação superior em 2004, mais da metade (52,2%) concentra-se em apenas seis cursos: Administração, Direito, Pedagogia, Engenharia, Letras, Comunicação (IBIDEM).

Os autores apontam também para o desequilíbrio vocacional que está sendo produzido, exemplificando que o total de matrículas no curso de administração supera em mais de 10% o total de matrículas em 10 cursos da área da saúde juntos – Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

Tabela 6
Cursos de Graduação Presenciais e Matrículas por Área de Conhecimento segundo Categoria Administrativa - Brasil 2005

Áreas Gerais, Áreas Detalhadas e Programas e /ou Cursos	Cursos						Matrículas					
	Total		Público		Privado		Total		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Básicos programas gerais							2.626	0,06	585	22,28	2.041	77,72
Agricultura e Veterinária	455	2,23	258	56,70	197	43,30	97.280	2,18	57.133	58,73	40.147	41,27
Ciências sociais, Negócios e Direito	5815	28,50	855	14,70	4960	85,30	1.852.373	41,60	265.784	14,35	1.586.589	85,65
Ciências, Matemática e Computação	2282	11,18	623	27,30	1659	72,70	377.818	8,48	130.587	34,56	247.231	65,44
Educação	6397	31,35	3003	46,94	3394	53,06	904.201	20,30	376.630	41,65	527.571	58,35
Engenharia, Produção e Construção	1510	7,40	612	40,53	898	59,47	344.714	7,74	150.460	43,65	194.254	56,35
Humanidades e Artes	916	4,49	295	32,21	621	67,79	156.888	3,52	66.683	42,50	90.205	57,50
Saúde e Bem Estar Social	2280	11,17	454	19,91	1826	80,09	622.464	13,98	131.631	21,15	490.833	78,85
Serviços	752	3,69	91	12,10	661	87,90	94.792	2,13	12.696	13,39	82.096	86,61
Total	20407		6191	30,34	14216	69,66	4.453.156		1.192.189	26,77	3.260.967	73,23

Fonte: MEC/Inep/Deaes

Sobre o total de matrículas na educação superior no país, em 2005, 73,23% estão no setor privado e 26,77 % no público.

Sobre o número de cursos de graduação e matrículas na Medicina, os dados da Tabela 7 registram acréscimo de 69 novos cursos no período entre 1991 e 2005, o maior crescimento ocorreu nos cursos universitários privados, apesar das universidades públicas ainda ofertarem grande parte do número de cursos, o que se reflete na maior concentração de matrículas nesse setor. No entanto, devemos atentar para as taxas de crescimento que refletem de alguma maneira as políticas de privatização do período, assim o setor universitário privado teve um crescimento de 242% enquanto o público registrou 57,5%.

Em relação à configuração do curso de graduação em Medicina, no período de 1991 a 2005, podemos concluir que, apesar de manter características próprias,

que por vezes diferem dos demais cursos da área de Área de Saúde e Bem Estar, a grande expansão ocorreu no setor privado, seguindo a tendência da educação superior brasileira no período, no entanto, o setor público ainda mantém pequena vantagem na concentração de matrículas (50,71). O ensino de medicina no Brasil é majoritariamente ofertado pelas Universidades. Entre as Universidades públicas prevalece a oferta pelas Instituições Federais, com 39 cursos.

Tabela 7

Demonstrativo do Número de Cursos e Matrículas de Graduação em Medicina por Organização Acadêmica e Categoria Administrativa - Brasil - 1991, 1998, 2005

Ano	Total Geral	Universidade			Centro Universitário		Faculdades Integradas		Escolas e Institutos Faculdades Isoladas		
		Total	Públicas	Privadas	Total	Privadas	Total	Privadas	Total	Públicas	Privadas
1991											
Cursos	80	52	40	12	-	-	2	2	26	6	20
Matrículas	46.881	30.469	25.334	5.135	-	-	797	797	15.615	3.053	12.562
1998											
Cursos	92	69	46	23	1	1	3	3	19	6	13
Matrículas	50.879	37.613	26.605	11.008	782	782	1.791	1.791	10.693	2.656	8.037
2005											
Cursos	149	104	63	41	10	10	3	3	32	6	26
Matrículas	68.834	52.005	32.398	19.607	2.790	2.790	1.582	1.582	12.457	2.510	9.947

Fonte: MEC/INEP/Deaes

Devemos destacar que, em 2005, 34 908 alunos estavam matriculados no curso de medicina do setor público, com maior prevalência para o setor federal que agregava aproximadamente 67% das matrículas públicas. O setor privado possuía 33 926 matrículas, sendo que as Instituições Comunitárias e Confessionais concentravam 71% delas. Outro aspecto relevante é que 76% das matrículas estavam em Universidade, sendo assim, podemos supor que o ensino médico, em sua grande maioria, é feito pela interação com pesquisa e extensão.

1.4.2 Distribuição Geográfica de Cursos e Vagas

Quando avaliamos a distribuição regional da educação superior no país, verificamos que a expansão quantitativa não ocorreu de forma equitativa, refletindo a desigualdade na distribuição entre as regiões. A concentração está nas regiões Sul e Sudeste, uma característica que reforça a lógica de mercado presente nas políticas de educação da década de 1990, segundo o qual o investimento privado prevalece onde existe o potencial consumidor para o produto, ou seja, em regiões

com maior poder aquisitivo. Nessas regiões, em 2005 situavam-se 65% das IES e 65,8% dos cursos de graduação, e a região Norte com menores concentrações, 6% e 7% respectivamente. Os cursos da área da saúde seguem a mesma tendência, a região Sudeste possui 55%, e a região Norte 7% desse total.

No tocante ao curso de Medicina, percebemos, no período compreendido entre 1998 e 2005, um maior esforço na oferta de cursos nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, visto serem regiões em que a relação médico e habitante são as menores do país ¹³ e desta maneira justificou-se maior investimento, principalmente público. Apesar da tendência de aumento das taxas de crescimento na oferta de vagas privilegiar as regiões menos desenvolvidas do país, em 2005 prevalece a maior oferta de cursos na região Sudeste, a região Nordeste representa a segunda oferta, diferentemente do ano de 1998, e de outros cursos de graduação, quando a Região Sul ocupava essa posição. A Tabela 8 apresenta a distribuição de cursos e vagas por região.

Tabela 8

Distribuição de Cursos e Vagas para Graduação em Medicina – segundo Região e Categoria Administrativa - Brasil 2005

Região	Cursos			Vagas		
	Total	Público	Privados	Total	Público	Privados
Norte	12	8	4	1057	707	350
Nordeste	30	22	8	2428	1588	840
Sudeste	71	20	51	8205	2302	5903
Sul	25	13	12	2072	1135	937
Centro Oeste	11	6	5	899	412	487
Total	149	69	80	14661	6144	8517

Fonte: MEC/INEP/Deaes

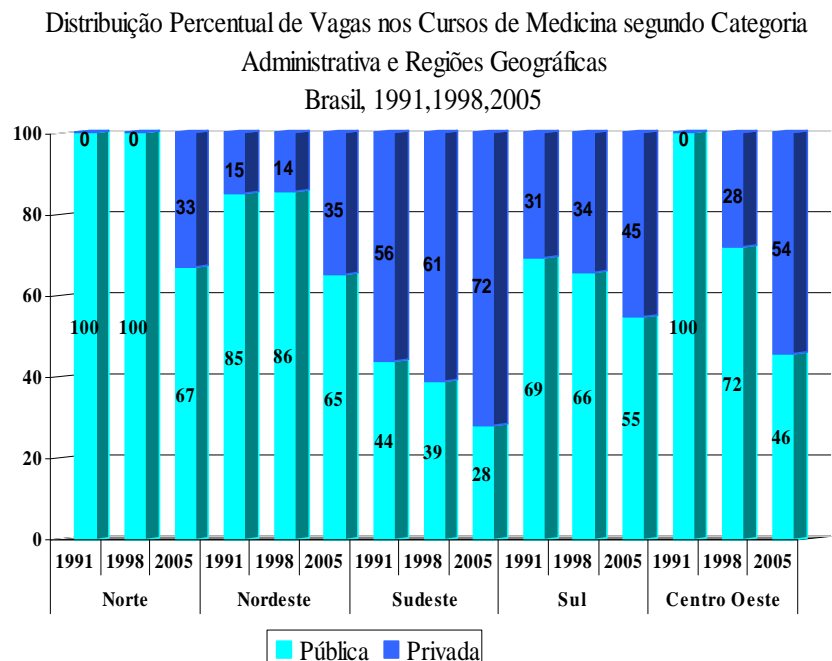
Ainda que se verifique maior participação de outras regiões, em 2005, se analisada a série histórica dos últimos dez anos, podemos deduzir que no país não houve uma política de desconcentração das Instituições de ensino médico, o que contribuiu para a iniquidade de acesso da população a serviços de saúde

¹³ Não utilizamos como em alguns estudos sobre a distribuição de vagas em cursos de Medicina, o indicador de 1 médico para cada 1000 habitantes como recomendação da Organização Mundial da Saúde, visto que essa organização esclarece numa nota juntamente com a Organização Pan Americana de Saúde que: “não recomendam nem estabelecem taxas ideais de número de leitos por habitante a serem seguidas e cumpridas por seus países-membros. Tampouco definem e recomendam o número desejável de médicos, enfermeiros e dentistas por habitante [...]”. Esclarecem que alguns dos indicadores atribuídos a OMS, foram de mais de 30 anos atrás, quando em 1972, foi concluído com a cooperação da OPAS, um plano Decenal de Saúde para as Américas, o documento oficial número 118, que continha uma série de recomendações para os países americanos. Afirmam ainda no documento de esclarecimento que os governos nacionais regionais e locais, têm autonomia para definir suas políticas de saúde e podem estabelecer em conjunto ou separadamente, metas a serem atingidas Disponível: www.opas.org.br/sistema/fotos/leitospdf. Acesso: 15 de junho de 2008

(AMÂNCIO FILHO et. alii, 2006). Como menciona Ceccim (2005a), “o equilíbrio entre a distribuição das ofertas de formação e a distribuição da população, bem como a criação de mecanismos que favoreçam o acesso aos cursos para pessoas oriundas de regiões remotas precisa se tornar uma política pública ou institucional” (p.42).

A análise do Gráfico 1 revela a evolução da oferta de vagas nos cursos de medicina nos anos de 1991, 1998 e 2005. Na Região Norte, em 1991 e 1998, 100% das vagas eram públicas, em 2005 essas representavam 66,9% contra 31,11 do setor privado; na Região Nordeste, em 1991 e 1998, o setor público contribuía com 85% das vagas, em 2005 essa contribuição atingiu 65,4%; na Região Sul, 69,4% das vagas estavam no setor público, em 1998, chegou a 65,8 % e em 2005, 54,8%. Na Região Centro Oeste, 100% de suas vagas estavam no setor público em 1991, no entanto em 1998, esse valor atingiu 72,% e em 2005, predominou a oferta de vagas pelo setor privado, com 52,2%. Na Região Sudeste, sempre houve a prevalência de oferta de vagas pelo setor privado, sendo que em 1991, esse representava 56% e em 2005 equivale a 72%.

Gráfico 1



Fonte: MEC/Inep/Deaes

Constatamos que o investimento no crescimento dessa oferta nas regiões, ocorreu pela rede privada, no entanto, em 2005, à exceção das regiões Sudeste e Centro Oeste, nas demais regiões prevalecia à oferta de vagas públicas, embora

venha diminuindo a cada ano, conforme podemos observar no Gráfico 1. É preciso resgatar a função do controle social no processo de oferta de cursos e vagas, buscando não só atender a uma demanda quantitativa, mas que seja acompanhada por indicadores de qualidade.

Sobre a oferta de vagas para Educação Superior, em 2005, 12,8 % eram públicas e 87,2% % privadas. Sobre essa oferta no período em análise, constatamos que os índices de expansão no setor privado não tiveram o mesmo reflexo nos de inscritos e ingressos, ou seja, a cada ano diminui o número daqueles que se inscrevem para concorrer a uma vaga nas Instituições privadas, conforme podemos observar na Tabela 9.

Tabela 9

Relação Candidatos Inscritos e Vaga segundo Categoria Administrativa
Brasil 1996 – 2005

Categoria Administrativa	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Geral	4,0	3,9	3,6	3,5	3,3	3,0	2,8	2,4	2,2	2,07
Pública	7,5	7,4	7,5	8,0	8,9	8,7	8,9	8,4	7,9	7,4
Privada	2,5	2,6	2,2	2,2	1,9	1,8	1,6	1,5	1,3	1,3

Fonte:MEC/Inep/Deaes

Em razão da baixa procura pelas vagas no setor privado, observamos a evolução de vagas ociosas nesse setor, atingindo em 2004, 49,5 % de vagas não preenchidas tendo em 2005 uma pequena melhora, mantendo valores acima de 40%. Na Tabela 10, podemos observar as diferenças percentuais, entre o setor público e o privado.

Tabela 10

Evolução do Percentual de Vagas Ociosas segundo Categoria Administrativa
Brasil 1996 – 2005

Categoria Administrativa	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Geral	19,0	17,9	17,6	18,7	26,2	26,4	32,0	36,9	43,8	42,6
Pública	9,3	6,2	6,6	4,7	5,1	4,6	5,0	5,0	6,8	7,9
Privada	22,9	22,4	21,6	23,0	31,5	31,2	37,4	42,2	49,5	47,7

Fonte:MEC/Inep/Deaes

Podemos inferir que, entre os motivos para os elevados indicadores de vagas não preenchidas, figuram as condições sócio-econômicas da população brasileira,

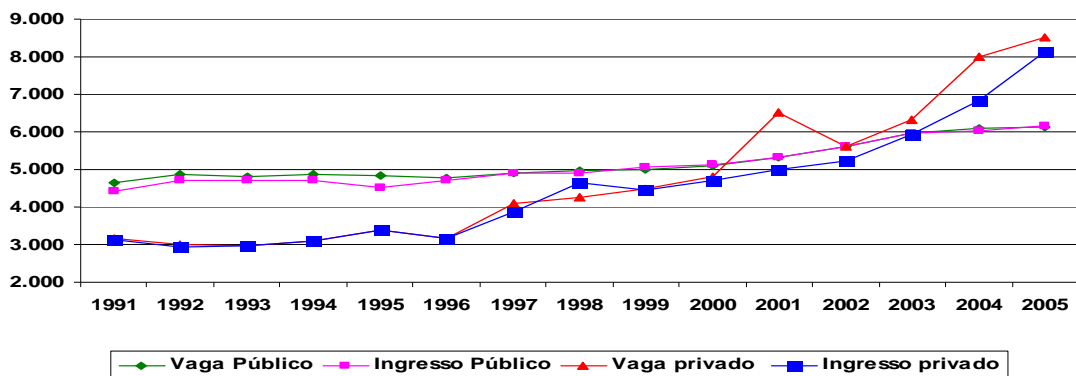
que impossibilitam o pagamento de anuidades nas IES privadas, diferentemente do que apontam esses indicadores no curso de medicina.

Analisando as características dos Cursos de Medicina frente a outros cursos de graduação, destacamos a alta relação entre o número de candidatos inscritos e vagas que, conforme dados do Censo da Educação Superior em 2005, correspondia a uma relação de 21,4 candidatos por vaga, e no setor público essa relação chega até a 35,2.

Ainda sobre a oferta de vagas para o Curso de Medicina no Brasil, constatamos que das 14 661 vagas oferecidas em 2005, 58% estavam no setor privado e 46% no público. A política de privatização do ensino superior do país estendeu-se a esses cursos, conforme percebemos na análise sobre a evolução da oferta de vagas nos anos de 1991 a 2005 houve maior crescimento do setor privado em detrimento do público. Assim como na oferta de cursos, a partir de 1998, diminuiu a diferença entre as vagas oferecidas pelo setor público e privado (Gráfico 2) e, em 2000, ocorreu a inversão percentual que se manteve até 2005.

Gráfico 2

Vagas e Ingressos nos Cursos de Graduação em Medicina segundo Categoria Administrativa - Brasil 1991-2005



Fonte:MEC/INEP/Deaes

Quanto ao ingresso, no curso, em razão da alta procura, temos taxas de ocupação superiores às de outras áreas, inclusive no setor privado, que em 2005 representava 4,6%, enquanto a média no Brasil de vagas privadas ociosas na educação superior esteve em torno de 47,7%. As taxas de conclusão do curso foram altas, próximas a 100%, o que representa baixa desistência do curso de graduação.

Podemos entender esses indicadores analisando o perfil sócio-econômico da área, divulgado no ENADE 2004 (BRASIL, 2004b), em que mais de 85% dos alunos não trabalhavam e não possuíam despesas familiares, logo seus estudos eram financiados pelos pais, e 50% indicaram a renda familiar entre 3 a 20 salários mínimos.

Sobre a política de Educação Superior nesse período, podemos afirmar que teve um caráter expansionista, que privilegiou o setor privado, e que, apesar de registrar crescimento, manteve as desigualdades regionais, na oferta dos cursos nas áreas de conhecimento e não resultou em melhoria nas metas do Plano Nacional de Educação.

Quando agregamos os dados do PNAD/IBGE 2005 sobre a taxa de escolarização bruta e líquida, temos que, apesar da expansão da educação superior no país nos últimos anos, as taxas de escolarização ainda são muito baixas, uma das razão do acentuado nível de exclusão econômico-social no país.

A taxa de escolarização bruta marca a presença de estudantes na educação superior, independente de sua idade, em 2005, na média nacional, essa taxa estava em torno de 19,9%, persistindo as diferenças regionais - a região Nordeste possuía a menor taxa, 11,9%, e a região Sul, a maior, 27,8%.

A taxa de escolarização líquida expressa as matrículas na educação superior de estudantes na faixa etária de 18 a 24 anos, em 2005 estava em torno de 11,2% no país, persistindo menor taxa no Nordeste, especificamente em Alagoas com 4,4%. A maior taxa estava no Distrito Federal com 19,0%. De acordo com o Plano Nacional de Educação, está previsto até 2011 que pelo menos 30% da faixa etária entre 18 e 24 anos estejam matriculados na educação superior e que 40% das vagas sejam públicas. Os números apresentados apontam para a necessidade de mudança na direção das políticas até agora adotadas, mesmo considerando as dificuldades que o Brasil terá para atingir essa meta.

Na área da Saúde de Bem Estar, destacamos a mobilização da Categoria Médica no acompanhamento e avaliação das políticas de educação superior implantadas, o que caracteriza como um agente importante no processo de contenção da expansão dos cursos de Medicina, com reflexos em outros cursos da área, conforme veremos no Capítulo II.

1.4.3 Diretrizes Curriculares Nacionais – possibilidades de mudanças

Na reforma da educação superior, a discussão curricular pautada nas críticas de docentes e discentes aos currículos vigentes, também teve centralidade. O documento elaborado pelo Departamento de Políticas do Ensino Superior da Secretaria do Ensino Superior do MEC, denominado Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação, integrava as críticas sobre o currículo mínimo, o excessivo detalhamento do conteúdo das disciplinas e carga horária que impedia a adoção de projetos pedagógicos mais atualizados e que contemplassem as demandas da sociedade; apontava para a necessidade de atualizar o perfil do profissional a ser formado, considerando as transformações ocorridas em cada área, dentro das diversas profissões.

O processo para elaboração das Diretrizes Curriculares iniciou-se em 1995, por meio da Lei nº 9.131 de 24 de novembro (BRASIL, 1995^a), que estabeleceu como atribuição da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação a elaboração dos projetos de Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em dezembro de 1996, definiu que caberia à União a criação de normas gerais. Nessas discussões, ressaltamos a importância do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Graduação (For-Grad) na divulgação e incentivo da proposta de criação de diretrizes curriculares, mobilizando a comunidade acadêmica, através de suas instituições de educação superior, a participarem do processo. Também participaram algumas categorias profissionais, unindo-se às IES, promovendo encontros e seminários para discussão e elaboração das propostas.

Em dezembro de 1997, pelo Edital nº 4 da SESu/MEC, foi solicitado que as IES enviassem propostas para a elaboração das Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação. Os princípios orientadores adotados para as mudanças curriculares dos cursos de graduação foram: a) flexibilidade na organização curricular; b) dinamicidade do currículo; c) adaptação às demandas do mercado de trabalho; d) integração entre a graduação e pós-graduação; e) ênfase na formação geral; f) definição e desenvolvimento de competências e habilidades gerais. Concomitante, o Conselho Nacional de Educação aprovou em 3 de dezembro de 1997, o parecer nº 776/97 (BRASIL, 1997 a) que trata da orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Nesse documento, o Conselho é favorável à eliminação da

“figura dos currículos mínimos”, propondo uma maior flexibilidade na organização dos cursos e carreiras profissionais, incluindo, dentre outros, os seguintes princípios: ampla liberdade na composição da carga horária e unidades de estudo a serem ministradas, pensar o tempo necessário para formação, evitando o seu prolongamento, formação geral consistente, práticas de estudo independentes, reconhecimento de habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, articulação teoria – prática, e, por último, destaca a necessidade de introdução de mecanismos de avaliação periódica para o processo de ensino-aprendizagem.

Em uma avaliação sobre o processo de reorganização curricular, desencadeada nesse período, Catani, Oliveira e Dourado (2001) destacaram que a questão da flexibilização curricular, em contraposição à rigidez imposta pelos currículos mínimos, já vinha sendo há muito tempo debatida por diversas instituições e pelos movimentos docentes e discentes objetivando “romper com a lógica cartorial e fragmentada originária da reforma universitária de 1968” (p.77).

Principalmente para as universidades, nas discussões sobre identidade institucional e sobre os projetos de formação das IES, a questão sobre a flexibilização curricular era compreendida como possibilidade de “oxigenação” dos componentes curriculares e teria relação intrínseca com o projeto de formação de cada IES, não se reduzindo às demandas e parâmetros do mercado. Para os autores

A questão central nesse cenário de diversificação e diferenciação de educação superior no Brasil, no tocante à reformulação curricular dos cursos de graduação, não parece ser o da flexibilização curricular em si, uma vez que esta é expressão de diferentes concepções e desdobramentos acadêmicos. Por essa razão, é preciso ter claro que a política oficial, ao se apropriar e redirecionar essa temática, em uma perspectiva pragmática e utilitarista de ajuste ao mercado, reduz a função social da educação superior ao ideário de preparação para o trabalho, a partir de redefinição de perfis profissionais baseados em habilidades e competências hipoteticamente requeridas pelo mercado de trabalho em mutação (2001, p.77).

Na área da Saúde, há muitos anos já existia um movimento que discutia as necessidades de mudanças na formação dos profissionais da saúde. Feuerwerker (2006) aponta que esse movimento já existia antes mesmo da própria criação do SUS, que grande parte dos quadros do movimento sanitário foi “originalmente agente ativo de projetos de mudança na formação, como os de integração-docente assistencial” (p.78). A necessidade de mudança deixava de ser uma preocupação

exclusiva das escolas e faculdades, envolvendo os segmentos profissionais. Com a implantação do SUS e principalmente a partir das experiências de articulação das instituições de ensino com o SUS e os movimentos populares, reforçou-se o movimento pela definição das diretrizes curriculares tendo como base as necessidades do SUS. Assim, a partir da implantação das Políticas de Saúde nos anos 1990, ficou mais evidente o descompasso entre o perfil de formação dos profissionais e a realidade dos serviços de saúde.

Após a publicação do Edital n 4 da SESu/MEC, se integraram na discussão as unidades formadoras, o Projeto CINAEM¹⁴ e a Rede Unida. Esta se destacou no trabalho de mobilização de seus associados na formulação e debate das propostas, assim como na sistematização, que contou com a colaboração de consultores especializados no campo da formação de profissionais de saúde. Além desse trabalho, a Rede Unida participou de inúmeras audiências públicas, fóruns, seminários e eventos, promovendo encontros com a finalidade de aprofundar as análises e construir propostas que representassem os anseios de todos. Assim o debate sobre as diretrizes curriculares propiciou uma ampla mobilização de todos os cursos da área, em torno das necessidades se estabelecer o perfil do profissional que viesse atender às demandas das Políticas de Saúde.

Com esse trabalho da Rede Unida apresentaram-se as primeiras propostas de diretrizes para vários cursos da saúde, por meio do documento denominado “Contribuição para as novas diretrizes curriculares da área da saúde”, cujo objetivo era oferecer subsídios para as comissões dos cursos de graduação elaborarem as diretrizes dos cursos de formação da saúde do século XXI. Nesse documento, ressaltou-se que a diversidade e a complexidade dos campos de atuação dos profissionais de saúde requerem um novo delineamento para o âmbito específico de cada profissão. Entretanto, todos os profissionais deveriam estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), compreendidas como um conjunto de experiências de aprendizagem concretas e práticas, focadas em atividades que se realizassem nos contextos ou situações reais de trabalho e, desta forma, que possibilitassem a sua interação e atuação multiprofissional, visando como beneficiários os indivíduos e à comunidade, promovendo a saúde para todos. Para tanto, apresentou as competências de: atenção á saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente

¹⁴ Sobre o trabalho do Projeto CINAEM, discutiremos mais detalhadamente no Capítulo II.

(REDE UNIDA, 1998). Esse documento foi entregue às Comissões de Especialistas da SESu e à Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Nas discussões, os cursos da área da saúde concordavam com a ruptura ao modelo de currículo mínimo obrigatório para as carreiras. Os movimentos de mudança na graduação buscavam que a noção de *diretrizes* indicasse como possibilidade a desejável perspectiva transformadora da formação de profissionais de saúde. As Diretrizes Curriculares dos cursos da área foram, em sua maioria, aprovadas entre 2001 e 2002, e identificam que na formação desses profissionais devem ser contemplados o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

Considerando a implementação das Diretrizes Curriculares, seus avanços e dificuldades, foram gerados vários espaços de diálogo e construção coletiva, a partir da criação, em julho de 2004, do Fórum Nacional de Educação das Profissões na área da Saúde (FNEPAS), um espaço de articulação e parceria para o fortalecimento de ações direcionadas para a transformação das profissões da área. Integram o FNEPAS as associações de ensino dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia, psicologia, serviço social, fonoaudiologia e terapia ocupacional, a Rede UNIDA, a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino e o GT de Recursos Humanos da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

O FNEPAS vem se caracterizando como um ator social comprometido com as transformações da educação em saúde no Brasil, e tem, como principal objetivo, contribuir para o processo de mudança na graduação, partilhando da concepção de integralidade na atenção e na formação em saúde. De acordo com Lima e Pereira (2005), a articulação das entidades que constituem o FNEPAS pode vir a contribuir para ultrapassar a fragmentação herdada da visão positivista de ciência e possibilitar uma educação onde a regulação das instituições de ensino pela avaliação, possa valorar o compromisso social com as Políticas Públicas de Saúde, além da relação intercursos e as experiências de ensino-aprendizagem criativas, para que se construa uma educação permanente, intersetorial e multiprofissional.

Na área da Medicina, nas discussões sobre as Diretrizes Curriculares, além das escolas médicas participaram o Projeto do CINAEM e a ABEM, que tem o reconhecimento das escolas para a coordenação dos encontros de discussões e unificação das propostas.

O CINAEM apresentou, em 1999, suas contribuições ao debate nacional, com um documento sobre as diretrizes para a formação médica e orientações dirigidas à escola médica, que abrangia o processo de formação, docência e avaliação. Esse documento foi elaborado com base nas análises dos dados sobre o ensino médico desenvolvido nas fases do projeto.

A primeira proposta encaminhada pela Comissão de Ensino Médico da SESu, em abril de 1999, segundo Stella e Campos (2006), foi considerada pela ABEM muito conservadora, apesar de conter perfil, competências e habilidades compatíveis com as propostas transformadoras. Por outro lado, a sua organização curricular e seus conteúdos não enfatizavam a atenção primária, não favoreciam a integração e a interdisciplinaridade, o ensino extramuros, a aproximação com os serviços de saúde e a comunidade, nem faziam referência a metodologias de ensino aprendizagem que estimulassem o estudante a aprender a aprender, capacitando-o para a educação permanente. A ABEM, após ouvir os gestores das escolas médicas que se mostravam insatisfeitos e preocupados com os encaminhamentos, solicitou o apoio da Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde, que se apresentava interessada na formação de recursos humanos para o SUS, e ainda o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde para negociar com a SESu a revisão crítica da proposta encaminhada e posterior compatibilização com aquelas encaminhadas pela Rede Unida e pelo CINAEM.

Assim, em janeiro de 2000, diretores e coordenadores de 63 cursos de Medicina do país realizaram a revisão do documento proposto pelo SESu. Após essa análise, elaboraram um documento de consenso, que foi aprovado no Congresso da ABEM em setembro do mesmo ano e posteriormente encaminhado à Comissão de Especialistas em Ensino Médico do SESu.

Uma nova audiência pública foi solicitada pela ABEM e pela RedeUnida ao Conselho Nacional de Educação, a qual se realizou em agosto de 2001, com a presença de representações da Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde, Diretoria de Políticas da Secretaria de Educação Superior do Ministério de Educação e da Organização Pan-Americana de Saúde, além de outras associações profissionais da área da Saúde. Nessa ocasião, foram apresentadas e discutidas as propostas nacionais de diretrizes curriculares da área, encerrando assim a fase de elaboração de propostas. Por fim, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Medicina foram aprovadas, com poucas modificações na proposta construída

consensualmente pela ABEM, Rede Unida e outras entidades, pela Resolução nº 4/2001, que, após homologada pelo Ministro da Educação, foi publicada no Diário da União em 3 de outubro de 2001.

Após essa aprovação, a ABEM continuaria o seu papel de articulador, discutindo e colaborando com a Secretaria de Políticas do Ministério de Saúde e com a Diretoria de Políticas do SESu do Ministério da Educação, no desenvolvimento de propostas de incentivo às transformações curriculares nos cursos de Medicina, tendo participado ativamente da implementação dos programas de reorientação profissional propostos por esses Ministérios, como veremos no capítulo seguinte.

Entre os agentes, registramos a divergência sobre as políticas de educação implantadas a partir da década de 1990, criticadas pelo Ministério da Saúde. Esse Ministério reconhece que na última década ocorreu uma contradição entre as Políticas de Saúde e de Educação. Enquanto na Saúde propunha-se a construção de um sistema único, notadamente público, a descentralização da gestão e /ou dos serviços assistenciais, a construção de espaços de negociações intergestores e de controle social e a busca da universalidade do acesso, na educação presenciamos a privatização e o sucateamento das universidades públicas federais, seguindo um modelo de ensino centrado na aprendizagem de caráter verticalista, normativo e disciplinar. Reconhece que não pode “depender de uma transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinala pelo SUS” (BRASIL, 2005^a, p.15), e assumiu o papel indutor, juntamente com o Ministério da Educação, no direcionamento aos processos de mudanças que permitam a formação de profissionais de saúde para um atendimento à saúde mais equânime e de qualidade.

Constatamos que, no campo de formação médica, o Ministério da Saúde e o da Educação são compreendidos como agentes do campo, e, apesar de terem nas décadas de 1990 algumas políticas divergentes, com relação a esse campo, possuem em comum a crença da necessidade de mudança do perfil do profissional da saúde, principalmente do médico, manifestada nas Diretrizes Curriculares Nacionais da área. Assim, são utilizadas estratégias de sensibilização com o objetivo de inserir as unidades formadoras nesse projeto de transformação. O Ministério da Saúde a partir da necessidade de profissionais com o perfil delineado para atendimento às Políticas Nacionais de Saúde, como o grande empregador dos profissionais de saúde. O Ministério da Educação, com a responsabilidade de

coordenação e de avaliação da Educação Superior do país, ensejou a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais, que na área da Saúde tiveram como parâmetro o perfil do profissional para atender ao Sistema Nacional de Saúde.

Em 2003, foi lançado o Programa Nacional de Incentivos a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) e, em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), iniciativas que visam à aproximação entre a formação de graduação dos profissionais de saúde do país e as necessidades da atenção básica no Brasil.

Sobre o papel indutor do Ministério da Saúde, analisamos os documentos encaminhados a esse Ministério pela Faculdade de Medicina da UFG onde realizamos nossa pesquisa, entre eles, a proposta técnica aprovada e os relatórios semestrais. Dessa análise, constatamos que o Ministério da Saúde não só teve a iniciativa de propor os programas, mas também maior participação, assumindo os seus custos e o acompanhamento. Quando perguntamos aos docentes e discentes da instituição bem como para o técnico da Secretaria Municipal de Saúde, sujeitos que participaram e ainda participam dos programas de reorientação profissional, como percebiam esse papel do MS, a grande maioria considera que é competência do Ministério da Saúde essa indução, uma vez que ele é o maior empregador e a ele caberia esse investimento, no entanto, na avaliação dos entrevistados a sua presença não foi efetiva e ainda, que o Ministério da Educação só se integrou visto que as Instituições de Educação Superior estão a ele subordinadas. As entrevistas, a seguir, permitem essa análise:

Eu acho que é uma iniciativa muito boa do Ministério da Saúde (MS), primeiro com o PROMED (só Medicina) e agora com o Pró Saúde, incluindo a Enfermagem e Odontologia, considero inclusive que eles deveriam, e já tem estudo nesse sentido, expandir para outros cursos da área da saúde. A participação do MS é com financiamento, grande financiamento, que as escolas não têm, uma coisa é você funcionar na pobreza das federais que a gente vive, outra coisa é você ter esse recurso, para proceder as mudanças necessárias (DGA2).

Então o que aconteceu, quando o governo implementou o PSF [...] entendo que, primeiro sinalizou-se, é importante trabalhar com a família, com atendimento básico, com prevenção e promoção da saúde, isto significava uma mudança de paradigma, a medicina voltada para outro sentido. Quando aconteceu isso e as pessoas começaram a ter que trabalhar no PSF começamos a sentir muito mais que o profissional estava despreparado[...]então o Ministério da Saúde que está na frente começou a sentir esta questão de uma maneira muito forte. O Ministério da Educação é um pouco atrasado em relação a essa questão, porque está mais voltado

para dentro da universidade, é assim que eu vejo, até hoje, o Ministério da Saúde tem muito mais dinheiro que o Ministério da Educação, também desta forma, Ministério da Saúde com o PSF, sentiu a necessidade de profissionais com perfil diferenciado para atuar “porque os que estão lá, não estão dando conta(DGA3).

A grande contradição do Ministério da Saúde é justamente essa. Em todas as reuniões que eu fui, e digo em todas, a minha primeira pergunta era: aonde está o Ministério da Educação? O Ministério da Educação nunca participou de reuniões do PROMED. Eu dizia: meu patrão é a Educação e estou na interface com a saúde[...] tem algo errado!!Quando foi elaborado o Pró Saúde, o MS e ME trabalharam relativamente juntos, mas não foi uma ação forte da educação, continuou sendo da saúde (DGA3).

Eu acho fundamental. Principalmente na agenda do SUS que nós temos de tanta necessidade acumulada, senão tiver essa indução, Serve também para pautar o gestor municipal. Considero essencial esse papel do Ministério da Saúde, não vejo só em relação à Universidade, de forçar a entrada dessa questão na agenda dos gestores dessas instituições e aí estou falando do reitor, dos pró-reitores, dos diretores e coordenadores de curso. Mas vejo também o papel que Ministério da Saúde incluindo-se dentro do próprio setor e desta forma, o art. 200, da Constituição, do papel do SUS na ordenação de recursos humanos, precisa ser cumprido (TSM).

Na avaliação desses entrevistados, existe o reconhecimento de que o Ministério da Saúde é o órgão que deve incentivar as mudanças na formação profissional, não só pela questão constitucional, mas também porque possui os recursos financeiros que viabilizam as mudanças necessárias na formação da graduação, conforme veremos em capítulos seguintes.

Analisando esse reconhecimento no campo de formação médica, poderíamos dizer que a estrutura do campo é dada pelas relações de força entre os agentes e as instituições que buscam através do jogo a hegemonia no interior do campo, ou seja, o monopólio da autoridade que lhe concede ditar as regras, de repartir o capital específico de cada campo. O campo desenvolve uma *doxa*, um senso comum e *nomos*, leis gerais que o governam. Assim, poderíamos dizer que o reconhecimento dos entrevistados, enquanto também agentes do campo, corresponderia a *doxa* do campo, ou seja, aquilo que visto como natural e que contempla a todos. Da mesma forma, uma vez que o Ministério da Saúde é visto como principal indutor da mudança percebemos que o seu investimento na transformação médica, representa uma estratégia para acumulação de capital no campo e assim obter a hegemonia no processo de orientação da formação médica.

Os Ministérios da Saúde e da Educação, ao indicarem a necessidade de políticas indutoras na reorientação para os profissionais de saúde, denunciam a

resistência das unidades formadoras para adotarem as diretrizes da Política Nacional de Saúde, em que se inclui o Sistema Único de Saúde, que além de ser uma disposição constitucional, representa uma conquista da sociedade brasileira e possui apoio expressivo dos movimentos sociais. Podemos afirmar que o que esses Ministérios apontam como resistência, poderia ser interpretado como um *habitus* da formação médica, que enfatiza a incorporação que os agentes adquirem durante todo um aprendizado passado, em que a formação médica especializada, autônoma em que as Políticas Públicas, nesse caso especificamente as de Saúde, eram vistos como ineficazes, e esse passado não está tão longínquo, visto que entre as propostas do governo de Fernando Henrique Cardoso, essas concepções foram a todo momento afirmadas.

Na medida em que analisamos as entrevistas dos agentes que participam da formação médica, percebemos esse *habitus*, visto que não se colocam explicitamente contra a Política Nacional de Saúde, no entanto apontam para obstáculos que precisam ser superados, e reconhecem a importância da formação para atuar nessa política, mas que se valorize a atuação desse profissional com melhoria das condições de trabalho.

Se não houver uma melhora na recepção lá no SUS dos Médicos formados, mesmo que eles estejam totalmente formados para esse sistema não irão. A situação atual é como o médico não está formado para esse atendimento, ele vira um encaminhador... não resolve nada na unidade básica, só encaminha... detona o restante do sistema de saúde. Isso acontece não é só porque o aluno não é bem formado. Se ele for bem formado quando chega lá não tem o remédio que deveria aplicar, não tem a estrutura mínima para que ele possa aplicar o que aprendeu. Então a UBS precisa estar bem equipada, medicação adequada, integração na equipe, que melhore um pouco, mas não totalmente. Precisa as condições para segurança do médico, a exemplo de nossa cidade tem postos de saúde que ninguém vai pelo risco a sua própria integridade[...]precisa que seja feita a outra parte, que para isso necessita de investimento (DFM5).

A minha percepção hoje, não digo que posteriormente não possa mudar, é que um dos graves problemas que levam o SUS a não se viabilizar é porque ele não valoriza os seus profissionais. Então pela má remuneração, eles têm muitos profissionais que trabalham poucas horas e que são poucas horas, com baixa qualidade, pouca dedicação profissional não faz acompanhamento adequado de seu paciente, não tem registro. Há uma rotatividade muito grande[...] Esses são fatores graves que no meu entender interferem na viabilização do SUS.

Então entendo, que o PROMED e o Pro Saúde não são as únicas ferramentas que o MS deve utilizar para viabilizar o SUS. São ferramentas interessantes, com certeza, porque o modelo acadêmico estava distante da

atenção primária. [...] Mas não pode dizer que isso, resolvido o SUS se viabiliza por conta própria, porque aí o MS esta se eximindo da sua responsabilidade de implantar uma política de Recursos Humanos para o SUS de abrangência nacional não se tem essa política, a exemplo do que se tem na magistratura, na carreira judiciária, em que a sociedade valorizou esse profissional e eles tem uma carreira o que não ocorre no SUS (DIS2).

A outra questão, é a mais séria, é uma relação com uma política de governo. Falo para o meu aluno na Medicina, o seu grande empregador é o SUS, você tem que estar preparado para trabalhar no SUS. Você não pode ser um especialista... Aí ele olha para mim[...] Eu sou especialista estou bem. Dei certo. Ele olha para outro professor especialista, da mesma maneira representa uma situação privilegiada... aí ele olha para um profissional que trabalho no SUS, esse ganha R\$ 1.000,00 por mês e tem 6 empregos, para ganhar o mesmo em cada um, permanecendo 4 horas em cada um... Ele fica 15 minutos, ele tem culpa sim, mas também tem culpa quem paga? Quem emprega? O que falta? [...]DGA3).

Compreendemos que a formação é um processo, e que nele estão envolvidos diversos fatores, os internos, inerentes à própria instituição de ensino no seu processo de formação, e os externos, relacionados ao mercado de trabalho entre outros, que acabam por definir a relação do agente social, nesse caso específico o profissional da saúde, com o espaço social. Nessa relação, insere-se o *habitus*, enquanto um sistema de “disposições duráveis” (BOURDIEU, 2003, p.57), reconhecido por uma classe, adquirido ao longo da formação, que acaba por caracterizar a forma de agir de um determinado grupo.

Quando mencionamos os profissionais de saúde, mais especificamente em nosso estudo do médico, precisamos ter clareza de que seu *habitus* profissional foi construído pelas próprias Políticas de Saúde que antecederam aos anos 1990 privilegiavam a especialidade, centradas na figura desse profissional como “chefe” de uma equipe, em que se tratava a doença e não o doente.

Dessa forma, podemos dizer que as políticas de reorientação dos profissionais de saúde precisam considerar que as práticas desses profissionais foram adquiridas por disposições duradouras durante o seu processo de socialização, mas, na medida em que novas experiências estruturam o campo, o *habitus* pode ser reestruturado. O próprio Bourdieu (2004^a) aponta que o *habitus* é uma estrutura interna sempre em via de reestruturação. No entanto precisamos considerar que não basta apenas a mudança na formação efetuada nas instituições formadoras, é necessário criar condições para que essa mudança possa ser colocada em prática, conforme a fala de agentes entrevistados.

Ainda tomando o conceito de campo de Bourdieu (2007), podemos definir o campo de formação do médico como uma rede ou uma configuração de relações objetivas entre posições, em que essas são determinadas objetivamente em sua existência e nas determinações que elas impõem aos seus ocupantes, agentes individuais ou coletivos tendo em vista sua atual situação na estrutura da distribuição das diferentes espécies de poder, é um campo em disputa. Para o autor, o campo compara-se a um jogo, em que, apesar de possuírem regras próprias, o que está em disputa é uma crença, um reconhecimento que escapa ao questionamento. Assim, na análise dos programas de reorientação dos profissionais de saúde, entendemos que o Ministério da Saúde, enquanto indutor do perfil do profissional de saúde, busca o seu reconhecimento no campo educacional, utilizando-se do direito constitucional e do capital econômico – financeiro para formação desse perfil. Os agentes do campo educacional – instituições educacionais, ao aderirem aos programas¹⁵, reconhecem que compete ao Ministério da Saúde essa indução, uma vez que necessitam do recurso financeiro para proceder às mudanças necessárias, mas não abrem mão de sua autonomia, na medida em que apresentam projetos dentro das características e possibilidades de suas instituições, mantendo ainda o controle sob a formação de seus alunos.

Por outro lado, o Ministério da Saúde apesar de acusar as instituições formadoras de resistência para mudanças curriculares dos cursos da saúde, aponta para experiências em que as discussões sobre as mudanças no perfil desses profissionais estavam presentes nos fóruns, seminários e associações, o que demonstra uma abertura para as transformações necessárias. Sobre esse movimento de mudança, principalmente nas organizações médicas, como agentes do campo, discutiremos no segundo capítulo.

¹⁵ Para seleção do PROMED, em 2002, apenas 47 escolas de medicina, das 126 registradas no Ministério de Educação na época se submeteram ao Edital, sendo que destas 20 foram selecionadas, conforme previsto na convocatória, correspondendo a uma cobertura de 15,9%.

CAPÍTULO II

Categoria Médica – agentes mobilizados para a transformação da Educação Médica

Neste capítulo, apresentamos as estratégias da categoria médica, importante agente no campo de formação médica, reconhecido pelo acúmulo de capital simbólico que define sua posição no campo. O capital simbólico significa o conjunto de bens utilizado na luta pela imposição da visão legítima do mundo pelos agentes, que possuem o poder à proporção do seu capital, ou seja, em proporção ao reconhecimento que obtêm do grupo. Assim, a categoria médica se faz reconhecer no campo por sua legitimidade científica representada pela participação na discussão sobre a formação médica, como membro na equipe de saúde e assim concorrer para efetivação da Política de Saúde.

Compreendemos que a relação desse agente com o espaço social é o que sustenta a construção do *habitus* médico. Segundo Bourdieu (2004^a), todo campo possui um *habitus* produzido por agentes especializados de discursos e ritos que têm, como função, criar o monopólio da cultura legítima, do arbitrário cultural que reproduz a estrutura do campo e das classes sociais. Para Setton (2002), a noção do *habitus* auxilia a pensar as características de uma identidade social sendo um sistema de orientação ora consciente ora inconsciente. Constitui-se como uma matriz cultural que direciona os indivíduos a realizarem suas escolhas. Podemos inferir que o *habitus* da categoria médica é constituído em condições sociais específicas, é um produto da história, reflexo de práticas individuais e coletivas, que inclui diferentes sistemas de disposições produzidos em condicionamentos e trajetórias diferentes e em espaços distintos. Assim, para fins deste estudo, interessa-nos em particular o *habitus* construído a partir da sua formação, na relação com órgãos de classe – Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira de Educação Médica e desses apresentamos as estratégias que, por vezes, podem representar a busca de mudança na formação médica, mas também a manutenção de um modelo de formação que privilegia a especialização como base dessa formação.

Percebemos que, para os proponentes dos programas de mudanças na formação médica, a relação com esses agentes é de extrema importância, visto que

o campo de formação médica, pela concepção de Bourdieu (2004^a), é um campo de forças e um campo de lutas para conservar ou transformar esse campo de forças, que se assemelha a um jogo, no qual as regras estão elas próprias postas em jogo. É onde se efetua uma luta concorrencial entre os agentes em torno de interesses específicos, que caracterizam determinada área. Nesse espaço, fica evidente a relação de poder pela qual os agentes buscam, por meio da concorrência, obter um capital simbólico.

A estruturação do campo se realiza a partir da distribuição de um capital social que determina a posição que um agente específico ocupa no seu interior. Os agentes só conseguem participar desse jogo se dotados de um mínimo de capital específico. Os campos por onde esses agentes circulam levados pela necessidade de participar do jogo, são o *lócus* em que operam e alteram o *habitus* em consequência da mobilização de tipos diferentes de capital. Assim a categoria médica historicamente construiu a sua posição no campo, através da mobilização em torno de seus interesses, neste estudo mais especificamente no período de 1990 a 2005, a partir da mobilização pela contenção de criação de cursos de graduação, pela implantação do Projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), pelo movimento de transformação da Educação Médica, a avaliação do mercado de trabalho médico e pela sua participação efetiva na aprovação das Diretrizes Curriculares do Curso Médico, movimentos reconhecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação na definição dos programas de reorientação da formação dos profissionais da Saúde.

Para esta discussão, buscamos os documentos produzidos principalmente pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), apresentados em seus fóruns e estudos sobre mercado de trabalho do médico, considerando a sua influência na formação desse profissional, assim como nas oportunidades ou obstáculos para mudanças nessa área. Integramos, nesta discussão, também, breve relato sobre os movimentos de mudança na formação dos profissionais da área da Saúde, por entendermos que as transformações da educação médica não estão desvinculadas de um processo maior que envolve outras profissões, e que, no Brasil, antes mesmo da proposta do PROMED e Pró Saúde, existiram iniciativas, como a Integração Docente Assistencial –IDA e o Programa UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de

Saúde: União com a Comunidade, que já traziam em seu bojo o objetivo de mudanças na formação dos profissionais da Saúde.

2.1 Papel dos agentes na discussão da formação médica.

A Associação Brasileira de Educação Médica destaca-se na discussão e avaliação da formação médica no Brasil. Desde sua criação em 1962, vinha desenvolvendo trabalhos sobre os currículos dos cursos de Medicina. No período de 1987 a 1989, coordenou o Estudo da Educação Médica das Américas (Projeto EMA), apoiada pela Fundação Kellog (CHAVES; ROSA, 1990). Em 1990, foi instituído o Projeto da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico, que contava com a participação de várias entidades¹⁶ e se destacou na análise sobre a educação médica no país tendo seu resultado como referência para políticas de reorientação sobre a formação médica. Agregou-se a essas discussões a Rede Unida de Desenvolvimento de Profissionais de Saúde – REDE UNIDA, resultando em importantes contribuições sobre a temática.

A importância da discussão sobre a educação médica reflete no crescimento do número de trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Educação Médica, organizados pela ABEM, principalmente após a implantação dos programas de reorientação da formação médica, criados pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Em 2003 foram apresentados 535 trabalhos, em 2005 esse número dobrou representando 1066 trabalhos, chegando em 2006 com 1170 trabalhos.

No entanto, apesar do processo de mudança da formação do médico estar em pauta desde 1910, chegamos ao século XXI ainda com resistências na própria categoria. Nos anos de 1950, foi publicado o relatório Flexner¹⁷ pelo qual as escolas médicas, principalmente as americanas, iniciaram o processo de inovação curricular; nos anos de 1970, registrou-se um movimento com o propósito de modificar a estrutura de preparação de profissionais da saúde nas Américas, focalizando,

¹⁶ No Projeto da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico, a CINAEM, participavam as seguintes entidades: Academia Nacional de Medicina (ANM), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP)

¹⁷ O Relatório Flexner previa criação de departamentos, a compartimentalização do ensino das ciências básicas (criação do ciclo básico), no desenvolvimento da pesquisa no âmbito destas ciências; na criação de hospitais-escola, para serem utilizados como principais campos de treinamento clínico. Como consequência, presenciou-se o reforço das disciplinas das áreas de ciências básicas e a autonomia para a pesquisa.

particularmente, o atendimento de saúde voltado para a comunidade; na América Latina os movimentos pelas mudanças na formação do médico se intensificam a partir de 1990, em que se incluiu o Brasil.

Reconhecemos que existiram momentos em que as discussões direcionavam para mudanças, principalmente quando do debate sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais, em 2001, em que as profissões da Saúde realizaram ampla mobilização, concordando inteiramente com a ruptura do modelo de currículo mínimo obrigatório para as carreiras. Os movimentos de mudança na graduação buscavam que a noção de *diretrizes* indicasse como possibilidade a desejável perspectiva transformadora da formação de profissionais de saúde.

Dentro os fatores que obstaculizam as mudanças, supomos os próprios reconhecimentos sociais da sociedade, que, na visão de Bourdieu, corresponde ao capital simbólico. Para Bourdieu (1984), a Medicina é uma arte social. Enquanto arte, é tradicionalmente transmitida, apresenta-se muito mais como uma prática, suportada por uma ciência ligada de forma intrínseca à pesquisa – a ciência biológica. Para o autor, a medicina é uma prática socialmente legitimada e profundamente inserida no campo do poder, com alta capacidade de intervenção na sociedade, o que representa um poder socialmente investido. Esse campo do poder perpassa todos os campos sociais e interfere diretamente na posição que a medicina ocupa no campo científico: a legitimidade dessa arte é muito menos científica do que estatutária.

Isto pode ser confirmado por pesquisa realizada em agosto de 2006, pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE), na qual foram incluídas 18 categorias profissionais, em que os médicos conseguiram a melhor avaliação. De acordo com o resultado, 81% dos entrevistados confiam na classe médica e apenas 16% dizem não acreditar. Para Márcia Cavallari Nunes, diretora-executiva do IBOPE, a avaliação positiva é explicada pela imagem da profissão no imaginário das pessoas (PACHECO, 2006).

Apesar desse reconhecimento, o modelo de formação do médico no Brasil vinha sinalizando a necessidade de reorientação em função das mudanças ocorridas no mercado de trabalho e com a inserção de uma nova proposta de educação profissional determinada tanto pelo MEC, por meio das diretrizes curriculares, como pelo MS, a partir de políticas de saúde que priorizavam a atenção básica e programas que atendiam às necessidades da população mais carente. No momento

em que o MS elegeu como prioritário o Programa Saúde da Família, fornecendo incentivos especiais aos municípios que aderissem ao programa, impôs às instituições formadoras de recursos humanos para saúde uma agenda de discussão inadiável, a fim de produzir novas respostas.

Sobre a necessidade da adequação dos currículos às necessidades do Sistema de Saúde, estudos revelam nos cursos de Medicina as inadequações de conteúdo e de práticas pedagógicas. De acordo com Pierantoni e Ribeiro (2001), as instituições formadoras, especialmente a escola médica, têm apresentado pospostas de análise e reformulação do ensino que valorizam ainda a incorporação do conhecimento tecnológico de alta complexidade e custos elevados tanto em práticas diagnósticas como terapêuticas, perpetuando modelos tradicionais de seleção de conteúdos e administração de cargas horárias segundo a importância da especialidade. Essa constatação revela a contraposição de concepções pedagógicas tradicionais e a emergência de concepções críticas, reflexivas e que problematizem a realidade social.

Resgatando as diretrizes ordenadoras do SUS, colocamos-nos frente a três desafios – o da descentralização da gestão, o da participação popular e o do atendimento integral que deveriam estar sendo considerados na formação dos profissionais da saúde. De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004^a), parece haver consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada (intervenção na doença e centrada no indivíduo, desconsiderando os aspectos sociais tanto desse indivíduo como da doença).

Feuerwerker (2002), sobre a mudança na educação médica, aponta que o modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, dando continuidade aos modelos tradicionais de prática em saúde.

Na abordagem clássica da formação em saúde, o ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado planejado segundo o

referencial técnico-científico acumulado pelos docentes, em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional. A maneira como são estruturados e funcionam os processos de formação e de práticas profissionais de saúde configura um quadro de raciocínio propositivo e avaliativo, comprometido com muitos tipos de interesse, onde não configura o interesse do usuário. A crítica a esse modelo vem ocorrendo há muitos anos, envolvendo nessa discussão organizações de docentes, discentes e participação popular.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde, aprovadas, em sua maioria, entre 2001 e 2002 (exceto Medicina Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social), apresentam um avanço quando indicaram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o Sistema de Saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (ALMEIDA, 2003).

Estes nos parecem ser os desafios enfrentados pela categoria médica nas discussões sobre sua formação: contemplar as Políticas de Saúde e os princípios do SUS, enfrentar o processo saúde-doença de forma contextualizada e atuar de maneira interdisciplinar e multiprofissional.

Destacaremos a seguir os principais movimentos dessa categoria referentes à educação médica, em que se incluem a mobilização para contenção da expansão dos cursos de medicina, o projeto de avaliação das escolas médicas, através da criação do CINAEM, em que seus resultados tiveram o reconhecimento nas políticas de incentivo às mudanças curriculares – PROMED e Pró-Saúde.

2.1.1 Mobilização da Categoria Médica para a Contenção da Expansão dos Cursos de Medicina

Apesar de centrar o nosso estudo na educação médica, não podemos deixar de considerar que, dentre os cursos de graduação que integram a área da Saúde e Bem Estar, o curso de Medicina foi o que obteve o menor crescimento em termos de número de cursos, vagas e na relação público e privado. Conforme analisamos no Capítulo I, atribuímos esse fato ao movimento da categoria médica, que não só na década de 1990 reagiu a esse impulso, mas desde 1960, de acordo com a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), já registrava um movimento diante do crescimento acelerado da década de 1960,

resultando o documento encaminhado às autoridades responsáveis, intitulado Problemática do Ensino Médico Brasileiro que subsidiou a Portaria Ministerial suspendendo a criação de novas escolas médicas. Desta forma, nos períodos de 1971 a 1976 e de 1979 a 1987, ou seja, 13 anos, nenhum curso de medicina foi autorizado a funcionar no país.

Na década de 1990, a questão da ampliação de cursos e vagas voltou a ser inserida nas prioridades de discussão da categoria médica. Nesse contexto, em 2002, a AMB promoveu uma série de fóruns regionais denominados Novas Escolas de Medicina: Necessidade ou Oportunismo?, com objetivo de definir estratégias de ação político-institucional e a “adoção de um discurso nacional fundamentado e coeso, direcionando a necessidade de restrições à criação de novos cursos de graduação em Medicina” (BUENO; PIERUCCINI, 2004, p.7). Resultado dessa mobilização, em 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendou ao Conselho Nacional de Educação (CNE) a suspensão das autorizações para criação de cursos na área da Saúde, por um período de 180 dias, através da Resolução n. 324/03, publicada no Diário Oficial da União em 15 de julho de 2003. Em outra resolução, Nº 325/03 o CNS recomendou a realização de audiência pública com a Comissão Especial de Avaliação para analisar os critérios adotados nos cursos da área da Saúde. Segundo a AMB e o CFM as entidades médicas apoiaram a medida e acreditavam que estas autorizações deveriam ser suspensas por um mínimo de dez anos, conforme propunha o Projeto de Lei 65/03 de autoria do Deputado Arlindo Chinaglia, e que esse período servisse para se fazer uma minuciosa avaliação dos cursos existentes (BUENO; PIERUCCINI, 2004, p.7). Da mesma forma, indicaram pela necessidade de aprovação, em caráter imediato do Projeto de Lei nº 6240, de 2002, cujo art. 5º propôs alterar o Art. 53 da Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996 – LDB, estabelecendo que a criação de vagas nos cursos da área da Saúde, em qualquer caso, deveriam ser submetidas, em caráter terminativo, à manifestação do CNS.

A preocupação com a qualidade da formação de recursos humanos para saúde não era exclusividade das unidades formadoras e da categoria médica, pois a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, em seu relatório final recomendou sobre a Formação de Profissionais, Regulação e Papel das Universidades:

191. Que os Conselhos de Saúde e de Educação criem critérios rígidos para regular a criação de novas instituições formadoras, a abertura de novos cursos e ampliação de vagas na área de Saúde e, dentre eles, seja considerada a necessidade social de cada região, no cumprimento à Lei nº 8080/90- art.6º- parágrafo III, que diz estar no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de Recurso Humanos na área da saúde. Que a aprovação se dê com base em pareceres dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, ouvidos os respectivos conselhos de categoria. Recomendar a participação da comunidade nos Conselhos Superiores das Universidades como forma de contribuir, acompanhar e fiscalizar a formação dos profissionais de acordo com as necessidades da população (BRASIL, 2000, p.160).

A 12ª Conferência, realizada em 2003, reafirmou a recomendação da reunião anterior reforçando que a participação conjunta do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e dos respectivos Conselhos Nacionais na autorização para abertura e funcionamento de cursos de formação de profissionais da área da saúde, acrescentando a necessidade de “tornar política conjunta tanto a autorização de novos cursos na área como a avaliação dos já existentes” (BRASIL, 2004, p. 127).

Em 2004, no documento denominado Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: Relatório de um cenário sombrio (BUENO e PIERUCCINI, 2004), a AMB e o CFM, na apresentação retratam a preocupação com a criação de cursos de Medicina, indicando que:

[...] a proliferação indiscriminada de cursos de Medicina e ampliação de vagas nos cursos existentes, ocorridas na última década, acompanhada da queda da qualidade da formação acadêmica e dos **honorários da classe**, recolocaram a questão de novo no rol das prioridades das entidades médicas (p.7). (grifo nosso)

Apresentam um panorama da educação médica no país e, das considerações apresentadas, destacamos:

O Brasil não tem necessidade social de mais cursos de medicina porque já os tem em número excessivo e mal distribuído; existe uma coerência em relação ao papel das escolas médicas brasileiras e as diretrizes do modelo político-ideológico hegemônico de cada época; a política de recursos humanos para prover o SUS e o Programa Saúde da Família (PSF) está sendo usada como elemento justificador da criação de novos cursos de medicina; há uma falta de entrosamento entre os Ministérios da Educação e da Saúde e ausência de propostas articuladas voltadas ao cumprimento dos dispositivos constitucionais de formação de profissionais de saúde para o SUS (p.39,40).

Percebemos a preocupação com a qualidade da formação médica, com destaque para a crítica da ampliação de escolas pelo setor privado, pois o Estado reduz a sua responsabilidade sobre essa formação, e para o desempenho dessas escolas na avaliação do MEC, quando da aplicação do provão, pois registram desempenho inferior ao público (BUENO; PIERUCCINI, 2004, p.40).

Pela análise dos dados estatísticos, podemos inferir que os instrumentos da categoria médica para contenção dos cursos tiveram êxito, mesmo reconhecendo que essa estratégia tinha como preocupação, além da qualidade dos cursos, o efeito da “super produção” de médicos no mercado de trabalho médico, como é manifestado no documento já citado:

Não dá para discutir a expansão do número de médicos sem questionar quais são as perspectivas futuras para a classe, em especial para o contingente de mais de 10 mil novos profissionais que se formam todos os anos no país, diante da crise do sistema público de saúde e da crescente mercantilização da medicina imposta pelas empresas compradoras de serviços médicos. Este excedente de mão-de-obra, ao fazer prevalecer a lei da oferta e da procura, traz reflexos danosos à política salarial aplicada à classe médica, bem como aos honorários médicos, de maneira geral. Esta baixa renda imposta a um expressivo contingente de profissionais compromete a sua atualização profissional, forçando-os a se submeterem a condições de trabalho inadequadas, o que os expõe aos riscos de cometimento de infrações éticas. Contrastando, assim, com a prodigiosa evolução científica, que exige do médico cada vez mais conhecimentos e preparo profissional, caiu sensivelmente a sua imagem para muito aquém dos padrões que anteriormente a exaltavam. A medicina, de profissão-sacerdócio, transformou-se em mera prestação de serviço, virou uma mercadoria (IBIDEM, p.41).

Moura (2004, p.23) indica que os discursos de que “tornar-se médico deve ser restrito a poucos” é um cânone na fala da categoria, um argumento vago a exemplo dos indicadores preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁸, que apontam a proporção de um médico para cada mil habitantes, como estratégia para manter a regulação de vagas nos cursos de medicina. No entanto, ao se utilizarem desse discurso, os médicos desconsideram que a relação médico/ habitante, quando analisado por região se mostra desigual, visto a concentração de vagas em cursos de medicina e de profissionais nas regiões Sudeste e Sul do país enquanto no Norte

¹⁸ Apesar do autor utilizar como referencia os indicadores da OMS sobre a relação médico habitante, esses correspondem a estudos realizados a mais de 30 anos, conforme esclarece a própria organização juntamente com a Organização Pan Americana de Saúde em seu site Disponível: www.opas.org.br/sistema/fotos/leitospdf. Acesso: junho de 2008

e Nordeste existem municípios sem presença do profissional. Da mesma forma, ao tentarem regular a oferta de vagas com o discurso de que é para “poucos” a chance de ser tornar médico, o fazem numa tradição de alta procura de alunos ao curso médico nos processos seletivos, significando indicadores de relação candidato/vaga dos mais elevados da educação superior no país. Concebemos esse discurso tanto como uma estratégia de investimento simbólico no campo, dentro da perspectiva de Bourdieu (2004^a), em que a categoria visa reproduzir esquemas de percepção e apreciação que mais beneficiem as suas propriedades e resultar em ações capazes de serem aprovadas segundo a categoria, como estratégia de investimento econômico, pois está centrada para perpetuação ou para aumento do capital econômico e social. Essas estratégias encontraram, de certa maneira, apoio nas políticas de expansão na educação superior, visto que o curso de graduação em Medicina na área da Saúde foi o que apresentou um dos menores índices de crescimento entre 1991 a 2005.

Em 2006, o Decreto Federal nº 5.773, de 9 de maio de 2006 (BRASIL, 2006f), determinou em seu art. 28, § 2º, que a criação de cursos de graduação em Medicina, Odontologia e Psicologia, em universidades ou centros universitários, deveria ser submetida à manifestação do CNS e que a abertura desses cursos deveria decorrer da aplicação de critérios que a justificassem. A necessidade de manifestação do CNS para a autorização desses cursos, segundo Ceccim e Pinto (2007), recomenda para que a mesma seja pautada por critérios de demanda social (ouvir a manifestação do setor) e não de mercado (interesse particular das instituições de ensino), inclusive porque o exercício profissional, nessas áreas, pode impor risco à integridade física e moral de pessoas.

Sobre o papel da categoria médica na regulação da oferta de seus cursos de graduação e sobre sua ação no campo de formação médica, podemos afirmar que, enquanto lógica do campo, ele possui autonomia, ou seja, segundo Bourdieu (2004^a), o seu grau de autonomia é refletido na sua capacidade de refratar, retraduzindo sob uma forma específica as pressões ou demandas externas (p.22). A legitimação da Medicina, como já indicada pelo autor anteriormente, está ligada às posições estratégicas e de força dentro do meio acadêmico, reflexo de poderes socialmente investidos, relacionados ao poder político e de Estado. Com base na prioridade dada pelos Ministérios da Saúde e da Educação para os programas de reorientação das mudanças da graduação na área da Saúde, identificamos

claramente esse poder, visto que o PROMED foi direcionado apenas aos cursos de Medicina.

2.1.2 O Projeto CINAEM e a formação médica

Dentre as estratégias de ações do CFM, o Projeto CINAEM se caracterizou como um movimento que aglutina e concentra esforços na análise crítica e proposição de mudança do ensino de graduação em Medicina, assumindo os objetivos de conhecer melhor as escolas e o ensino médico no País e construir um movimento nacional capaz de discutir democraticamente o ensino e a profissão médica com representantes de professores e alunos, assim como da sociedade civil de todas as regiões do País.

O Projeto do CINAEM, segundo Cruz (2004), surgiu em 1991 como uma reação à política governamental que vinha sendo implantada para a educação superior no Brasil, em 1990, e também motivado tanto pela necessidade de um novo ordenamento de recursos humanos voltados para o atendimento aos interesses do SUS, que se caracterizava como um novo mercado, como pelo interesse de dar resposta à crise de legitimidade do profissional médico amplamente divulgada na sociedade no âmbito da corporação médica.

Amaral (2002, p.69) acrescenta que a “vontade política, a premência de se aumentar a fé pública da formação médica e a perspectiva de se barrar a proliferação de escolas médicas foram fatores determinantes para a articulação das entidades que formaram a CINAEM”.

Para Machado (1999), na criação do CINAEM, foram marcos fundamentais a necessidade de se conhecer melhor o ensino médico no país, a falta de tradição acadêmica na sua avaliação e a crise nacional do setor saúde.

Esse projeto foi pensado a partir da iniciativa do Conselho Federal de Medicina e da Associação Brasileira de Educação Médica, no XXVIII Congresso de Educação Médica, realizado em Cuiabá, em 1990, com a criação de um grupo de trabalho com a finalidade de avaliar o ensino médico do Brasil. Dessa forma, em março de 1991, foi criado o projeto CINAEM, com os seguintes objetivos:

1) Avaliar o Ensino Médico brasileiro visando sua qualidade para atender às necessidades médico-sociais da população; 2) Propor medidas de curto, médio e longo prazo que venham sanar as deficiências hoje encontradas; 3) Criar mecanismos permanentes de avaliação das Escolas Médicas; 4) Criar mecanismos para desenvolver programas de Educação Médica Continuada (Ata da 1ª reunião da CINAEM, 1981 apud AMARAL).

De acordo com Siqueira (2006), a criação desse projeto ocorreu no momento em que a ABEM vivia um momento de crise institucional, refletida na pequena participação no Congresso de Cuiabá, mas também porque, desde a segunda metade de 1980, a Associação vinha perdendo força e representatividade, principalmente entre os alunos e professores mais jovens. Segundo esse autor,

Exigiam-se propostas mais coerentes com as mudanças que estavam ocorrendo na tecnologia, nos serviços, na pedagogia. Reivindicavam-se novos interlocutores que pudessem dar conta da perda do status do médico, de seu crescente assalariamento e competição no mercado de trabalho, e de orientação nos processos por imperícia, negligência ou pretensa falta de ética. (p.55).

Sobre a participação nos Congressos, Siqueira relata:

Os presentes, com raras exceções eram sempre os mesmos, e as propostas se repetiam: integração docente-assistencial, treinamento pedagógico do docente, hospital universitário. Enquanto isto, o crescimento exponencial do número de escolas médicas, verificado nas décadas de 1960 e 1970, colocava no mercado de trabalho um número de profissionais muito maior que nos anos anteriores, com qualidade sofrível, conforme denunciado pela classe médica (p.55).

O Projeto CINAEM esteve em atividade por dez anos, entre 1991 e 2002, realizando pesquisas, congressos, fóruns, relatórios, formulando propostas de ação para a transformação da escola médica. A sua atuação é compreendida em três fases. A primeira fase, entre 1991-1992, entendida como de auto-avaliação contou com a participação de 76 escolas médicas, o equivalente a 95% das escolas existentes no período, através da aplicação de questionário auto-aplicado (AMARAL, 2002). A análise dessa primeira fase possibilitou um acúmulo de informações importantes a respeito do modelo de formação, dos recursos humanos disponíveis, da infra-estrutura político-administrativa, bem como das atividades nas áreas do ensino, da pesquisa e da extensão. Os dados revelaram que dos médicos formados,

45% atingiam a qualificação desejada e que a estrutura econômico-administrativa, corpo docente e modelo pedagógico eram as variáveis determinantes desta inadequação (CINAEM, 2000; CRUZ, 2004). Finalizada essa primeira fase, o diagnóstico ofereceu subsídios para orientar a pesquisa realizada na 2ª fase, que compreendeu o período 1993-1997.

Na 2ª fase, através dos resultados da primeira fase que correspondeu à Avaliação das Escolas Médicas, aprofundou-se o entendimento dos componentes das categorias com maior interferência sobre o desempenho da graduação médica. Segundo Amaral (2002), essa fase representou o compromisso do Projeto CINAEM com a construção de um novo momento para as Escolas Médicas. Teve como finalidade: avaliar o modelo pedagógico, os currículos, os docentes e, finalmente, o corpo docente. Buscou-se medir o grau de integração que as faculdades mantinham com a realidade de saúde locorregional, buscando estimular a criação de grupos que discutissem permanentemente a educação médica no interior das escolas médicas. Participaram dessa etapa 48 escolas médicas, distribuídas por 18 estados.

Constatou-se, nesse momento, o destacado papel do docente na definição do modelo pedagógico e gestão da escola, bem como nos resultados alcançados pela escola em relação a ensino, pesquisa e extensão. Identificou-se que o modelo pedagógico vigente em grande parte das escolas que participavam do estudo estava inadequado sendo determinante da ineficiência e ineficácia atual das respostas dos médicos diante das necessidades e demandas de saúde de indivíduos e coletividades.

Destacamos que, no relatório dessa fase, os resultados sobre o contexto da escola médica com o Sistema de Saúde mostraram

[...]falta de integração das escolas médicas com os problemas de saúde locais e pouco comprometimento governamental com a educação, não estimulando as universidades. Havia uma proliferação das escolas médicas com fins comerciais. O ensino apresenta-se desvinculado da realidade de saúde da população. O pouco conhecimento do Sistema Único de Saúde por parte de alunos e professores refletia a desarticulação da formação médica com o SUS. Este, por sua vez, atravessava uma crise de escassez de recursos. O mercado privilegiava os especialistas. Interesses econômicos condicionavam tanto o ensino quanto a pesquisa (AMARAL apud CINAEM, 2002, p.92).

Segundo Amaral (2002), o Projeto CINAEM apresentou o Resultado Final da 2ª Fase no II Encontro Nacional das Escolas Médicas, realizado em agosto de 1997. Nesse evento, compareceram parlamentares e órgãos de divulgação, e esses resultados foram oficialmente entregues ao Ministro da Educação, Paulo Renato de Souza, que se comprometeu a estudar o método adotado pela CINAEM.

A terceira fase, abrangendo o período 1999-2000, de acordo com Machado (1999), foi diferente das anteriores, considerando que as duas primeiras foram conduzidas como projetos de pesquisa, porque tinham como finalidade realizar um diagnóstico. A terceira fase teve como questão central um amplo processo de mudanças que se integrava no campo político-administrativo e institucional, caracterizando-se como um projeto de base científica, mas que também previa uma ação política. Nessa fase denominada “Transformação do ensino médico no Brasil: um processo coletivo de construção do novo”, foi avaliado o crescimento cognitivo durante todo o curso de graduação, o nível de conhecimento do aluno ao concluir o curso e a curva de crescimento ao longo do curso nas grandes áreas do conhecimento médico¹⁹. Teceu-se detalhamento dos problemas levantados e empenhou-se em construir instrumentos de investigação e intervenção, objetivando à transformação da escola e do ensino médico, tendo como produto a proposta de um novo eixo de desenvolvimento curricular para a educação médica. Desenvolveram-se ainda propostas para mudanças na gestão da escola médica e para profissionalização do docente, como suportes para a mudança do modelo pedagógico. Aprofundou-se a idéia de avaliação como transformação e desenvolveram-se vários instrumentos (CINAEM, 2000). Participaram dessa fase 60 escolas, com representação de todas as regiões do Brasil.

Importante situar o contexto das políticas estatais no Brasil, quando da atuação da CINAEM, na segunda e terceira fase. No ensino superior, o Decreto 49/1991 da Presidência da República, (BRASIL, 1991) estabelecia que a abertura de novos cursos da área de saúde, incluindo as universidades, teriam que ter o parecer favorável do Conselho Federal de Educação e do MEC. No entanto, apesar de estar presente na legislação, que corresponderia a uma política de controle sobre o ensino superior relativo à abertura de cursos, registraram-se denúncias de fraudes nos processos de credenciamento dos cursos superiores. Para dar resposta, por um

¹⁹ Foram consideradas para fins de avaliação através da prova de avaliação cognitiva, denominada Teste de Progresso, seis áreas, a saber: Básicas, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Pública e áreas afins (CINAEM, 2000, p.27).

lado, à pressão interna na mídia e, por outro, para adequar-se ao formato neoliberal do Estado, coerente com as recomendações do Banco Mundial para esse nível de ensino, ocorreu mais intensamente, a partir de 1990, grande movimentação do Estado no sentido de intervir no modelo das políticas setoriais o que refletiu na extinção do Conselho Federal de Educação e na criação do novo Conselho Nacional de Educação, assim como a implantação do Exame Nacional de Cursos/ ENC (Lei 9.135/95) mais conhecido como Provão.

Desta forma, presenciávamos nos anos 1990 a implantação de políticas estatais paradoxais, enquanto na saúde aconteciam mudanças no sentido de implantar o sistema público de saúde, motivados pelos movimentos sociais, através da implantação progressiva do SUS e da luta pela garantia a saúde como estado de direito, na educação superior desenvolvia-se uma política de sucateamento do setor público e privilegiamento do setor privado, transformando-a em mercadoria, estando o Estado apenas no papel de regulador.

Registrava-se, também, um desencontro entre as políticas do Ministério da Saúde, que previa que a autorização de abertura de novos cursos na Saúde deveria ser aprovada pelo CNS, e a do Ministério da Educação, que autorizava essa abertura à revelia da LDB que prevê, para os cursos da saúde, autonomia relativa da IES para criá-los; assim várias instituições tiveram autorização para abrirem seus cursos na saúde “apesar de inúmeros pareceres em contrário e de legislação complementar que impede essa abertura” (STELLA, 1999, p. 27).

É nesse contexto em que se presencia o controle das políticas públicas para a saúde, para educação médica e para o ensino superior que se estrutura o campo de força dentro do qual são desenvolvidas as atividades do projeto CINAEM.

Portanto, as entidades que compunham o CINAEM viriam disputar espaço na condução destas políticas, defendendo: a não abertura de novas escolas médicas, a manutenção da prática médica como liberal, a avaliação da escola médica nos molde da CINAEM, com a participação da categoria, e a regulação do ato médico. Desta forma, a comissão tornou-se um fórum importante de articulação do movimento médico, uma vez que os resultados dos estudos desenvolvidos pela CINAEM forneciam ferramentas para a disputa dos projetos.

Avaliando o trabalho desenvolvido por esse projeto, Cruz (2004) afirma que se produziu um novo corpo de conhecimentos sobre a formação médica, que denota diferenças com os movimentos de reformas curriculares desenvolvidos até os anos

de 1980. Em 2000, segundo a autora, esse trabalho teve seu reconhecimento, sendo referência para os que discutem a educação médica no país. O autor enfatiza:

Que tanto a produção discursiva como a produção política oriunda do processo social protagonizado pela CINAEM introduziram no campo da educação médica, significativas alterações, assentadas no desvelamento de suas estruturas de poder e no reposicionamento dos atores sociais no campo, possibilitando o surgimento, em seu interior, de novas estruturas estruturadas fundantes de novos sentidos para a educação médica no Brasil e de novas estruturas estruturantes fundantes de um novo *habitus* do campo da educação médica e uma nova linguagem no campo médico. Assim, concluímos ser de extrema relevância o legado deixado pela CINAEM para as próximas gerações de médicos, tendo em vista as possibilidades criadas para o desenvolvimento da escola médica a partir de suas contribuições (p.322).

Na análise da trajetória do projeto CINAEM, percebemos que no campo de formação médica, ele ganha relevância entre as entidades, como capital político e cultural, na medida em que seus resultados passam a ser utilizados por elas para se contrapor ao projeto do governo federal e disputar uma posição de maior poder de intervenção nas políticas para educação e saúde.

A produção em cada uma das fases trouxe à discussão a necessidade de mudança da formação médica quando possibilita a reflexão de que o ato médico tem produzido uma intervenção ineficaz e ineficiente em relação à produção de saúde, mas que podem ser vistos como excelentes quando produzem mais valia em cima do trabalho dos profissionais e dos serviços, e atende aos interesses de setores econômicos mais lucrativos que operam no mercado de trabalho médico, com destaque para a indústria de equipamentos hospitalares e a de medicamentos, que acabam se beneficiando do modelo de formação vigente. Apesar de serem resultados já por muitas vezes apresentados, por outros atores, a partir do momento que essas análises são construídas pelos agentes do campo passam a ser reconhecidos pelos demais agentes. Na medida em que a educação médica se insere no campo científico, só tem autoridade para falar sobre o campo aquele que tem o capital científico determinado pelo campo. Logo, o CINAEM, ao ser reconhecido como um agente desse campo, a partir da acumulação de seu capital cultural e político, o que produziu adquire reconhecimento e legitimidade.

Suas análises trouxeram tensionamentos para o campo de formação médica quando questionou o discurso hegemônico da clínica na formação do *habitus*

médico que explicitava uma radicalização na abordagem das relações de poder, introduzindo, além de debates sobre as relações de poder presente nos espaços sociais da instituição educacional escola médica, também as próprias relações de poder instituídas no espaço social da prática médica; quando inseria na discussão da educação médica novos atores: os estudantes de medicina representados pela Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), diretórios e centros acadêmicos, trazendo um diferencial para essa discussão, que a princípio estava limitada apenas as autoridades das comissões. À medida que passam a integrar o projeto CINAEM, esses novos atores passaram a ser dotados dessa autoridade. Desta forma, ocorreu uma alteração da norma estabelecida até esse momento, a qual autorizava os agentes a falarem.

Os estudos do CINAEM apontam para a necessidade da prática médica considerar o processo saúde-doença, as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades, e que os cuidados com a saúde devem resultar em certo grau de autonomia do indivíduo. Apontam, ainda, que ao desenvolver a sua prática, o médico deve possuir como elementos para tratar o seu objeto de trabalho as seguintes categorias; acolher, compreender, significar, responsabilizar, intervir e resolver (CINAEM, 2000). Desta forma, essas categorias passaram a compor o *modus operandi* da prática e da formação médica que estão contempladas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina.

O Projeto CINAEM finalizou suas atividades em 2001, segundo Siqueira (2006), isso ocorreu em razão de que:

Com a ampliação da Comissão, parece-me que foram sendo assumidas funções executivas, tendo ocorrido uma mudança de seu caráter original, essencialmente assessor, o que significava apenas a sugestão de alternativas para decisão das escolas. Isto ocasionou choques entre membros da Comissão, principalmente do CFM, que financiava o processo, e de dirigentes de escolas médicas, gerando o afastamento de alguns participantes. Em minha opinião, o processo de transformação do ensino médico iniciado com a CINAEM foi comprometido por percepção equivocada de sua função, e a retomada de seu trabalho exige humildade e disposição de continuar, em primeiro lugar, a serviço do cidadão brasileiro (p.56).

Da leitura de documentos do projeto CINAEM e de trabalhos que descrevem a sua trajetória, percebemos a importância que esse projeto teve para reflexão e mudança da educação médica no país, mas também sendo referência para outras profissões da área da Saúde. Poderíamos supor que ele representou o que Bourdieu

(2004^a) denomina de conversão coletiva, ou seja, uma reflexão coletiva, com capacidade para mobilizar todas as forças vivas da instituição, nesse caso, a categoria médica representada tanto por profissionais, docentes dos cursos de medicina e seus alunos, para o propósito de proceder à atualização da formação médica. Mesmo tendo seu trabalho interrompido, ele teve seu reconhecimento para além da própria categoria, visto que suas orientações estariam sendo consideradas nas propostas dos programas de reorientação dos profissionais de saúde objeto dessa pesquisa. Sobre a interrupção de seu trabalho, acreditamos que esse aconteceu apenas no desmembramento da Comissão, talvez por uma disputa de poder dentro do campo, no entanto, o seu objeto principal, a transformação da educação médica, continua sendo perseguido na medida em que as discussões estão presentes na pauta de reuniões e fóruns da categoria. O que é necessário compreender é que a verdadeira conversão coletiva só se efetiva por meio de um longo trabalho de cada um sobre si mesmo e sobre os outros e pelo conjunto do grupo.

2.2 A constituição do *habitus* na categoria médica

Ao considerarmos que os programas de reorientação da formação médica, propostos pelo MS e o MEC, objetivam uma transformação dessa formação visando a um novo perfil do médico para atuar nas políticas de saúde. Assim, é preciso conhecer a prática médica visto que ela é produto da relação dialética entre uma situação e um *habitus* e, desta forma, as ações, comportamentos, escolhas ou aspirações individuais são produtos das relações entre um *habitus* e as pressões e estímulos de uma conjuntura (SETTON, 2002).

Para Bourdieu (2003), o *habitus* é compreendido como aquele que

[...] torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas graças às transferências analógicas de esquemas que permitem resolver os problemas da mesma forma, e às correções incessantes dos resultados obtidos, dialéticamente produzidos por esses resultados (p. 57).

Ao analisarmos o *habitus* dessa categoria, temos que concebê-lo como um princípio gerador solidamente armado de improvisações regradas e a prática social por ele produzida têm de ser compreendida numa perspectiva co-relacional com a

estrutura objetiva, que define as condições sociais de produção do *habitus* com a conjuntura que, salvo transformação radical, representa um estado particular dessa estrutura. Ou seja, o *habitus* da categoria médica foi construído dentro do paradigma flexeriano, que privilegiava o ensino hospitalocêntrico, predomínio de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado de disciplina, pelo ensino centrado no docente e em aulas expositivas, pelo mercado de trabalho referido pelo consultório tradicional, pela ênfase na especialização, sendo que essa formação tinha respaldo nas Políticas de Saúde vigentes. Na medida em que se propõem mudanças nessa política e conseqüentemente introduz-se o paradigma da integralidade, em que a ênfase é na saúde e não na doença, incluindo-se a sua promoção, preservação e recuperação, o processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno assume papel ativo na própria formação, com o ensino na prática no sistema de saúde considerando seus graus crescentes de complexidade e direcionado para as necessidades básicas de saúde; um mercado de trabalho orientado para a reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas e ainda a ênfase na formação contextualizada, levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população (LAMPERT, 2002), é necessário que se repense a constituição dessa prática. Bourdieu (2003), quando realiza análise sobre o conflito de gerações a partir da compreensão da estrutura do *habitus*, nos revela a constituição dessa estrutura, como princípio da percepção e da apreciação de toda uma experiência passada, **logo**, tem em si o efeito de histerese e desta forma as práticas se expõem a receber crítica, quando o meio com o qual elas se defrontam realmente está em desacordo com o que se espera delas, assim na avaliação da prática médica, esse *habitus* precisa ser reestruturado. Apesar de considerarmos que é necessária a transformação desse *habitus*, Brandão e Altmann (2008), apontam que a transformação do *habitus* é pouco trabalhada nas obras de Bourdieu, o que ocasiona muitas críticas. No entanto as autoras apontam que a própria concepção de Bourdieu, indica as possibilidades de transformação do *habitus* dos agentes, que tanto pode ser conseqüência da movimentação dos agentes entre diferentes campos sociais como também a partir da movimentação e das lutas travadas dentro do próprio campo, ou ainda pela análise reflexiva. Assim, a partir dos estudos realizados pela categoria médica e das suas análises sobre a inadequação da formação médica para atender as necessidades dos serviços de

saúde e ainda para poder se manter referência em sua posição no campo, geram-se modificações de seu próprio *habitus*, visto que as Políticas de Saúde representam aspirações de um movimento social que tem reconhecimento nacional.

Enfim, o *habitus* enfatiza a dimensão de um aprendizado passado. Significa a incorporação que o ator faz na vida, sistema durável que o leva a perceber, sentir, fazer determinadas coisas. Estrutura estruturada que funciona como estruturante, pela força do *habitus* gera a prática. Ele pode ser compreendido como uma lei imanente, depositada em cada agente pela educação primeira, condição não somente de ordenação das práticas, mas também das práticas de ordenação, uma vez que as correções e os ajustamentos conscientemente operados pelos próprios agentes supõem o domínio comum e os empreendimentos de mobilização coletiva não podem ter sucesso sem ter a concordância entre os *habitus* dos agentes mobilizadores e as disposições daqueles cujas aspirações eles se empenham em exprimir (BOURDIEU, 2003).

Em nosso estudo, significa afirmar que os programas de reorientação na mudança da formação médica, na medida em que contemplam aspirações que foram construídas pela categoria a partir do acúmulo de conhecimento de estratégias por ele desenvolvidas, são aceitos por esses agentes que integram entre suas estratégias o apoio a tais programas.

Setton (2002, p.65) nos incita a compreender que o conceito de *habitus* não identifica uma ordem social “funcionando numa lógica pura da reprodução e conservação; ao contrário, a ordem social constitui-se através das estratégias e de práticas nas quais e pelas quais os agentes reagem, adaptam-se e contribuem no fazer da história”. Desta forma, através do conhecimento praxiológico, pretendemos apreender como uma ação presente, ou seja, uma análise sobre a formação científica e do mercado de trabalho médico, como reflexo de uma mobilização do passado, define um futuro do qual poderá vir a incorporar um *habitus* da categoria.

Nesse tópico, portanto, apresentamos o perfil do trabalho médico, através da análise dos dados de estudo recente realizado em 2003, pelo CFM, com apoio da AMB e das Centrais Sindicais Nacionais, sobre o médico e o seu trabalho, relacionando-os com estudo semelhante realizado em 1996, por Machado (1996), procurando compreender o perfil da formação médica, questões relativas ao mercado de trabalho e a posição da categoria frente a esses dados, que configuram o *habitus* da prática médica.

Tanto no estudo realizado em 1996, quanto no realizado em 2003, foram levantados os mesmos indicadores, que optamos analisar em dois blocos, em nosso estudo. No primeiro, **O Médico: sua origem e formação científica**, abordaremos questões sobre as características demográficas, formação profissional e científica. No segundo, **O Mercado de Trabalho Médico – Tendências e Avaliação**, analisaremos a distribuição desse mercado nos setores públicos e privados, sua avaliação e ainda, a percepção desse profissional, em relação às atitudes frente à vida e valores humanos.

O estudo realizado em 2003 considerou o universo de 234.554²⁰ médicos inscritos no Conselho Federal de Medicina, abrangendo todos os estados do país, sendo que atenderam ao chamado da organização 14.405 médicos, número superior ao previsto de 8.980 médicos. O estudo objetivou

Propiciar maior conhecimento acerca dos médicos que atuam em nosso país. Embora seja uma replicação da pesquisa anterior (MACHADO,1996), este trabalho apresenta uma inovação destacável: a técnica de coleta de dados via internet (CFM, 2004, p.26).

A grande questão que se discute sobre o trabalho médico é a sua especialização e a sua concentração nos meios urbanos e, ainda, que o aumento de escolas médicas, e conseqüentemente de médicos, não foi acompanhado proporcionalmente de melhoria dos serviços de atendimento do sistema de saúde. Sobre a organização e o conteúdo da prática médica, Médici (apud FEUERWERKER, 2002) aponta para a capitalização do setor saúde, e sua interferência em vários momentos. Entre os anos de 1970 e o início de 1990, a implantação do SUS e a conseqüente descentralização da saúde, através de um processo paulatino de descentralização de recursos e de ações iniciado a partir das Ações Integradas de Saúde, ocasionam uma expansão do setor público e os municípios, principalmente os de porte médio, passam a ocupar lugar relevante na criação de postos de trabalho para os médicos e para outros profissionais de saúde.

²⁰ Em 1995, quando foi realizado o estudo sobre o Perfil dos médicos no Brasil: análise preliminar, por Maria Helena Machado, o número de médicos registrados no Conselho Federal de Medicina era 183.052. Os números em 2003 correspondem a um aumento de 28,13%.

2.2.1 O Médico: sua origem e formação científica

Em 2003 no Brasil, existia um médico para cada 725 habitantes (1,38 médicos/1000 habitantes), com concentração em grandes centros urbanos. O estudo aponta que a Medicina era exercida majoritariamente por profissionais do sexo masculino (69,8%), entretanto indica um crescimento da participação feminina na profissão, com percentagens de inclusão que lhes eram mais favoráveis em Pernambuco e Alagoas. Quando inclui o indicador faixa etária, as mulheres na faixa etária entre 50 e 59 anos representavam 18,1% dos médicos, e entre os até 27 anos, 40,2% dos profissionais. O estudo revela que a Medicina era exercida principalmente por jovens com menos de 45 anos (63,4%).

Os estados da região Sudeste concentravam a atuação dos médicos, principalmente São Paulo e Rio de Janeiro, e o Norte do país registrava as menores concentrações, o que se refletia na relação médico/habitante em que o estado do Rio de Janeiro possuía 1 médico para cada 271 habitantes enquanto o Maranhão possuía 1 médico para 1529 habitantes. A melhor relação estava no Distrito Federal com 1 médico para 239 habitantes (CFM,2004).

Quando analisado o local onde era exercida, os dados apontam que a profissão continuava sendo exercida predominantemente nas capitais (62,1%), no entanto, comparando com os índices no estudo anterior realizado por Machado em 1996, as capitais correspondiam a 65,9%, o que pode indicar, em 2003, uma migração do médico em direção ao interior do país, chegando a cerca de 38% em contraposição ao estudo anterior que era de 34%.

Não podemos deixar de considerar que a fixação do trabalho do médico sofre influência do local de sua formação, estando relacionado à distribuição territorial das escolas médicas e dos programas de residência. Desta forma, para entender a distribuição geográfica de médicos é importante observar a distribuição geográfica das faculdades e dos programas de residência. Segundo estudo sobre a formação de médicos no Brasil, no período de 1982 a 2003, realizado por Martins *et alii* (2005), graduou-se no país um total de 164.035 médicos, sendo 58,7% na região Sudeste, 17,5% na região Nordeste, 16,1% no Sul e 3,4% na região Centro-Oeste.

Veloso (2007), em avaliação sobre a oferta regional de cursos e matrículas na área da Saúde, destaca que o curso de Medicina, em 2005, concentrava sua oferta na região Sudeste, em que, no total de 147 cursos, 69 pertenciam a essa região.

No entanto, quando se utiliza o indicador de oferta de vagas, mesmo considerando que a concentração dessa oferta situava-se nessa região, percebemos que no período entre 1991 a 2005, a região Centro-Oeste obteve a maior taxa de crescimento, em torno de 262,5%. A região Norte, nesse mesmo período, obteve o segundo maior incremento na oferta de vagas, em torno de 220,3% registrando, entretanto, participação significativa do setor público, com a taxa de 114,24%. Por outro lado, na região Sudeste o crescimento total de vagas representou 76,7%, sendo a maior representatividade no setor privado, que esteve em torno de 78,0% enquanto o público em torno de 11,8%. Constatamos que no período de 1998 a 2005 existiu um maior esforço para oferta de cursos de Medicina nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, em que a relação médico e habitante eram as menores do país. Nas regiões Norte e Nordeste, em 2003, eram respectivamente de 1/1345 hab e 1/1063hab. Desta forma, nesse período, as taxas de crescimento de vagas nas regiões são: 200% para região Norte e 114,3% na região Nordeste. A região Centro-Oeste registrou um aumento de 120%, no entanto a concentração do aumento de cursos ocorreu no Distrito Federal, que possuía, em 2005, 36% (4) dos cursos de Medicina da região.

Da mesma forma, os programas de residência no país concentraram a oferta de vagas nas regiões Sul e Sudeste, conforme podemos observar no quadro a seguir:

Tabela 11
Distribuição de Vagas em Programas de Residência Médica por Região Brasil – 2008

Unidade da Federação	Vagas	Percentual
Sudeste	16.606	60,0
Sul	4.441	16,1
Nordeste	3.774	13,7
Centro-oeste	1.932	7,0
Norte	902	3,2
Total	27.655	-

Fonte: BRASIL/MEC/CNRM/2008c

Pinto e Machado (2000), em um estudo sobre a migração de médicos em busca de especialização, enfatizam que os médicos tendem a permanecer no local onde realizaram sua residência médica, independentemente de serem ou não naturais do local:

O estado de São Paulo, além de ser o principal pólo de chegada de migrantes segundo a formação, configura-se como o local de moradia e trabalho da maior parte destes, ou seja, após a conclusão da residência médica, cerca de 60% desses migrantes não retornam ao seu estado natal, fixando-se, assim, neste estado. A situação é idêntica no Distrito Federal, onde mais da metade destes migrantes permanecem quando terminam a residência (PINTO; MACHADO, 2000, p. 62).

Em relação à graduação, a maioria dos médicos a concluiu no Brasil (99,1%), principalmente em instituições de ensino superior (IES) públicas (70,6%). Predominantemente estes médicos tinham até 15 anos de formados (48,2%) e grande parte com formação em curso de pós-graduação, em residência médica (61,6%) e especialização em Medicina (37,3%), e o título de especialista (66,5%). Em relação aos cursos de pós graduação *stricto sensu*, mestrado (14%), doutorado (6,8%) e pós-doutorado (1,3%), representava valores superiores à pesquisa anterior que correspondia a 7,7%, 3,7% e 0,9% respectivamente (MACHADO,1996).

Quanto ao título de especialista, no país existem duas possibilidades de adquiri-lo: freqüentar um programa de Residência Médica e, ao final, receber um título ou submeter-se a um exame da respectiva sociedade de especialista, opção por vezes utilizada também por aqueles que concluíram programas de Residência Médica. A Residência, no entanto, atualmente figura como o principal mecanismo formador. As sociedades de especialistas acabam por atuar na atualização / educação continuada dos médicos.

No estudo realizado em 2003, pelo CFM, a grande maioria dos títulos tanto de residência médica como de Mestrado e de Doutorado foi obtida no país, em IES de caráter público, principalmente na região Sudeste. Diferentemente, os cursos de pós doutorado foram realizados em outros países (61,7%), em instituições públicas (72,7%). As seis áreas temáticas ou especialidades que figuravam entre as de maior freqüência nos programas de residência, nos cursos de Mestrado e Doutorado podem ser constatadas na Tabela 12. Podemos verificar a distribuição percentual das áreas de especialidades ofertadas na pós-graduação e constatar que as áreas de Medicina Sanitária e Medicina Geral e Comunitária, que supomos tenham maior relação com o perfil de formação para o SUS, ainda mantinham uma baixa oferta. Nos cursos de Pós Doutorado, a Cardiologia e Urologia mantinham as maiores freqüências, incluindo também entre as áreas de maior freqüência a de

Cancerologia, Nefrologia e Gastroenterologia, que mantinham a mesma freqüência da área de Ginecologia e Obstetrícia (3,8%).

Tabela 12

Demonstrativo das Áreas Temáticas / Especialidades de acordo com a freqüência em programas de Residência, Mestrado, Doutorado e Pós Doutorado – Brasil 2003

Área temática/especialidade	Programa de Residência	Mestrado	Doutorado	Pós-Doutorado
Cirurgia Geral	15%	6,2%	5,6%	2,2%
Medicina Interna ou Clínica Médica	13,6%	8,4%	5,8%	1,1%
Pediatria	11,3%	7,2%	3,8%	2,2%
Ginecologia e Obstetrícia	8,7%	5,2%	5,1%	3,8%
Anestesiologia	6,9%	1,8%	2,3%	1,1%
Cardiologia	6,6%	7,0%	12,0%	9,2%
Urologia	3,3%	3,6%	5,5%	9,2%
Medicina Sanitária	1,1%	3,4%	2,3%	2,7%
Medicina Geral Comunitária	1,2%	0,7%	0,5%	0,5%

Fonte:CFM/2004

Em relação aos Cursos de Especialização com duração mínima de 360 horas, os índices atuais (37,3%) são inferiores ao estudo prévio que indicava 40,7%. A oferta desses cursos também predominava na região Sudeste, no entanto por IES privadas, e as áreas principais de escolha foram: Medicina do Trabalho (15,9%), Cardiologia (8,7%), Administração Hospitalar (6%), Homeopatia (4,0%), Acupuntura (3,5%). As áreas de Medicina Sanitária e Medicina Geral e Comunitária tiveram respectivamente, 2,4% e 0,9%.

Quanto ao título de especialista em áreas médicas (66,5%), grande parte (70,2%) foi concedida por uma sociedade de especialidade, com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) ou CFM (87,5%). As três especialidades que forneceram mais títulos foram a de Pediatria (10,4%), Cardiologia (10%) e Obstetrícia (9%). Dentre as especialidades listadas, figura a Medicina Sanitária com 0,8%, e Medicina Geral Comunitária com 0,6%. A pesquisa revela, ainda, que 59,9% dos participantes possuíam apenas um título, enquanto 31% possuíam dois e 9,1% três títulos. Esses dados nos levam a supor que a especialidade ainda é a área de maior atuação do médico, vista como forma de assegurar maior inserção no mercado de trabalho e ainda, de acordo com o estudo, a maioria esta satisfeita com sua especialidade (65,4%), mesmo que em valores inferiores à pesquisa anterior (86,6%) (CFM, 2004).

Sobre o processo de especialização na medicina, Oliveira e Pinto (2007) citam algumas teses. A primeira refere-se ao desenvolvimento tecnológico que

ampliou o campo do conhecimento nas ciências médicas, ocasionando um paradoxo na profissão, no que tange à incapacidade dos profissionais de exercê-la em sua plenitude; a segunda, especificamente no Brasil, refere-se ao incentivo dado pelo setor privado na década de 1970, criando segmentos específicos para o mercado de trabalho em algumas especialidades. De acordo com Médici (apud OLIVEIRA; PINTO, 2007), esse fato teve como consequência o rebaixamento dos salários em razão da grande oferta de médicos nos grandes centros, e ainda pela facilidade de se acumular empregos públicos e privados com a atividade. A terceira explicação relaciona-se ao papel que a Previdência Social teve no direcionamento das políticas setoriais nas últimas décadas, que inclui tanto o financiamento como a questão da compra e execução das ações de saúde, contribuindo assim para a especialização médica.

Entre os sujeitos entrevistados em nossa pesquisa, um docente indicou que a especialização do trabalho médico foi influenciada pelo próprio sistema de saúde que na década de 1970 priorizou a contratação de especialistas:

Durante anos, o SUS que é o maior empregador, só para se ter uma idéia no estado de Goiás, mais de 65% dos médicos trabalham para o SUS[...] que é o maior empregador e em 20 anos, não fez nenhum concurso para médicos com formação geral, só fez concurso para especialista. Então você tinha campo e mercado de trabalho para especialidades. Esse foi um aspecto muito forte [...] estou na cadeia de formação e lá na ponta, o sistema está contratando especialista é difícil convencer o meu aluno que ele precisa ser um médico de formação geral (DGA3).

Concordamos com Oliveira e Pinto (2007) que a especialização vem em consequência do aparato científico e tecnológico. A revolução tecnológica alterou o perfil e as exigências dos profissionais, assim como da própria clientela. Não podemos desconsiderar que essa revolução produziu efeitos positivos, ou seja, mais esclarecimento, mais segurança e a possibilidade de melhoria da qualidade de vida e, em consequência, maior expectativa de vida. No entanto, enquanto efeitos negativos resultam em sérias implicações nos custos de assistência médica hospitalar, o que leva ao questionamento cada vez mais freqüente do modelo da medicina “superespecializada”, tanto em relação ao seu poder de resolutividade, quanto de sua eficácia aos contrastes sociais e regionais. O que agrava mais ainda essa questão é a especialização precoce dos recém – formados, exigida pelo próprio mercado de trabalho, que se orienta pelo uso direto da tecnologia, em oposição à

grande parcela da população brasileira que não têm sequer acesso a serviços básicos de saúde.

Ainda sobre a especialização do trabalho médico, Médici (apud OLIVEIRA E PINTO, 2007) indica que essa foi um mecanismo criado para permitir a expansão do mercado do trabalho do médico e assegurar o *status quo* da categoria. No entanto, para esse autor,

[...] a especialização pode ser encarada como uma situação de complementaridade e dependência entre os profissionais, como uma forma de preservar os nichos profissionais e conseqüentemente a autonomia profissional. O médico que detinha conhecimento do indivíduo como um todo, passou a dividi-lo com outros profissionais, tratando apenas de parte específica, reduzindo a sua noção de totalidade, tanto do objeto de seu trabalho, o *paciente*, quanto do produto de seu trabalho, afastando-se da relação direta com o paciente (MÉDICI apud OLIVEIRA E PINTO, 2007, p.5).

Em nossa pesquisa na Faculdade de Medicina da UFG, a questão da especialização ficou evidenciada, na medida em que, entre os sujeitos pesquisados, todos os docentes lotados na Faculdade eram médicos atuando em alguma especialidade, e os estudantes, apesar de estarem no penúltimo ano do curso, já haviam se definido pela especialidade. Quando perguntávamos como pensavam sua área de atuação após ser graduado, afirmavam:

Sou aluno do 5º ano de graduação [...] e penso em me especializar em cirurgia (DIS3)

Sou aluno do 5º ano da FM [...]No momento estou pensando em me especializar em ginecologia e obstetrícia[...] mas já pensei em outros momentos, também em outras áreas(DIS2).

Estou cursando o 5º ano de Medicina [...]Médico generalista, de jeito nenhum. (risos) perspectiva de mercado para esse médico no Brasil não existe, ou você tem que viver de plantão para conseguir um salário digno, numa unidade de saúde sem condição de trabalho, até com riscos para sua idoneidade[...] ou então ir para o interior para conseguir um salário melhor... acho inviável[...] a participação no PROMED em especial, influenciou muito, porque entrei em alguns trabalhos na área de educação e política, então tive oportunidade de entrar em contato com o tema, me interessei por políticas de saúde e educação médica, acho que é uma área que pretendo trabalhar(DIS1).

Poderíamos supor que a prática médica incorporou a especialização como um *habitus* profissional, e que serve para referir o funcionamento do corpo socializado. Através da especialização, os médicos adquirem um capital social que, de acordo

com Bourdieu (1998), corresponde ao conjunto de recursos atuais ou potenciais ligados à posse de uma rede durável de relações institucionalizadas, que lhes garante a vinculação a um grupo, constituído de agentes que possuem propriedades comuns, e também unidos por ligações permanentes e úteis. Para esse autor, a existência de uma rede de relações não representa um dado natural, bem como um “dado social”, mas é,

Constituído de uma vez por todas e para sempre por um ato social de instituição[...], mas o produto do trabalho de instauração e de manutenção que é necessário para produzir e reproduzir relações duráveis e úteis, aptas a proporcionar lucros materiais e simbólicos (1998, p.68).

Sendo assim, as especialidades são reconhecidas pelo CFM e ainda criadas pelas Sociedades das Especialidades, que além de exercerem o papel de aglutinar os especialistas através de eventos científicos, também têm o papel de emitirem o título de especialista através de processos específicos. Desta forma o capital cultural, aqui representado pelo título de especialista, tem o reconhecimento por parte do Estado, que de alguma forma adquire o trabalho médico especializado, por meio do pagamento de honorários diferenciados e de seu privilegiamento na atividade assistencial, ou seja, o certificado de especialidade permite a conversão de capital cultural em capital econômico, garantido o valor em dinheiro dessa especialidade.

A organização do trabalho médico, e conseqüentemente da prática médica, tem grande influência na formação médica, na medida em que ela impõe ao ensino médico suas próprias leis e funcionamento. Se a especialização é uma imposição da prática médica, essa passa a influenciar a formação escolar e o currículo da escola médica passa a se adaptar a essa situação e, de certo modo, reforça tal situação.

Na medida em que a Categoria Médica reconhece que as Políticas Públicas de Saúde, mais especificamente as estratégias de saúde da família, se constituem um espaço de trabalho para a categoria, admite a necessidade de que os seus princípios devam ser contemplados na formação desse profissional. A inserção dessas políticas já havia sido recomendada, quando a OPAS, em 1970, desenvolveu estudo sobre a educação médica na América Latina, incluindo as brasileiras, e constatou incorporação deficiente dos planos nacionais de saúde ao processo de

formação dos profissionais da área, e ainda a falta de coordenação entre os instrumentos de formação e as necessidades da população.

Desta forma, a discussão sobre a educação médica ganhou importância nos fóruns da categoria, com destaque para as ações da ABEM. A centralidade dessas discussões residia nas mudanças no perfil de formação médica, que deveria contemplar as diretrizes constitucionais do SUS, em que o profissional deve ser apto a atuar em todos os níveis de atenção à saúde e que tenha a integralidade como o eixo de ação. De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), a discussão se amplia sobre o processo de formação centrada em conteúdos e organizado de maneira compartimentada e isolada valorizando a especialidade da clínica, o que perpetua modelos tradicionais de atenção à saúde.

Sobre a inserção científica dos médicos no país, no estudo de 2003, foram incluídos itens sobre a participação em congressos científicos, acesso a revistas científicas, condição de membro de sociedades científicas e auto-avaliação sobre a necessidade de aprimorar conhecimentos.

Neste estudo, grande parte dos médicos (86,7%) tinha participado de algum congresso científico nos últimos dois anos, índices superiores aos da pesquisa realizada em 1996 (73,6%). A participação geralmente era como assistente, quer seja em congressos regional, nacional ou internacional. A maior participação com apresentação de trabalhos foi realizada em congressos nacionais (15,7%). A grande maioria dos médicos (92,1%) tem acesso a alguma revista científica, números equivalentes aos da pesquisa anterior. Em relação a pertencer a alguma sociedade científica, os números de 2003 (71,3%) são inferiores aos de 1996 (98,3%), sendo que dos que indicaram ser membros a maioria é de instituições científicas de âmbito nacional (80%). Consideraram a participação científica como necessidade de aprimorar conhecimentos, na perspectiva de maior qualificação técnica para o trabalho (83,9%) e ascensão profissional (10,4%), valores equivalentes aos do estudo anterior. O CFM considerou que a “inserção científica do médico parece estar se consolidando no Brasil [...] percebe-se um médico mais interessado e, por que não dizer mais preparado em questões científicas. No entanto está caindo a adesão às sociedades científicas” (CFM, 2004, p.73).

2.2.2 – O Mercado de Trabalho Médico – Tendências e Avaliação

Sobre o mercado de trabalho, a pesquisa efetuada em 2003 indica que o universo de médicos em atividade corresponde a 98,3%, o que revela, segundo o Conselho da categoria, que o desemprego praticamente inexistente, sendo a aposentadoria retardada ao máximo. Dos que indicaram não exercer a profissão (1,7%), os motivos ou era o desemprego (0,8%) ou por aposentadoria (0,9%).

Considerando o local onde exerciam a Medicina, na pesquisa realizada em 1996, grande parte dos médicos indicou exercê-la no consultório (74,7%) e no setor público (69,7%), já em relação ao setor privado os índices eram menores (59,3%). Na pesquisa mais recente realizada em 2003, os que exerciam sua atividade no consultório (67%) e no setor privado (53,8%), portanto, esses indicadores diminuíram, em relação à pesquisa anterior. No setor público, não se alterou (69,7%). Foram indicadas também atividades no setor filantrópico (20,3%) e como docente (18,9%), mostrando a diversidade de campos de atuação do médico²¹. O estudo também supõe que houve um aumento no número de atividades exercidas pelos médicos em relação à pesquisa anterior, ou seja, os que indicaram realizar quatro atividades passaram de 15,9% para 16,7%; aqueles com 5 atividades eram 6,1% passando para 7,4% e, o que surpreende é que os que mencionaram 6 ou mais atividades representaram quase o dobro de 2,4% para 4,1%. Com esses dados, podemos inferir que o mercado de trabalho médico é de *multiempregos* (MACHADO,1996), ou seja, o mesmo profissional atua em mais de uma atividade simultaneamente.

Esses dados preocupam o CFM, que procura explicar essas múltiplas atividades médicas como consequência da insegurança do trabalho médico:

A condição de profissional com atividades múltiplas parece cada dia caracterizar mais o médico que atua no Brasil. Se antes compreendia uma estimativa de 24% dos profissionais da área, hoje são 28%. Esta panacéia de ocupações, combinando o trabalho nos setores consultório, privado, público, filantrópico e docente, dá uma idéia precisa do clima de insegurança e trabalho árduo dos médicos [...] (CFM, 2004, p.141).

²¹ Na pesquisa, para cada uma dos cinco setores principais de atividades, ou seja, consultório, privado, público, filantrópico e docência, foram consideradas três possibilidades de atuação, que poderiam ser indicadas pelos médicos que as tivessem. Na pesquisa de 1996, foram considerados apenas três setores, consultório, público e privado (CFM, 2004, p.78)

Entendemos que o trabalho médico, mesmo reconhecendo seu desenvolvimento científico e tecnológico, com os dados apresentados pela pesquisa do CFM, tende cada vez mais para a proletarização e o assalariamento, em razão das transformações observadas no cenário mundial, em termos econômicos, políticos, sociais, científicos e tecnológicos, que interferem diretamente nas profissões, sobre o modo como estas se organizam e se inserem no mercado de trabalho, e a medicina não é exceção, mesmo sendo a profissão mais antiga dentro da área da Saúde. Contribuem também para esse processo as políticas e legislação de saúde, conciliadas à dinâmica mercadológica da profissão, que têm levado os médicos a prestarem serviços, cada vez mais, através de vínculos empregatícios, cooperativas ou remuneração por tarefas.

Diniz (2001), em discussão sobre a proletarização do trabalho, cita, como exemplo, os médicos. Historicamente, eles sempre se apresentaram como profissionais liberais com seu trabalho realizado diretamente com seus pacientes. Atualmente, passaram a depender de planos de saúde para desempenhar suas atividades, tornando-se assalariados. A concorrência entre pares, motivada pelo aumento significativo dos cursos de Medicina no país e o fato da mudança de comportamento dos pacientes que passaram a ser mais exigentes quanto ao atendimento prescrito, colocam o profissional de saúde numa disputa por um novo espaço.

A atividade médica exercida no consultório permanece, como na pesquisa de 1996 como a segunda de maior importância, sendo ela realizada em estabelecimento próprio, quer seja individual (32,1%) ou em grupo (19,7%). Essa atividade consumia até 20 horas semanais (67,3%) e representava em torno de 50% dos rendimentos mensais (68,1%). A opção por essa atividade foi por iniciativa própria (49,2%) ou por exigência dos convênios (31%).

Com relação ao setor público, em 2003, caracteriza-se como um mercado importante e estável, sendo o principal local onde o médico exercia sua função, em que o trabalho era realizado principalmente no hospital (56,6%). No entanto, diferentemente da pesquisa anterior, os postos de saúde passaram de 1,3% para 14,3%. É importante destacar a diminuição das atividades de ambulatório, que passaram de 30,1% para 9,2%, e o surgimento das unidades do PSF, que representavam 4,9% do local de trabalho do médico no setor público. Essas atividades eram exercidas em instituições municipais (38,9%) e estaduais (38,7%),

com menor freqüência no setor federal (22,4%). Nesse setor, os médicos tinham majoritariamente dedicado até 20 horas semanais (51,3%) e os que trabalhavam até 40 horas representam 92% dos participantes da pesquisa. Entretanto, essa dedicação quase exclusiva da maioria, representava, para 74,2%, deles, um ganho mensal de 50% ou menos de seu rendimento.

Nos setores privado e filantrópico, predominava também o trabalho na rede hospitalar, de natureza de convênios com o SUS ou planos privados, com carga horária de até 20 horas semanais. Com relação à participação dessa atividade na renda mensal, o setor privado mantinha valores equivalentes ao setor público, ou seja, para 73,9% essa atividade representava até 50% ou menos da renda mensal. Já no setor filantrópico, essa participação tendia a ser pequena, situando-se em até 10% da renda mensal para maioria dos respondentes (56,7%).

Quanto à avaliação das condições de trabalho, no setor público a maioria exercia sua profissão por até 10 anos e considerava as suas condições regulares (45,9%) e boas (31%). No setor privado, não se alterou o tempo de exercício da profissão, sendo as condições de trabalho consideradas boas (55,6%) ou excelentes (18,8%), e no setor filantrópico, regulares (39,4%) ou boas (36,7%).

Esses dados são ratificados com os resultados de pesquisa²² publicada no jornal Folha de São Paulo em agosto de 2007, em que os médicos indicaram como melhor hospital da cidade de São Paulo o Hospital Israelita Albert Einstein, integrante da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, de natureza privada, com 43% de indicação, seguido dos Hospitais Sírio-Libanês com 18%, e Osvaldo Cruz com 15%. O Hospital das Clínicas, único hospital público citado, figura em quarto lugar, com 7% de indicações, sendo que obteve o melhor índice entre todos no quesito equipe médica. Esse estabelecimento é vinculado à Secretaria de Estado da Saúde e associado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo na sua equipe 3 449 médicos, professores e residentes.

Ainda sobre o estudo do CFM, a atividade docente integrava a atividade médica, sendo que a participação nessa atividade era pequena, 18,9%. Desses, a docência compreende uma alternativa, visto que a grande maioria declarou ser médico e docente (85,9%), sendo poucos (14,1%) os que se dedicavam

²² A cidade de São Paulo, segundo o jornal Folha de São Paulo de 26/08/2007, possuía 343 hospitais, sendo 45 públicos, 28 filantrópicos e 270 privados, com pelo menos 51 000 médicos em atuação. Para a pesquisa de avaliação dessas instituições hospitalares, foram ouvidos pelo Datafolha 1000 médicos de várias especialidades, escolhidos aleatoriamente, a partir de uma amostra representativa de médicos atuantes em São Paulo (Folha de São Paulo, 2007).

exclusivamente a essa atividade. Apesar do setor público quase que como regra geral exigir a dedicação exclusiva, principalmente as IES federais, naquele estudo apenas 4,9% indicaram exercê-la, predominando os regimes de trabalho de 20 horas semanais (44,7%) e de 40 horas (23,3%). Essa realidade também se configura na Instituição de Ensino onde realizamos a pesquisa, em que dos 128 docentes em atividades na faculdade, apenas dois possuem dedicação exclusiva, 83 docentes possuem regime de 40 horas semanais e 43 em regime de 20 horas semanais.

Percebemos ainda, no estudo do CFM (2003), que as instituições privadas atraíam significativa parcela dos docentes (30,7%), e quando somadas às filantrópicas (6,7%) superavam o total de docentes em instituições federais (33,6%). Poderíamos indicar que esses dados correspondem à política de expansão da educação superior a partir dos anos de 1990, que privilegiou o setor privado em detrimento do público. Nos períodos posteriores à aprovação da LDB, presenciamos uma reconfiguração da educação superior, não só respaldada legalmente, mas também porque a década de 1990 registrou no país a grande interferência dos organismos multilaterais nas políticas educacionais, destacando-se o Banco Mundial (BM), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e agências da Organização das Nações Unidas (ONU), especificamente na oferta de cursos de Medicina, representou um crescimento do setor privado de 79,4% e 41,3% no setor público no período entre 1991-2003. Em 1991, de acordo com o Censo do INEP, 57,5% dos cursos de graduação em Medicina ofertados eram públicos e em 2003 essa oferta correspondia a 51,6%.

Diferentemente das atividades exercidas em outros setores, a atividade docente, para 47,1% dos participantes, contribuía em até 10% da renda mensal, e para 90,4% com até 50% dessa renda. Avaliaram que as condições em que exerciam suas atividades eram boas (43,8%) ou regulares (36,3%).

Uma preocupação que permanece desde a pesquisa realizada em 1996 é o trabalho médico em regime de plantão, que à época correspondia a 48,9% e, em 2003, representou 51,8% dos participantes da pesquisa. Para o CFM, essas atividades têm se

constituído fonte de ingressos, mas também de sacrifícios. Conhecer a natureza dessas atividades pode contribuir para pensar políticas públicas e estabelecer normas que procurem assegurar a qualidade de saúde e boas condições de trabalho do médico (CFM, 2004, p.84).

As atividades de plantão compreendiam um regime de 12 a 24 horas semanais para 54,5% dos entrevistados e menos de 12 horas para 4,1%.

Sobre as condições de saúde pública, predominou entre os entrevistados na pesquisa do CFM, os que consideravam inadequadas (46,2%) as condições gerais de saúde da população, sendo muito poucos (9,9%) o que as consideravam adequadas. Sobre a situação do atendimento às urgências e emergências, a avaliação é equivalente ao item anterior, prevalecendo a avaliação de inadequadas (49,4%). Sobre a avaliação das condições da assistência materno-infantil, consideraram mais ou menos adequadas (39,9%), inadequadas (32,9%), e as menores percentagens para os que avaliaram como adequadas (27,7%). Considerando que os médicos têm papel importante no atendimento da saúde da população, essa avaliação deve ser ponderada quando da definição de políticas públicas dirigidas a problemas específicos da saúde.

A pesquisa incluiu ainda a avaliação sobre o impacto do SUS e do PSF na saúde da população, em que grande parte dos médicos (84,2%) indicou que essas estratégias de saúde pública estavam presentes na cidade e /ou região que atuavam. Quanto à avaliação do SUS, em seu processo de implementação, os médicos consideraram inadequado apontando como fatores que mais contribuíram: a piora ou diminuição das condições de trabalho, os rendimentos médicos, a qualidade dos serviços e organização dos serviços, Entretanto, apontaram que melhoraram a cobertura da assistência e a oferta do emprego médico.

Sobre o PSF, os dados indicam que os médicos tinham uma apreciação mais positiva para esse programa de saúde, o que pode ser percebido quando foram mais unânimes em apontar um aumento ou melhora do emprego médico (74,6%) e da cobertura da assistência (70%). Com menor ênfase (46%) aqueles que indicaram que não houve alteração quanto à qualidade dos serviços, à organização dos serviços, aos rendimentos médicos e às condições de trabalho, mas em relação a esse último item, foram mais freqüentes aqueles que indicaram que piorou (26,3%). É importante ressaltar que, por ocasião da pesquisa, em 2003, havia municípios que não dispunham dessa cobertura²³, gerando inclusive discussões entre a comunidade médica dos benefícios da mesma, e que na pesquisa foram manifestadas sobre as

²³ Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2003, havia 19 mil equipes de Saúde da Família, atendendo a 4 400 municípios, com cobertura de 35,7% da população brasileira, correspondendo a 35,8 milhões de pessoas. Em 2006, os números correspondem a 26.729 equipes de saúde da família, 5106 municípios, cobertura de 46,2% da população, representando 85,7 milhões de pessoas (BRASIL, 2005).

prioridades de implementação, indicando fatores que poderiam assegurar a eficácia na promoção da saúde pública e proporcionar melhores condições de trabalho e de assistência à população. Desta forma, foram indicados em ordem decrescente as seguintes prioridades; condições de trabalho (93%), remuneração (92,6%), infraestrutura (91,3%), plano de carreira (84,1%), critérios de seleção para acesso (82,4%), vínculo trabalhista (79,6%), estabilidade no emprego (76,4%) e hierarquia na equipe (71%).

Segundo a pesquisa, o CFM apontou como componentes principais do trabalho médico, o rendimento e as condições de trabalho, fatores que, de acordo com os entrevistados, estavam comprometidos na implementação do SUS e do PSF e, desta forma “refletindo mais na deterioração do trabalho médico do que na sua melhora” (p.105).

Na pesquisa, foram ainda incluídas questões sobre o sistema de convênios, considerando o seu reconhecimento sobre o importante papel que esses têm na assistência médica da população brasileira, atuando entre o médico e seus pacientes. As respostas obtidas indicam que essa modalidade era vista como um sistema que “aprisiona” os médicos, impondo-lhes amarras e, até, modificando sua condição de profissional liberal para a de “trabalhador informal” da iniciativa privada (CFM, 2004, p.108), o que nos parece uma avaliação desfavorável ao sistema de convênios. No entanto, quando solicitados que opinassem sobre o futuro da profissão médica, a maioria considerou que o sistema de convênios e a criação ou fortalecimento de uma central de regulação seriam importantes no futuro de sua profissão, apesar de reconhecerem que esse sistema, na prática, restringe a fixação de honorários, diminui a autonomia profissional e reduz a escolha para o paciente.

Por fim, destacamos as respostas dos médicos em relação às atitudes frente à vida e valores humanos, temáticas incluídas pela primeira vez nesse tipo de pesquisa tendo como objetivo melhor compreender a realidade dos médicos, os valores humanos que eles assumem como princípios que lhes guiam a sua satisfação com a vida. Os três valores humanos de maior importância para os médicos foram: honestidade, ordem social e afetividade e saúde. Em contrapartida, os menos importantes incluem: emoção, poder e prestígio. Esses resultados evidenciam, segundo o CFM, que os médicos priorizavam os valores sociais em detrimento da orientação pessoal, ou seja:

Os médicos se pautam principalmente por valores interacionais, que realçam a importância atribuída às relações interpessoais e ao convívio com os demais. Contrariamente rejeitam em maior medida aqueles valores que sugerem um contexto de instabilidade e mudança pessoal, bem como os que promovem uma orientação ao êxito e ao princípio de hierarquia e desigualdade social (2004, p.122).

Sobre a importância de tais valores, podemos afirmar que os agentes sociais na categoria médica, buscando o capital de reconhecimento no campo específico, utilizam estratégias de investimento simbólico, que, de acordo com Bourdieu (2005^a), têm o objetivo de reproduzir esquemas de percepção e apreciação mais favoráveis às suas propriedades e, desta forma, desencadear ações capazes de serem reconhecidas e aprovadas pela categoria.

Sobre o grau de satisfação que os médicos apresentavam em relação à vida, os dados do CFM (2004) indicam que os mesmos se mostraram satisfeitos, manifestado, por exemplo, em um item específico da pesquisa, em que a maioria considera que "dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida" (p.124).

O estudo concluiu que, apesar dos médicos indicarem essa satisfação, quando se incluía a questão salarial, mesmo considerando que a categoria possuía salários superiores à maioria da população brasileira, eles demonstraram algumas preocupações e insatisfação, pela diminuição da renda mensal e pela falta de um plano de cargos e salários para a categoria que permitisse aspirar "uma aposentadoria ao menos condizente com a complexidade e a grandeza da profissão" (p.144) gerando estratégias de enfretamento, a exemplo da necessidade de realizar um número excessivo de plantões. Essa questão era ainda reforçada quando admitiam que o PSF tem promovido o aumento do emprego médico, mas consideraram prioritária a implementação de um plano de carreira para assegurar a eficácia desse programa, bem como incentivo para o trabalho médico no interior dos estados.

Essa parece também ser uma preocupação dos coordenadores da Faculdade de Medicina em que realizamos nosso estudo, que, no projeto do Pró-Saúde, indicam a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas de valorização do profissional do SUS, em direção à criação da Carreira do Profissional de Saúde no SUS, com possibilidade de crescimento no trabalho, de educação permanente e de

um salário digno que motivaria a escolha do setor público como mercado de trabalho médico (UFG, 2005).

Os resultados da pesquisa de 2003 do CFM não apresentaram grandes divergências em relação à pesquisa realizada em 1996, e indicaram para urbanização, especialização, redução da remuneração, multiplicidade de vínculos empregatícios, aumento da participação feminina, grande participação em plantões como forma de trabalho, informalização crescente das relações de trabalho. A avaliação desses dados permite supor que o mercado de trabalho médico no Brasil reproduz a tendência geral da economia contemporânea, que se utiliza cada vez mais da estratégia de flexibilização da contratação da força de trabalho, e que denota mudanças qualitativas e quantitativas no campo do trabalho médico.

2.3 Movimentos de transformação da educação dos profissionais da saúde

Entendemos que a proposta de mudanças para a educação médica está vinculada ao movimento pela transformação da formação de profissionais da área da Saúde, desta forma, faremos breve registro desse movimento, principalmente a partir de 1980.

No debate sobre a consolidação do SUS, há consenso de que a formação profissional e a organização do sistema de saúde estão intimamente ligadas. Portanto, a necessidade de uma colaboração orgânica entre os setores da saúde e da educação visando à efetiva implementação das diretrizes constitucionais do SUS e à implementação das diretrizes curriculares nacionais se faz cada vez mais presente. Almeida (1999) e Paim e Teixeira (2002) consideram que o sistema de saúde direciona a formação profissional e essa, por sua vez, condiciona o sistema de saúde, pois as universidades influenciam na formação dos sujeitos que irão interferir na organização dos serviços de saúde, quer facilitando ou dificultando as mudanças propostas pelo SUS.

No Brasil, desde 1980, há um movimento que busca mudanças na formação dos profissionais da área da Saúde através da construção de um novo modelo acadêmico. Nesse movimento, destaca-se a necessidade de se considerar a inter-relação dos espaços da universidade, dos serviços de saúde e da comunidade como indutores de uma nova proposta de trabalho, uma vez que se tem a visão desses espaços como campos de ação de sujeitos sociais. Na análise de Blejmar e Almeida

(1999), esse é o diferencial do modelo hegemônico de formação desses profissionais. No modelo vigente, os sujeitos não dispõem de recursos de poder para exercer suas práticas, a não ser os ideológicos que, por não estarem acompanhadas de práticas empíricas, políticas e teóricas, resultam em baixa eficácia nos processos de luta contra-hegemônica.

Entre os movimentos de mudanças registra-se, em 1979, a proposta de Integração Docente Assistencial – IDA²⁴, programa que envolvia acordo entre a OPAS, o MS e o MEC sendo definido como união de esforços em um processo de crescente articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde, adequados às reais necessidades da população, à produção de conhecimento e à formação de recursos humanos para atender ao contexto da prática de serviços de saúde e de ensino. Marsiglia (1995), na avaliação desse programa após 10 anos no Brasil, indica que existiram 50 projetos, no entanto, para sua análise só foram conseguidas informações de 36, distribuídos em 13 estados brasileiros contemplando todas as regiões. Desses, a maioria envolvia universidades públicas, sendo 22 das federais e 6 das estaduais e 8 de universidades e faculdades privadas. O financiamento das experiências contava com participação da Fundação W.K. Kellogg, que colaborou com 47,2% das experiências, Além dessa organização, participavam desse financiamento as próprias universidades, hospitais universitários, secretarias estaduais e municipais de saúde. Em sua análise, a autora constatou que houve privilégio de experiências no âmbito acadêmico, com mudanças no modelo de ensino, no currículo, na relação aluno / paciente, na capacitação docente, entre outras. No entanto, as mudanças nos serviços e na comunidade, que incluíam a melhoria de ampliação da assistência, integração e implantação do SUS e atuação social, tiveram menor incidência. Ao longo dos anos, a concepção do IDA foi considerada restrita, pois a presença da comunidade como membro efetivo do processo foi pouco significativa, limitando a sua participação como usuário do serviço.

Em 1991, surgiram os Programas Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde (UNI): União com a Comunidade, para América Latina e o

²⁴ A Proposta de Integração Docente Assistencial – IDA foi concebida como processo social, que integrava o processo global da sociedade, que exigia participação da comunidade, compreendia formação de todas as categorias profissionais e um compromisso entre as instituições, mantendo a individualidade de cada uma. Previa um novo processo de ensino-aprendizagem mediante vivências de práticas na realidade concreta e participação do aluno no currículo e conteúdo acadêmicos, interação permanente entre ensino e serviços e não apenas o seu uso eventual pelas faculdades (MARSIGLIA, 1995, p.18).

Caribe, com o financiamento da Fundação W.K. Kellogg, construído a partir da avaliação crítica da experiência do IDA.

O Programa UNI, de acordo com Chaves e Kisil (1999), representou uma oportunidade especial na busca de mudanças profundas e permanentes na maneira da sociedade entender o pensar e agir sobre o setor saúde que, com o passar dos anos, tinha progressivamente perdido sua capacidade de atender o mínimo aceitável às necessidades de uma sociedade em transformação. Foi elaborado na tentativa de melhor compreender e trabalhar a organização dos serviços de saúde, a educação dos profissionais da saúde, em particular do médico, e o papel da cidadania em construir sociedades democráticas e auto-sustentáveis. Esse programa surgiu na Fundação W.K. Kellogg, com base em uma reflexão sobre os avanços obtidos por projetos e programas anteriormente apoiados por ela, na perspectiva de uma forma de trabalho que conduzisse à convergência de vários movimentos que vinham acontecendo na América Latina, tais como a Integração Docente-Assistencial, a Saúde para todos no ano 2000²⁵ e o Desenvolvimento comunitário²⁶.

O Programa apresentava novas dimensões, sem dar a conotação de continuidade das estratégias anteriores. Segundo Almeida (1999), os projetos não se resumiam ao somatório dos seus três componentes: universidade, serviços de saúde e comunidade, e das estratégias estabelecidas pelas suas relações bilaterais: integração docente-assistencial, extensão universitária e atenção primária à saúde, como a primeira vista poderia se supor. As novas dimensões foram compreendidas como campos potenciais do desenvolvimento teórico-prático das ações dos projetos, identificadas e explicitadas com o desenvolvimento do programa. São elas: parceria, desenvolvimento de lideranças, institucionalização, desenvolvimento da comunicação e do trabalho em rede, desenvolvimento da avaliação interna dos projetos, pertinência, desenvolvimento acadêmico, dos serviços e comunitário. No Brasil, trinta e cinco cursos de graduação da saúde participaram do programa, entre os cento e três cursos participantes de diversos países. Entre os contemplados estavam cursos de Enfermagem, Nutrição, Medicina, Odontologia, Fisioterapia, Farmácia, Psicologia e Medicina Veterinária (IBIDEM).

²⁵ Saúde para todos no ano 2000 – foi desencadeado pela Organização Mundial de Saúde, após a reunião de Alma – Ata em 1978, em que a ênfase para os serviços de saúde era a atenção primária à saúde (APS) em uma relação íntima com a comunidade

²⁶ O desenvolvimento comunitário relacionava a universidade com a comunidade, como parte de suas atividades de extensão.

Segundo Pereira e Almeida (2003), esses dois projetos, a Rede IDA e o UNI, foram exemplos utilizados pelo movimento para mudança na formação dos profissionais de saúde como estratégias para atender à crescente insatisfação dos serviços em relação aos profissionais formados não compatíveis com a realidade do sistema.

Os movimentos se multiplicaram nas várias áreas profissionais, alguns mais organizados do que outros, mas todos envolvidos na problemática da mudança na formação acadêmica. A categoria dos médicos é aquela que mais se destaca nessa mobilização, principalmente através da CINAEM, criada em 1991 pelo Conselho Federal de Medicina e Associação Brasileira do Ensino Médico.

Para Feuerwerker (2002), a necessidade de mudar a educação médica reflete as mesmas necessidades de outras profissões da área da Saúde e tem sido tema dos fóruns propiciados pela ABEM e por outros atores da saúde ao longo de trinta anos. Processos de avaliação promovidos pelo CINAEM e pelo MEC, embora de natureza diferenciada, apontam conclusões semelhantes de que em muitas escolas há falta de preparo dos professores para atividades de docência e de investigação, baixa produção de conhecimentos, currículos arcaicos, carga horária excessiva, dissociação teoria e prática, dissociação entre ciclo básico e clínico, formação que favorece a utilização indiscriminada de tecnologia e prática profissional impessoal e descontextualizada.

Conforme já apresentado no capítulo anterior, a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais, representou para a área momentos de discussão, que culminaram com a aprovação em sua maioria em 2001, contemplando que na formação desses profissionais estivesse inserida as concepções das Políticas de Saúde vigentes.

Sobre a Educação Médica mais especificamente, segundo Almeida (1999), alguns eventos da década de 1990 influenciaram a Educação Médica Latino-americana, além dos já citados anteriormente. Em 1992, a divulgação pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) através das Associações Nacionais de Educação Médica do documento denominado: *As mudanças na Profissão Médica e sua Influência sobre a Educação Médica*, especialmente elaborado para as discussões preparatórias da 2ª Conferência Mundial de Educação Médica em Edimburgo, a 8ª Reunião Bianual da *Network of Community-oriented Educational Institutions for Health Sciences*, em Sherbrook (Canadá) e a Conferência Andina

sobre Educação Médica realizada em Cartagena (Colômbia) realizadas em 1993. Em 1996 foi criado *Steering Committe no Medical Education in the Américas Region*, por ocasião da interrupção da publicação da revista *Educación Médica y Salud* (1900-1996). Desta forma, podemos afirmar que a discussão sobre a transformação da educação médica envolve movimentos nacional e internacional.

2.4 As Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina e o perfil do Médico

Como foi descrito no Capítulo I, o processo de construção das Diretrizes Curriculares para os cursos da área da Saúde, entre 2001 a 2003, representou um momento importante de mobilização e discussão sobre os problemas da formação e conseqüentemente, da formação médica. Subsidiaram essas discussões os documentos produzidos na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e os do próprio movimento da Reforma Sanitária, assim como os estudos produzidos pela OPS e aqueles oriundos da 2ª Conferência Mundial de Educação Médica (Edimburgo, 1993) e o de outras Conferências da América Latina. Estiveram também presentes as avaliações dos Projetos UNI; os estudos do CINAEM. A discussão das Diretrizes significou avanço visto que proporcionou o resgate das diretrizes nesses movimentos, nesse sentido, alguns estudiosos sobre a Educação Médica avaliam que;

Em relação às novas diretrizes curriculares, agora vigentes, pode-se dizer que trazem claramente um avanço de abrangência política e social no contexto das necessidades de saúde da população brasileira, e exigem que as escolas médicas tenham maturidade institucional para implementá-las. Conferindo flexibilidade, o conjunto das diretrizes respeita a singularidade de cada escola médica, que ganha com isso legitimidade e espaço para executar as reformas que se fazem necessárias no âmbito da sua realidade (LAMPERT, 2002, p.97).

Para o Conselho Nacional de Educação /Câmara de Educação Superior, por meio do Parecer 776/97 (BRASIL, 1997^a, p.2), as Diretrizes Curriculares Nacionais representam orientações para a elaboração dos currículos que devem ser “necessariamente respeitadas por todas as IES, visando proporcionar flexibilidade e qualidade da formação oferecida aos estudantes”. As Diretrizes proporcionam às IES liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos

currículos, bem como no formato e nas especificações de estudos a serem ofertados.

Também estabelecem que a formação dos profissionais da saúde deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país buscando formar profissionais capazes de desenvolver a atenção integral à saúde, privilegiando o trabalho em equipe.

Cabe destacar que a publicação das Diretrizes Curriculares tem relação com o discurso das políticas para a educação, a partir dos anos de 1990, que anunciava significativa reforma educacional do ensino superior no Brasil, e que, no entendimento de Meyer e Kruse (2007), abrigava uma variedade de iniciativas e programas com propósitos diversificados que abrangiam desde a adequação do ensino às demandas sociais, às demandas de mercado de trabalho até a descentralização da administração do sistema, passando pela incorporação de novas tecnologias ao currículo, visando melhorar o rendimento dos alunos ou melhorar a qualidade do trabalho docente.

Da mesma forma, a publicação das Diretrizes ocorreu no momento em que o SUS estava em construção, e o MS vinha conduzindo discussões para concretização da ordenação de recursos humanos em saúde pelo SUS.

Em relação às Diretrizes Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina, o documento traça o perfil de competência, os conteúdos essenciais de conhecimento e demais orientações, direcionando para o resgate do homem/paciente cidadão enfatizando o compromisso dos responsáveis pela formação médica no País em formar um profissional fundamentado cientificamente, mas com habilitação para a prática de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

A Diretriz instituída pela Resolução nº 4 de 7/11/2001, do Conselho Nacional de Educação, traça o perfil do médico como um profissional generalista, capacitado a atuar no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, conforme estabelecido no Art.3º:

Art. 3º - O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso /profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva **da integralidade da assistência**, com senso de

responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001) (grifo nosso).

Destacamos a integralidade no atendimento, pois, aliada à universalidade e à equidade, resume os princípios da Reforma Sanitária Brasileira contemplados no SUS²⁷, em que a integralidade é entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990^a). Vemos que esse princípio busca assegurar ao usuário uma atenção na qual se inserem ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Sobre a integralidade, Mattos (2007) afirma que não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Denota uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, ou seja, ela determina certa configuração desejável, possível de ser concretizada, representando uma forma de diferenciar o que se quer construir daquela que existe. Em outras palavras, critica uma atitude médica fragmentada, baseada na especialização que reduz a doença apenas aos aspectos biológicos, e limita as práticas dos profissionais de saúde à atenção individual curativa. Representa, também, uma rejeição às organizações das práticas que priorizam programas verticais, separação entre saúde pública e práticas assistenciais, ações de saúde coletiva e atenção individual.

Sendo visto como um termo polissêmico, a integralidade, denota na maioria das vezes o aspecto desejável das práticas de saúde, nas formas de organização dos serviços de saúde e nas respostas governamentais aos problemas de saúde. Daí resulta a sua polissemia, ou seja, a aplicação de um termo a diversas situações concretas. Para os que defendem o paradigma da integralidade, é exatamente diante de uma situação concreta que diversos sujeitos reconhecem os sinais da integralidade ou de sua negação (MATTOS, 2007; ARAUJO, MIRANDA, 2007; LAMPERT, 2002).

Ao se propor à formação médica sob o paradigma da integralidade, impõe-se um desafio, pois não só significa a ruptura com o modelo tradicional de formação, mas também implica a reorganização dos serviços e a análise crítica dos processos de trabalho. Ao adotar o paradigma da integralidade, as Diretrizes Curriculares dos

²⁷ O Sistema Único de Saúde foi instituído pela Constituição de 1988, em que estipula o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art.198). Apesar de não utilizar o termo integralidade, esse tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz.

Cursos de Medicina direcionam para uma série de propostas de formação que aproximem os médicos das necessidades da atenção básica em saúde. Para Lampert (2002), o paradigma da integralidade, ao se contrapor ao paradigma Flexneriano e buscando equilibrá-lo para uma nova realidade social, propõe que o enfrentamento dos problemas do processo saúde-doença seja contextualizado, que o profissional compreenda as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, conforme prevista no Art. 6º das Diretrizes Curriculares (BRASIL, 2001):

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina [...].

Os termos que se referem à integralidade estão ainda presentes nas Diretrizes, relacionando-a com a integração entre as instâncias do Sistema de Saúde, quando estabelecem no Art.4º sobre as competências e habilidades gerais da formação médica:

Art. 4º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I – Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos[...].

Ao mesmo tempo em que a atenção integral possibilita a ampliação dos referenciais do profissional de saúde no desenvolvimento da construção de seu referencial de compreensão e ação, ela direciona para o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional no atendimento das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Desta forma, a atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde, condição necessária para que se constituam equipes interdisciplinares e multiprofissionais, e ainda, entre profissionais e usuários, proporcionando-lhes a ampliação efetiva de sua autonomia. Partindo dessa compreensão, é fundamental que o trabalho interdisciplinar e multiprofissional seja contemplado na formação desses profissionais.

Verificamos essa orientação nas Diretrizes em estudo, no Art.4º, item III das competências e habilidades de comunicação, que dispõe “os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral”; no Art.5º , item VIII – “reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral”; e XXI “atuar em equipe multiprofissional” e em seu parágrafo único “a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe”.

Na análise dos Art. 9º e 12º, percebemos também o paradigma da integralidade, na medida em que se estabelece a construção de modelos pedagógicos mais interativos, com indicação de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem, tendo o professor o papel de facilitador na construção do conhecimento, maior interação com o paciente e a comunidade desde o início do curso, privilegiando as atividades práticas, trabalho em equipe e maior aproximação com as ciências humanas e sociais.

Art. 9º O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

[...]

Art. 12. 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 referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

II – utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;

III – incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;

IV – promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;

V – inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;

VI – utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VII – propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno 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; e

VIII – vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

De acordo com Azevedo e Vilar (2006), adicionam-se aos princípios que regem a reformulação do ensino médico, na busca da integralidade, os preceitos de ética, humanismo e responsabilidade social que devem estar presentes de forma transversal em todo o processo de formação dos alunos de Medicina, direcionando-os para o exercício da profissão de maneira mais competente e adequada às necessidades da sociedade.

Para atender a esse perfil de formação do médico, é necessário que se estabeleçam não só novos cenários de prática, nas quais as práticas assistenciais estejam ocorrendo e não somente no ambiente hospitalar, mas também a sua orientação na prestação da atenção à saúde privilegiando as diretrizes da integralidade. Desta forma, é importante que se amplie a integração entre ensino, pesquisa e serviço, abrangendo os postos de saúde, os programas de assistência domiciliar, os centros de atenção psicossocial, as escolas, grupos comunitários entre outros. Assim, estudantes de medicina interagiriam com outras categorias de profissionais que trabalham na atenção à saúde e compreenderiam as dificuldades e as possibilidades das práticas conjugadas, vivendo o cotidiano do SUS.

Apesar do reconhecimento da necessidade para ampliação de cenários de ensino-aprendizagem, Azevedo e Vilar (2006) observam que, na prática, as escolas médicas, principalmente as mais tradicionais e de financiamento público, vêm enfrentando dificuldades para implantar as novas Diretrizes, principalmente por resistência por parte dos estudantes e docentes, referente à migração para cenários externos ao ambiente hospitalar. Essas e outras dificuldades para implantação das diretrizes são também apontadas pela CINAEM (2000) em seu trabalho de avaliação das escolas médicas.

Compreendendo que a política pública constitui espaço coletivo formal de reorientação da formação médica, o governo federal propõe os Programas PROMED e Pró-Saúde, de ação interministerial (MS e MEC) em apoio às escolas médicas para adequação do ensino e à produção de conhecimento e dos serviços no país, na

lógica da reafirmação das orientações contidas nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina. A proposta de tais programas é que a mudança na formação da graduação da Medicina tenha como parâmetro as Diretrizes Nacionais Curriculares. O Pró-Saúde em fase de implementação, no primeiro momento, 2005, estende seus incentivos aos cursos de Odontologia e Enfermagem, e mais recentemente, em 2008, aos demais cursos de graduação da área da saúde, avançando no caminho da valorização do trabalho interdisciplinar e multidisciplinar na saúde. Esses programas serão analisados no próximo capítulo.

CAPITULO III

Programas de reorientação para mudanças curriculares: PROMED e Pró-Saúde

Neste capítulo, propomos-nos a analisar os programas de reorientação das mudanças na educação médica dos Ministérios da Saúde e da Educação, através do PROMED – Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares na Escola Médica, implantado em 2002, e do Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde, a partir de 2005.

Compreendemos esses programas como estratégias indutoras de mudanças, propostas pelos Ministérios da Saúde e da Educação visando à participação mais ativa do Estado no processo de formação do médico, representando importante iniciativa no incremento da discussão e implementação de ações para mudanças curriculares na Medicina. A indução dos programas se faz por meio do financiamento dos projetos aprovados das IES, pelos quais o Estado busca a regulação do campo, utilizando de seu recurso simbólico, por meio da intervenção econômica (BOURDIEU, 1996).

A discussão aqui realizada está alicerçada nos documentos do MS e do MEC, nas análises de especialistas, publicadas principalmente pela ABEM. Trazemos também para essa análise o Projeto Técnico do PROMED e do Pró-Saúde, do curso de medicina da UFG, assim como os relatórios técnicos do PROMED no período de sua vigência. Destacamos que no período dessa pesquisa, o Pró-Saúde ainda não havia sido efetivado, apesar de o curso de Medicina ter seu projeto aprovado pelos MS e MEC, mas em razão do atraso no repasse de recursos financeiros pelos Ministérios, não estava em funcionamento. No entanto mantivemos a análise desse programa ainda que apenas de seu Projeto Técnico, pois ele contém uma avaliação das atividades da Faculdade no PROMED e também por ser entendido como programa de complementação do processo de mudança do curso de graduação.

3.1 PROMED – Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares na Escola Médica

Em 2002, com a aprovação das novas Diretrizes Curriculares para os Cursos da Saúde, instituiu-se uma articulação entre duas políticas de Estado, originárias do MS e do MEC, o que gerou o desafio de se estabelecer um sistema de incentivo às instituições acadêmicas que se dispusessem a adequar a formação profissional às Políticas de Saúde, com ênfase no SUS. Tendo como referência as propostas realizadas anteriormente como o Projeto da CINAEM e como resultado de articulações com a ABEM, Rede Unida e a OPAS, criou-se, em 2002, o PROMED através da Portaria Ministerial nº 610, em 26 de março de 2002, com o objetivo de incentivar as escolas médicas²⁸, de todo país, a incorporar mudanças pedagógicas significativas nos seus currículos. A proposta, inédita, dirigiu-se a princípio somente às escolas de medicina, segundo o Ministério da Saúde (2002), por ser essa categoria profissional que apresenta os “maiores problemas de formação, com forte tendência à especialização precoce, gerando um perfil profissional inadequado às perspectivas da atenção básica” (p.375).

Padilha (2002), na discussão desse programa, afirma que, nas políticas de inclusão social implantadas no Brasil, a área da Saúde tem realizado um esforço permanente para reorganizar e incentivar a atenção básica, como estratégia privilegiada de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar. No entanto, IES adotam, em grande parte, sua lógica própria reafirmando a tradição de autonomia, que em determinado momento político do país foi positivo, livrando essas instituições de imposições conjunturais. Por outro lado, para o autor, propiciou o afastamento da sociedade, como seu constituinte principal da discussão sobre a relevância e a pertinência da produção de conhecimento e formação profissional. O perfil dos médicos formados é um bom exemplo dessa “tradição autônoma”, visto que o currículo das escolas de Medicina, praticamente, não sofreu alterações nos últimos trinta anos.

²⁸ - Apesar de em vários documentos do PROMED, tanto os originários do Ministério da Saúde, como da ABEM, utilizarem-se do termo escolas como equivalentes a cursos de graduação ou faculdades, os registros do MEC referem-se apenas a Cursos de Graduação em Medicina, sendo assim, nesse estudo sempre que utilizarmos o termo escola estamos nos referindo a cursos de graduação.

Apesar de o autor acusar as escolas de não alterarem seus currículos, percebemos em nossos estudos que as escolas médicas têm se proposto a formar o médico generalista, ou pelo menos se propõem a discutir essa formação em seus fóruns. As novas diretrizes curriculares para os cursos de Medicina já apresentavam essa direção, no entanto, pesquisadores dessa temática indicam que a tradução dessas orientações na organização e prática educativa necessita de transformações estruturais da escola, da prática de docentes e dos estudantes e, ainda, das práticas médicas, que se caracterizam pela especialidade, consequência da própria ideologia da categoria e da organização, tanto dos serviços de saúde como do trabalho médico, que tem o hospital, na maioria das vezes, como único cenário qualificador e o consultório privado como ideal do trabalho liberal (PADILHA, 2002; NORONHA, 2002; FEUERWERKER, 2002; MOURA, 2004).

O MS considerava que o lançamento do PROMED ocorria num momento oportuno, na medida em que dentro das prioridades essenciais desse Ministério, estava a atenção básica e a sua ordenação para a formação de recursos humanos para a saúde. No entanto essa proposta esbarrava na falta de profissionais gerais, possuidores de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, funcionando como a porta de entrada do Sistema de Saúde. Reconhecia que as instituições acadêmicas e os gestores do SUS vinham empreendendo esforços para resolver os problemas da incorporação de profissionais à estratégia de Saúde da Família, pela implantação de Pólos de Capacitação em Saúde da Família, que representavam contribuição significativa na situação emergencial da capacitação introdutória das ESF e nos cursos de especialização. Entretanto, era necessária a implementação de ações de amadurecimento a médio e longo prazos, que visassem à melhoria da formação profissional, reconhecendo o papel estratégico das IES, como responsáveis por essa formação.

Desta forma, é lançado o PROMED, como programa para adequação a formação de profissionais de saúde. Numa primeira etapa dirigida às escolas médicas, por ser nesta categoria profissional que registrava problemas de formação, com uma forte tendência à especialização precoce, gerando um perfil profissional inadequado às perspectivas da atenção básica, conforme o diagnóstico já elaborado pelo Projeto CINAEM.

O PROMED apresentava como objetivo geral:

Reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados – com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2002).

Assim, o PROMED propôs intervenção no processo formativo, com o objetivo de que os programas de graduação pudessem deslocar o eixo de formação médica – centrado na assistência individual em unidades hospitalares, para um outro em que a formação considerasse os princípios do SUS, em especial a atenção básica, respeitando as dimensões sociais, econômicas e culturais que integram o processo de adoecimento humano, com a finalidade de instrumentalizar os futuros profissionais para enfrentar os problemas do binômio saúde-doença da população, no âmbito familiar e comunitário, e não apenas na instância dos serviços.

O Programa definiu como objetivos específicos: estabelecer protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas, de forma sistemática e auto-sustentável; incorporar a noção integralizadora de processo saúde /doença e da promoção da saúde, com ênfase na atenção básica, alterando dessa forma o modelo atual do ensino médico em que o eixo central é a idéia da enfermidade; prever a ampliação de cenários da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde; incentivar implantação de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes, objetivando prepará-los para a auto-educação permanente para o acompanhamento do avanço da ciência (BRASIL, 2002).

O PROMED, ao propor um novo modelo pedagógico, considerou que no movimento de mudança o eixo norteador devia ser o “equilíbrio entre excelência técnica e a relevância social” (MS, 2002, p.376). Esse movimento devia estar ancorado na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no docente como facilitador do processo de construção do conhecimento. Para tanto, recomendou que as novas interações deviam estar sustentadas em relações de parcerias entre as universidades, os serviços e os grupos comunitários, como mecanismo de garantir o planejamento do processo ensino-aprendizagem, relativo a problemas sanitários prevalentes, em que a educação deveria ser compreendida como processo permanente, que se inicia durante a graduação se estende na vida profissional.

Os Ministérios apontavam também para a necessidade de reorientação das pesquisas desenvolvidas na área da saúde, para que não se limitassem aos aspectos técnico-operacionais, mas dessem especial atenção ao aspecto político-institucional e na avaliação da incorporação de novas tecnologias (BRASIL, 2002).

No entendimento da Secretaria de Políticas de Saúde, do MS, esse programa se integrava aos movimentos que ocorriam dentro do MEC, apoiado na LDB, que, ao propor as Diretrizes Curriculares, possibilitou a flexibilização do processo de ensino e permitiu que as escolas promovessem mudanças adequando-se as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Tendo esses pressupostos o PROMED propôs que os processos de mudança ocorressem simultaneamente em três eixos: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática, conforme apresentado no quadro1, e que se mostrassem de acordo com a tendência que caracterizava a inovação dos processos de educação médica em todo mundo e davam direcionalidade ao processo de mudança. Cada eixo era composto por dois vetores.

Quadro 1
Descrição dos Eixos e Vetores do Programa PROMED

EIXO – Orientação Teórica
<ul style="list-style-type: none"> • 1-Vetor – Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS
<ul style="list-style-type: none"> • 2-Vetor – pós-graduação e educação permanente
EIXO – Abordagem Pedagógica
<ul style="list-style-type: none"> • 3-Vetor – mudança pedagógica
<ul style="list-style-type: none"> • 4-Vetor – integração ciclo básico/ ciclo profissional
EIXO – Cenários de Prática
<ul style="list-style-type: none"> • 5-Vetor – diversificação de cenários do processo de ensino
<ul style="list-style-type: none"> • 6-Vetor – abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS

Fonte: BRASIL, 2002

Para o eixo Orientação Teórica foi definido os vetores 1- produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS; 2- pós-graduação e educação permanente. Desta forma propunha que as escolas médicas, baseadas em sua capacidade desenvolvessem os estudos clínico-epidemiológicos, ancorados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica e de redirecionar protocolos e

intervenções. Inserir em suas investigações componentes gerenciais do SUS, visando o aprimoramento das práticas de gestão. Quanto à oferta de cursos de pós-graduação e educação permanente, indicavam que a mesma fosse articulada com as necessidades assistenciais, em áreas estratégicas e carentes de profissionais qualificados para o SUS.

No eixo Abordagem Pedagógica incluía os vetores 3- mudança pedagógica e 4 – integração ciclo básico/ciclo profissional. Propunham metodologias ativas de ensino-aprendizagem, introduzindo desafios que deveriam ser superados pelos estudantes. Direcionavam que os objetivos fundamentais de aprendizagem do curso de graduação é o aprender a aprender, e assim, requeria desenvolvimento de habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e informação em diversificadas fontes, em que se incluem os livros, periódicos, bases de dados locais e remotas, e ainda considerando aquelas advindas de sua experiência profissional. Dentro do processo de mudança do modelo pedagógico, estava prevista a inversão da clássica teoria/prática na produção do conhecimento, admitindo que ela ocorresse de forma dinâmica pela via da ação-reflexão-ação. Sendo assim propunham a integração entre os ciclos básico e clínico, adoção de currículo integrado, prevendo módulos interdisciplinares, que privilegiassem problemas relevantes e mais prevalentes, que para sua resolução, se orientaria pela busca da ciência básica (BRASIL, 2002).

No eixo Cenários de Prática, compunham os vetores: 5 – diversificação de cenários do processo de ensino e 6 – abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS. Previam a inserção ativa do aluno com a população e profissionais de saúde, ocorresse desde o início do processo de formação, possibilitando ao aluno vivenciar problemas reais, responsabilizando-se como agente prestador de cuidados, considerando esses compatíveis com o seu grau de autonomia. Para tanto recomendava-se a ampliação dos cenários de aprendizagem, incluindo além do hospital, ambulatórios, comunidades e domicílios. Desta forma a diversificação desses cenários de ensino, se expande para além do espaço físico, “agregando além dos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários”(BRASIL, 2002, p.10). Em relação ao eixo seis, avaliavam que:

[...] muitos serviços próprios das instituições acadêmicas seguem lógica própria interna, vinculados preferencialmente às demandas de ensino e pesquisa, que às demandas assistenciais reais e à função destes serviços,

de maior complexidade, em oferecer referência e contra-referência para a rede do SUS. Cria-se assim uma clientela cativa, parte da qual poderia ter seguimento na rede básica, e bloqueia-se o acesso a outros que teriam indicação para utilização de recursos mais sofisticados (IDEM, p.10).

Sendo assim ao proporem esse eixo de mudança, admitiam dois impactos positivos, o aumento da representatividade da nosologia prevalente nos serviços próprios, e concomitantemente tornariam disponíveis aos gestores do SUS as referências terciária e quaternária.

Previam também que os cursos de Medicina deveriam se auto-avaliar para cada vetor em três estágios, que partiam de uma situação mais tradicional ou conservadora, estágio 1, até alcançar, o estágio 2, intermediário, e o estágio 3, a situação-objetivo desejada (imagem objeto). A proposta era que a Escola, ao se identificar no estágio 1 ou 2, estabelecesse metas que proporcionassem mudanças até alcançar o estágio 3.

Para acompanhamento e avaliação do programa na escola, o programa propôs a conjugação de duas avaliações, uma interna e outra realizada por consultores externos, que estabeleciam a situação atual como um início para o processo de mudança. A alocação de recursos seria feita por meio de um projeto elaborado a partir da definição da imagem-objeto a ser alcançada, estabelecendo-se então um processo de acompanhamento externo que, somado à auto-avaliação, estabeleceria o acompanhamento contínuo do processo de mudança.

Para viabilizar as mudanças propostas no programa, foram investidos 8 milhões até 2003, em que as 20 escolas selecionadas poderiam utilizar os recursos para: contratação de consultores, realização de oficinas, requalificação dos docentes e compra de material de ensino.

O PROMED propôs apoiar as escolas médicas que, voluntariamente, se candidataram apresentando seus projetos específicos. Candidataram-se 47 escolas, das 126 registradas no MEC, na época. Destas, 20 foram selecionadas, conforme previsto na convocatória²⁹, correspondendo a uma cobertura de 15,9%, sendo 16 públicas (10 Universidade Federais, 5 Universidades Estaduais e 1 Faculdade Estadual) e 4 privadas (2 Universidades Confessionais, 1 Universidade Particular e

²⁹ O Edital de seleção, ao final, contemplaria até 20 IES, sendo pelo menos 1 projeto da região Norte, 1 da Região Centro Oeste, 2 da Região Nordeste, 2 da Região Sul e 4 da Região Sudeste. Os demais dez projetos seriam enquadrados exclusivamente pelo mérito. www.redeunida.org.br/promed/convoca.asp,

1 Centro Universitário particular). A distribuição regional das escolas selecionadas se apresenta na Tabela a seguir.

Tabela 13

Demonstrativo do Total de Cursos de Graduação de Medicina e participantes do PROMED, por região – Brasil, 2003.

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste
Total Cursos Medicina	126	10	21	61	24	10
PROMED						
Pré seleção	47	4	8	32	12	1
Seleção	20	1	3	11	3	1

Fonte: Ofício Circular nº 220 / Secretaria de Políticas de Saúde / Ministério da Saúde

Para uma breve análise sobre o processo de seleção dos cursos/escolas, utilizamos o relato dos Professores Benedictus Philadelpho de Siqueira (2002) e José Roberto Ferreira (2002), membros da Comissão de avaliação dos projetos encaminhados ao PROMED.

Siqueira (2002), ao relatar a experiência de participar da comissão de avaliação dos projetos, enfatiza que esse trabalho orientou-se pelas normas definidas no edital, e que a “ponderação de cada item limitou as possibilidades de mais individualidade nas análises, mas, por outro lado, permitiu maior objetividade e consenso no julgamento” (p.5). O autor indica ainda que:

Parece consensual a todos os projetos a importância do PROMED para a formação e o treinamento de um profissional mais adequado ao atendimento das necessidades sociais. No entanto, uma lacuna observada refere-se à melhoria e efetividade dos serviços de saúde. Acreditando-se que o bom ensino médico é subproduto de uma boa atenção ao paciente e à comunidade, produzir transformações nos serviços é fundamental, e o PROMED espera que a escola médica desempenhe seu papel nesse sentido. O profissional médico deve ser capaz de entender o funcionamento dos serviços de saúde e considerá-lo como direito de cidadania, não como mercadoria (p.6).

O autor afirma que as ações desenvolvidas pelas escolas selecionadas acabaram por privilegiar as atividades dentro das escolas, enquanto que a melhoria das condições dos serviços de saúde, pela educação permanente dos profissionais desse setor, apesar de estar contemplada nos objetivos do programa, acabou não recebendo a mesma importância pelas escolas que valorizaram mais a capacitação de seu quadro de docentes. Essa nos parece ser uma das questões que no

Programa Nacional de reorientação profissional em saúde – Pró-Saúde (BRASIL, 2005^a), é enfatizado o compromisso das universidades com o setor de saúde, principalmente quanto à capacitação dos profissionais, conforme veremos mais adiante quando discutirmos esse programa.

Ainda sobre a avaliação dos projetos e as propostas do PROMED, no seu processo de seleção, o Professor José Ferreira (2002), ressalta que a mudança pretendida estabelecia de imediato certa hierarquia entre os seus três eixos de articulação,

[...] em que o primeiro e mais importante componente será sempre o conteúdo programático, que representa a estrutura do conhecimento e, portanto o nível de maior profundidade de análise; um segundo nível de influência pode ser atribuído ao cenário de prática, que constitui o campo em que se estabelecem as relações sociais da prática profissional; e por fim, sem dar menos importância incide a orientação pedagógica que atua como facilitadora do aprendizado, mas que tanto pode facilitar uma abordagem preventiva promocional como uma essencialmente curativa, dependendo sempre do contexto aonde é aplicada (p.7).

Essa foi uma hierarquia, segundo o autor, seguida pela maioria dos projetos. Ao fazer uma breve análise dos projetos, Ferreira aponta como as escolas entendem e se situam frente aos eixos norteadores do programa.

A abordagem pedagógica predominou como principal interesse em alguns projetos, talvez, ressalta o autor, pela influência da introdução da modalidade de aprendizado baseado em problemas³⁰ (PBL) a qual pode ser um componente importante no processo de mudança, mas não deve, “de maneira alguma, suplantar, na concepção dos educadores responsáveis, a força da reorientação teórica, do tipo de pesquisa que se promova, das linhas de pós-graduação e da diversificação dos cenários de prática na indução do novo currículo” (FERREIRA, 2002, p.7).

Outro ponto apontado pelo estudioso refere-se à falta de domínio teórico, sobretudo no que tange às propostas de desenvolvimento da pesquisa, que tradicionalmente ocorreram nas áreas de especialidades. Em relação à abordagem de um conteúdo de pesquisa interdisciplinar, os cursos apresentam maior dificuldade, tanto em relação à seleção dos temas como na conformação das

³⁰ PBL - Problem Based Learning ou Aprendizagem Baseada em Problemas se caracteriza como uma metodologia de ensino/aprendizagem que foi desenvolvida primeiramente na Universidade de Mc Máster, em Hamilton, Ontário, Canadá, nos fins da década de 1990, por um grupo de docentes que procuravam desenvolver um novo programa para o Curso de Medicina. No Brasil, foi implementada inicialmente em 1997 na Faculdade de Medicina de Marília (FAMENA) e em 1998 na Universidade Estadual de Londrina (KOMATSU, ZANOLLO e LIMA, 1998).

equipes integradas de docentes. Essas dificuldades podem estar associadas à falta de experiência com o modelo que o PROMED se propôs implantar, bem como às características do corpo docente com formação centrada na especialidade.

Quanto aos cenários de prática, na análise dos projetos PROMED nacionais, segundo o autor certo número de escolas que utilizam hospitais vinculados ao SUS entendem que estão desenvolvendo uma real integração docente assistencial, sem considerarem que não participam da atenção ambulatorial ou comunitária, ou não expõem os alunos a uma diversidade adequada de situações assistenciais e tampouco vivenciam os processos de referência e contra-referência de pacientes. O que se espera com o PROMED é que a escola possa estabelecer uma parceria com o SUS, interagindo na programação de atividades, marcação de consultas, ou seja, em todas as etapas do processo assistencial.

Ferreira (2002) destaca ainda que dentre as propostas que mais se evidenciou, foi a tendência de buscar uma orientação mais comunitária, por meio do desenvolvimento

De projetos pilotos em centros de saúde periféricos, hospitais gerais em zonas carentes e, até mesmo, estágios em zonas rurais, incluindo atividades preventivas e de promoção da saúde, com programas de orientação pré-natal, aleitamento materno, imunização, prevenção de doenças de transmissão sexual, câncer, diabetes e/ou hipertensão, educação para a saúde e muitos outros, desenvolvidos com recursos das próprias escolas ou com subvenções específicas e apoio de entidades filantrópicas. Claramente a dedicação a atividades extracurriculares desse tipo parecem constituir uma predisposição para a adoção de mudanças de maior amplitude de toda a Escola, especialmente no tocante aos cenários de prática (FERREIRA, 2002, p.8).

De forma diferenciada, no eixo da abordagem pedagógica, segundo o avaliador, destaca-se com clareza a separação entre o enfoque disciplinar clássico e a orientação mais pontual de focalizar problemas mais específicos, com frequência demandando a utilização de conhecimentos de várias disciplinas, integrando aportes das ciências básicas e das especialidades clínicas, buscando dessa forma maior integração entre conteúdo /disciplinas / áreas.

3.1.1 O projeto PROMED da Faculdade de Medicina da UFG

No projeto PROMED do curso de medicina da UFG, o pressuposto se fundamentava

Na formulação de um novo modelo pedagógico com a transformação gradativa do fazer curricular; na mudança do eixo teórico / prático, levando a des-hospitalização e a des-especialização; na capacitação permanente do corpo docente e de um conjunto de tutores destacados da equipe técnica do SUS; na modernização e ampliação das fontes de informação bibliográfica; na revisão de critérios de avaliação e na permanente retro-alimentação dos sistemas de ensino e prestação de serviços (UFG, 2002, p.4).

O Projeto de mudança do curso destaca que as reformas não podem “ignorar a história e a realidade da Instituição” (UFG, 2002, p.5), em que a oferta de disciplinas do ciclo básico é de responsabilidade de Institutos independentes, entendidos como de outras unidades acadêmicas da instituição, por docentes não lotados na Faculdade de Medicina, de alguma forma desvinculados da prática clínica e de formação heterogênea, caracterizando a dicotomia entre o ciclo básico e o profissional.

A história e a realidade da Faculdade Medicina da UFG citadas no projeto se baseiam ainda numa tradição de mais de 40 anos, com metodologias de ensino tradicionais e que, apesar de no início de sua criação ter uma relação mais estreita com a rede pública de saúde, a partir da criação do seu hospital de ensino, o Hospital das Clínicas, o ensino foi se tornando mais hospitalocêntrico e, ao longo do tempo, foi ocasionando uma dispersão na formação direcionando para formação médica cada vez mais especializada, seguindo a tendência dos demais cursos de Medicina do país. Um dos entrevistados relatou que

Houve um movimento inverso, no início a Faculdade de Medicina era muito para fora e depois como todas as Faculdades de Medicina do país fizeram, foi voltando para dentro do Hospital e foi ficando cada mais hospitalocêntrica (DGA3).

A motivação para participar do PROMED deveu-se principalmente porque a Faculdade já vinha, desde 1998, discutindo a necessidade de modificar a formação de seus alunos, tentando introduzir algumas mudanças que tinham o seu ritmo

próprio, relacionado à história e à realidade da Faculdade, e as alterações propostas estavam de alguma forma contempladas no Edital do PROMED, com o diferencial do “aporte de recursos financeiros que deram agilidade às mudanças”(DGA1,DGA4).

A história e a realidade da Faculdade que, de alguma forma, são vistas como uma peculiaridade da Instituição, portanto devem ser respeitadas para que se viabilizem as mudanças, são apontadas no Projeto Técnico em vários momentos, quer para ressaltar o papel de destaque que a Instituição tem para o estado onde se localiza, quer para justificar a não adoção da modalidade de ensino PBL pela adoção de outras metodologias. Vejamos como um professor, que participou da elaboração tanto do PROMED como do Pró-Saúde, discute essa peculiaridade:

E aí no PROMED [...] previa aplicação do PBL... eu, quando fui participar das reuniões disse: não vou fazer isso... posso fazer o projeto de acordo com a minha realidade? E eles apontaram que sim. Então fizemos o projeto respeitando algo que já existia, e outras FM tradicionais, também possuem. Nós somos organizados em Departamento e os nossos cursos por disciplinas[...] não teríamos condição de dizer “de hoje em diante não temos mais departamentos, mais disciplinas”. Nós respeitamos toda a estrutura departamental e de disciplina. Fizemos uma estratégia para quebrar isso, que ainda é incipiente, que vem pela disciplina Práticas Integradoras, junto no 1º ano. As diversas disciplinas daquele ano se reúnem e discutem a integração dessas disciplinas, para o aluno entender que essas disciplinas só estão separadas por questões de organização pedagógicas e didáticas [...]. A prática integradora é uma problematização, um caso clínico simples, em que o aluno tem para discussão, coordenado por alguém, em que participa a Bioquímica, Fisiologia[...] Essa foi a idéia para criação dessa disciplina. [...] A disciplina, como foi pensada, daria ao aluno motivação para estudar as disciplinas que estavam sendo ministradas de forma isolada, mas que através dessa disciplina podem perceber a sua necessidade (DGA4).

Esse curso de Medicina, em relação à abordagem pedagógica, no vetor sobre mudança pedagógica, avaliava-se no momento de proposição do projeto no estágio 2, ou seja, que o ensino na faculdade incluía inovações pedagógicas em caráter experimental restrita a certas disciplinas, que vinham sendo implantadas na medida em que a discussão sobre as mudanças no currículo do curso antecedia ao PROMED. Propõe-se atingir o estágio 3, em que o ensino privilegia a resolução de problemas, em grupos pequenos, em que os professores trabalham como tutores, ocorrendo o ensino em ambientes diversificados, prevendo a estruturação de suas atividades nas necessidades de saúde que se apresentam ao SUS. Para tanto,

admitem que o modelo pedagógico em implantação deve assumir, de forma gradativa, novas metodologias que

Facilitem a vinculação do saber teórico às respostas aos problemas de saúde: um modelo de fazer pedagógico capaz de integrar a experiência profissional aos conteúdos das disciplinas ministradas ainda no ciclo básico [...] mudanças no fazer acadêmico implicam na reordenação dos conteúdos teóricos, na implementação de estratégias que introduzam uma aproximação com a profissão em todos os níveis do processo de formação, em novos procedimentos didáticos e, em consequência, em um processo de adequação do corpo docente (UFG, 2002,p.4).

Dentre as ações previstas para a alteração desse estágio, no que tange à abordagem pedagógica configuram: capacitação de docentes e tutores para o uso de novas metodologias; avaliação permanente do processo realizada junto com o Conselho de usuários do serviço, profissionais da rede pública, equipe interna do Hospital das Clínicas e Conselhos de Classe, além de considerar a importância da manutenção de canais de comunicação virtual que garantam a agilidade e a eficiência necessários. Destacam para a necessidade de sensibilização do corpo docente, para adequação à nova proposta pedagógica e, ainda, que o saber versus fazer ocorre num processo que envolve a pós graduação *stricto e lato sensu* para o direcionamento da atenção para as nosologias prevalentes, voltando o olhar para a medicina familiar.

A disciplina Práticas Integradoras teve destaque como estratégia para atingir o estágio 3, dentro do vetor mudança pedagógica. Foi planejada para integrar e contextualizar o conjunto de conhecimentos ministrados, buscando integração entre o ciclo básico e profissional, na primeira série, utilizando-se da problematização de situações reais existentes no próprio cenário de prática (Programa Saúde da Família). Os tutores e docentes trariam para a discussão um caso real a ser analisado com participação de pelo menos um docente de cada uma das disciplinas da primeira série. No seu planejamento, a disciplina teria o enfoque clínico, mas os proponentes apontam para a oportunidade de compreensão da importância de cada uma das disciplinas na avaliação do caso clínico. Nas séries seguintes, permaneceria a disciplina com o mesmo objetivo, mas com outras estratégias de aprendizagem, por exemplo, seminários integradores, chegando na quarta série, em

razão de maior concentração de atividades práticas, com previsão de mudanças na estratégia de ensino, que surgirão na medida de sua avaliação (UFG, 2002).

Em relação aos Cenários de prática, na Faculdade de Medicina da UFG, o Hospital de Clínicas, em 2002, era o principal cenário na formação de seus alunos, apesar da discussão que se desenvolvia no curso desde 1998, sobre a necessidade de alteração no enfoque dado às disciplinas da área básica, inserindo-se os métodos de ensino e os procedimentos de avaliação. Como resultado dessas discussões, visando ao início das mudanças curriculares, ocorreu a transformação de uma disciplina em que se desenvolvia atividade hospitalar nos primeiros anos do curso denominada Integração à Prática Hospitalar para Introdução às Práticas de Saúde, cujo enfoque eram atividades externas à sala de aula, articuladas “ainda que extra-oficialmente” (UFG, 2002, p.7) com as equipes do Programa Saúde da Família.

Desta forma, os coordenadores do projeto reconheceram que em relação ao vetor diversificação de cenários do processo de ensino, se encontravam no estágio 2, em que as atividades desenvolvidas pelos alunos eram clínicas, na sua grande maioria baseada em atividades executadas em ambulatórios pertencentes à instituição de ensino, com central de marcação de consultas própria, ou em ambulatórios conveniados, em que a administração não integrava a gestão da rede do SUS. Essa classificação foi explicitada, considerando que apesar do Hospital das Clínicas se caracterizar como o principal cenário de prática, nesse se desenvolviam diversos projetos que faziam interface com o sistema de saúde e com a comunidade envolvendo atividades multiprofissionais e interdisciplinares, e tiveram um papel de precursores das mudanças curriculares propostas. Nesses projetos, de acordo com o Projeto Técnico da Faculdade, seriam desenvolvidas atividades integradas ao SUS, incluindo o atendimento do paciente, o desenvolvimento de pesquisa e a formação dos profissionais da rede pública e dos alunos que delas participavam. Propunham, para atingir o estágio 3, de acordo com recomendações do Ministério da Saúde que prevê o desenvolvimento de atividades extra murais, em unidades do SUS, equipamentos escolares e da comunidade, com graus crescentes de complexidade (BRASIL, 2002) e a inserção do aluno no sistema de saúde em diferentes momentos no curso.

Viabilizar a inserção dos alunos no sistema prestador de serviços de saúde, em um processo participativo que se desenvolve em forma de

espiral, levando-os a uma prática de ações de promoção e vigilância da saúde; de atenção à demanda espontânea e desenvolvimento de ações programáticas; de identificação de indicadores sentinelas nas diferentes micro-regiões abordadas e na construção de um efetivo sistema de informações que viabilize o planejamento das ações globais. Participando do processo em diferentes momentos do curso, o aluno poderá observar e interferir em diferentes níveis de complexidade do problema e com diferentes enfoques (UFG, 2002, p.12).

Desta forma, previam uma mudança imediata do espaço físico das aulas, deslocando os alunos desde os primeiros anos do curso para o campo, atuando no PSF nos ambulatorios, na administração dos serviços, nos hospitais e maternidades, em atividades de complexidade crescente. Apresentaram ainda, como estratégias, deslocamento de importante carga horária curricular, já nos primeiros anos do curso, para atividades práticas vinculadas à prestação de serviços na área de Atenção Básica em Saúde (ABS), prevendo parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com envolvimento dos técnicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que passariam a ser Tutores com a função de efetivar a ligação, a referência prática e o identificador de demandas e necessidades, proporcionando o desenvolvimento do projeto, de forma que os benefícios atingissem a todos os envolvidos. Esses profissionais participariam ainda de forma integrada, com os docentes do curso de medicina, da coordenação do projeto na sua área de abrangência.

A disciplina Saúde Coletiva passaria a ser um dos eixos integradores das atividades, utilizando-se do seu conteúdo específico que buscaria relação com as ciências sociais, as políticas de saúde, a metodologia de pesquisa e os mecanismos de transmissão das doenças.

No final do curso, durante o Internato³¹, a mudança pedagógica estaria centrada na distribuição das atividades entre os diferentes níveis do *continuum* da prestação de serviços de saúde, buscando cumprir a exigência do modelo de atenção vigente que previa a máxima resolutividade em cada nível de atenção. Desta forma estava previsto que o aluno, nessa fase reconhecido como “interno”, retornaria aos cuidados básicos, alicerce da transformação do sistema de saúde, preservando-se o fluxo entre as ações básicas e especializadas na atenção à saúde. No Internato, o aluno passaria a desenvolver atividades mais complexas, respondendo por obrigações junto a ações programáticas realizadas nas unidades de saúde, tendo a oportunidade de desenvolver maior integração entre teoria e

³¹ O Internato corresponde o Estágio nas várias Clínicas, e ocorre nos últimos anos do curso de Medicina.

prática, através de situações-problema geradas pela experiência de campo e que levariam a atividades periódicas de pesquisa, consultorias, debates e adoção de novas condutas. Com o desenvolvimento dessas atividades, o aluno seria avaliado quanto a sua atitude profissional, relação médico-paciente e o respeito às normas institucionais.

O projeto da Faculdade prioriza os eixos de Abordagem Pedagógica e de Cenários de Prática. Em relação ao eixo orientação teórica, de acordo com as orientações do PROMED, se avaliam no estágio 2, e propuseram aumentar gradativamente a produção para atenção básica, implementando novas linhas de pesquisa, preservando e ampliando as que já existiam, para o vetor 1- produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS e para o vetor 2 – pós-graduação e educação permanente previa a ampliação do número de vagas, para atender à demanda do serviço, no entanto vinculam essa ação a colaboração dos órgãos federais considerando que a esses compete a alocação de vagas(UFG, 2002).

Sobre a Educação Permanente para os profissionais da rede de saúde, na elaboração do Pró-Saúde, avaliam que no PROMED concentraram suas ações na mudança da estrutura curricular, com atividades direcionadas para “as mudanças de atitudes e a operacionalização de estratégias de colaboração” (UFG, 2005, p.3). Com a implementação do PROMED aconteceram avanços pedagógicos e parcerias e que, para o Pró-Saúde, prevê-se “a ampliação de maior qualificação pedagógica dos docentes, além de ser orientada para a educação permanente do profissional da rede e sua incorporação como membro no processo educativo, integrando-o no processo de formação” (UFG, 2005^a, p.4).

Achávamos que devíamos contaminar um pouco mais [...]era nosso desafio ampliar a formação pedagógica para a rede de serviços [PROMED] e começamos a fazer isso muito incipiente, mas o Pró-Saúde, vem com esse objetivo, ou seja, abrimos na formação pedagógica para os profissionais da rede que de alguma forma estão envolvidos na formação de nossos estudantes (DGA4).

Os resultados dos eixos e vetores do PROMED no curso de Medicina, serão discutidos no Capítulo IV.

3.1.2 Avaliação do PROMED – pressupostos para o planejamento do Pró- Saúde

A análise do PROMED, realizada pelos Profs. Benedictus Philadelpho de Siqueira e José Roberto Ferreira indica que esse programa representou um progresso para os cursos de medicina selecionados, visto que inseriu a discussão sobre a formação do médico, em diferentes eixos, conforme previsto no programa, e principalmente pela reflexão de sua inserção no sistema de saúde municipal ou estadual, numa perspectiva em que os pacientes do SUS e da comunidade são percebidos como sujeitos, buscando o entendimento do processo de saúde /doença por meio do paradigma da integralidade, diferentemente da visão freqüente nos cursos em que esses sujeitos são percebidos como objetos e / ou cenários de seu ensino / aprendizado.

Sobre os resultados do PROMED, passados quatro anos de sua implantação e que serviram como base para o novo programa de reorientação da formação profissional em saúde (Pró-Saúde), Ferreira (2006) admite que, apesar da falta de acompanhamento do primeiro por parte do MS e do MEC e das dificuldades que tiveram de enfrentar para abrir caminho para a mudança, em grande parte das escolas participantes foram registrados a introdução de abordagens criativas melhoria no relacionamento das escolas com os serviços de saúde, possibilitando melhor integração docente assistencial.

Dentre os aspectos negativos do PROMED, destacam-se aqueles apontados pelo autor e pelo MS (BRASIL, 2005^a), no lançamento do Pró-Saúde. Em relação ao eixo de Orientação Teórica, estava prevista a ampliação da pesquisa e da pós-graduação com inserção da atenção básica, no entanto, não foram dados a ênfase necessária aos fatores determinantes da saúde e o enfoque de promoção da saúde. Também a pesquisa científica na academia está predominantemente dirigida a aspectos especializados, geralmente vinculada à alta tecnologia, sem considerar também a necessidade de pesquisas no campo da atenção básica. A oferta de cursos de especialização, por muitas IES, é realizada conforme a sua lógica interna – pressões de grupos de poder, influências das corporações e não pelas necessidades epidemiológicas e sociais, registra-se, portanto, oferta insuficiente de pós-graduação e de educação permanente em áreas que abrangem a atenção básica.

A IDA, em muitos casos dos projetos do PROMED, permaneceu no contexto hospitalar, ficando a abordagem comunitária limitada a pequenas áreas carentes, na proximidade da escola.

A abordagem pedagógica foi interpretada por muitas escolas como a implantação do PBL, sendo considerado que, embora seja uma metodologia que possa favorecer o ensino / aprendizagem, não chega a induzir reorientações mais profundas em relação ao tipo de profissional que se quer formar.

Na utilização do orçamento, priorizou-se, na primeira fase, a contratação de consultores e aquisição de equipamentos, reestruturando a escola, desconsiderando que o desempenho em nível dos serviços era o objetivo prioritário do programa; e, por fim, outro aspecto apontado foi o excessivo número de debates, em seminários, grupos de trabalho e oficinas que algumas escolas adotaram para sensibilizar os professores ao processo de mudança.

No processo de avaliação do PROMED, destaca-se a iniciativa dos próprios coordenadores / diretores das escolas e da Rede UNIDA. Durante os dois primeiros anos de desenvolvimento do projeto, as oportunidades de interação entre as escolas contempladas foram escassas. Com a mudança no Governo Federal em 2003, em razão das eleições para presidente, novas políticas são lançadas pelo MS, sem que houvesse conflito com os princípios do PROMED. Novos encontros para avaliação dos projetos foram realizados entre os coordenadores dos projetos/ diretores das escolas com a equipe do Ministério, em 2004, no Congresso Paulista de Educação Médica e em 2005, nas sedes do Ministério, por solicitação dos representantes das escolas.

A Rede UNIDA, em 2005, promoveu uma oficina de avaliação dos Projetos do Programa, com o objetivo de construir um referencial de avaliação para as escolas médicas. Essa Oficina teve como finalidades: promover o intercâmbio dos projetos, principalmente em relação aos processos desenvolvidos; identificar os principais resultados e promover a sua divulgação; produzir sistematizações dos processos, dos resultados e avaliações com vistas à formação de estratégias de mudança; sintonizar os objetivos iniciais do PROMED com a política dos MS e o MEC, em especial com o sistema de avaliação para as escolas médicas. (Rede UNIDA, 2005^a).

Como resultados dessas discussões foram construídos: diagnóstico dos processos, resultados e de avaliação do PROMED e, uma agenda estratégica para a

construção do referencial de avaliação das escolas que participaram do Programa. Avaliamos que a interação entre as escolas, e a retomada do debate crítico proporcionaram o diálogo com o MS que já encaminhava uma discussão interna sobre a revisão do Programa.

Em setembro de 2005 o MS realizou o Seminário de Avaliação do PROMED em que relatos e discussões foram considerados na formulação de um novo programa, que incorporava aspectos do PROMED e fortalecia o foco no SUS incluindo a participação de outros cursos da área da saúde.

3.2 Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde

O Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial N°2.101, de 3 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005b), tem por finalidade incentivar transformações no processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, considerando a abordagem integral do processo saúde-doença.

Os proponentes do Programa, o MS e o MEC reconhecem a necessidade da formação de profissionais de saúde com um novo perfil, baseados nos princípios constitucionais, em novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde e da necessidade do comprometimento das instituições de ensino por meio do cumprimento das Diretrizes Curriculares que contemplam as prioridades expressas nos perfis epidemiológico e demográfico de cada região (BRASIL, 2005^a). Para o lançamento do programa, além dos princípios constitucionais³², também é considerada a NOB/RH-SUS de 2005 e posteriormente, em 2007, em publicação conjunta do MS e do MEC sobre o Pró-Saúde (BRASIL, 2007^a) se referem a Portaria 399/GM DE 2006. A primeira define como atribuição e responsabilidade dos gestores de saúde Municipais, Estaduais e Federal e do Ministério da Educação sobre a Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS:

Estabelecer mecanismos de negociação intersetorial – saúde/educação – com os respectivos gestores da educação ou dirigentes de escolas, para um progressivo entendimento, com vistas a uma ação integrada e cooperativa que busque ajustar, qualitativa e quantitativamente, a instituição formadora às demandas e necessidades do SUS em âmbito dos sistemas

³² A Constituição Federal de 1988, artigo 200; Lei Orgânica da Saúde (LOS) 1990.

municipais, estaduais e federal de saúde com o estabelecimento e a definição de responsabilidades conjuntas (BRASIL, 2005d).

A Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, modifica várias dimensões do funcionamento do SUS. Em sua regulamentação, são estabelecidas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – representando mudanças substanciais para o fortalecimento do SUS e possibilitando a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão para a reforma de aspectos institucionais vigentes. No documento é apontado como uma das responsabilidades da União com a Educação na Saúde: “Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS” (BRASIL, 2006c).

Assim como o programa anterior, a iniciativa do Pró-Saúde visa à aproximação entre a formação de graduação da área da saúde no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família. Para tanto, antevê as IES integradas ao serviço público de saúde, essência do programa, com a responsabilidade de dar respostas às reais necessidades da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção de conhecimento e na prestação de serviços, sempre na busca do fortalecimento do SUS. Desta forma, num primeiro momento, em 2005, amplia a participação de cursos de graduação da área da saúde, na medida em que contempla os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, justificando que os egressos desses cursos integram o PSF em todo país e posteriormente, em 2007, é publicado o Edital nº 13 de 12/12/2007 (BRASIL, 2007c) com nova convocação, incluindo todos os cursos de graduação da área da saúde.

Dentre os pressupostos para o estabelecimento desse programa, o MS e o MEC indicam que:

O distanciamento entre o mundo acadêmico e o da prestação real de serviços de saúde, tem sido apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde. No momento em que a comunidade global toma consciência da importância dos trabalhadores de saúde e se prepara para uma década em que os recursos humanos serão valorizados, a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade será impactante até para os custos do SUS. A experiência internacional aponta que os profissionais gerais são capazes de resolver custos relacionados a quatro quintos dos casos sem recorrer a propedêutica complementar, cada dia mais custosa (BRASIL, 2005^a, p.6).

Os Ministérios reconhecem que o Brasil tem experiências exitosas na aproximação entre a academia e serviços, mas essas estão muito aquém do que seria necessário, e que as Instituições de Educação Superior deveriam incorporar em sua missão institucional a formação integral e terminal dos profissionais de saúde, previstas nas diretrizes curriculares propostas para os vários cursos da área. Dessa forma, cabe às IES, pela importância que têm nesse processo, propor ações de médio e longo prazo que visem não só a implantação das diretrizes curriculares, mas, principalmente, que se inseriram na discussão sobre a melhoria da formação desses profissionais (IDEM, p.10). No entanto, ao mesmo tempo em que os Ministérios apresentam esse reconhecimento, ao analisar a situação atual da formação dos profissionais de saúde, assumem que não podem depender de uma transformação espontânea das instituições acadêmicas, principalmente quando o referencial são os princípios do SUS, justificando que, pela Constituição Federal de 1988, cabe ao SUS ordenar a formação do profissional na área da Saúde e que este preceito não tem sido utilizado em seu potencial. Por isso, ao propor o Pró-Saúde admitem o importante papel indutor desses Ministérios, de modo a conferir direcionalidade ao processo de mudança na formação desses profissionais, facilitando a consecução dos objetivos propostos em busca da atenção à saúde mais equânime e de qualidade.

Com base na avaliação do PROMED, são realizados alguns ajustes e o Pró-Saúde é estruturado com maior explicitação de seus vetores. Conforme podemos observar, no quadro 2 que descreve os eixos e vetores dos dois Programas, ocorre uma ampliação de vetores em todos os eixos, no entanto, isso não significa que a diretriz desse vetor não estivesse inserida no PROMED, mas sim que, pela análise dos avaliadores, foi subestimada e, portanto, no Pró-Saúde, é destacada como vetor, para que as escolas proponham ações específicas.

No eixo de Orientação Teórica no Pró-Saúde, acrescenta-se como vetor a inclusão dos aspectos relativos aos determinantes de saúde e à determinação biológico-social da doença, estudos clínico-epidemiológicos, baseados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica do processo saúde-doença e redirecionar protocolos e intervenções. Essa diretriz estava explicitada no PROMED, enquanto situação desejada do programa, “o que se busca é a intervenção no processo formativo [...] para um processo em que a formação esteja sintonizada com

o SUS [...] e que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população” (BRASIL, 2002, p.5).

Quadro 2

Descrição dos Eixos e Vetores dos Programas PROMED e Pró-Saúde

PROMED	Pró-Saúde
EIXO – Orientação Teórica	EIXO – Orientação Teórica
<ul style="list-style-type: none"> • Vetor – Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Vetor – pesquisa ajustada à realidade social
<ul style="list-style-type: none"> • Vetor – pós-graduação e educação Permanente 	<ul style="list-style-type: none"> • Vetor – educação permanente
	<ul style="list-style-type: none"> • Vetor – determinantes de saúde e doença
EIXO – Abordagem Pedagógica	EIXO – Orientação Pedagógica
<ul style="list-style-type: none"> • Vetor – mudança pedagógica 	<ul style="list-style-type: none"> • Vetor – aprendizagem ativa
<ul style="list-style-type: none"> • Vetor – integração ciclo básico/ ciclo profissional 	<ul style="list-style-type: none"> • Vetor – integração básico-clínica.
	<ul style="list-style-type: none"> • Vetor – análise crítica dos serviços
EIXO – Cenários de Prática	EIXO – Cenários de Prática
<ul style="list-style-type: none"> • Vetor – diversificação de cenários do processo de ensino 	<ul style="list-style-type: none"> • Vetor – integração ensino-serviço
<ul style="list-style-type: none"> • Vetor – abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Vetor – integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde
	<ul style="list-style-type: none"> • Vetor – utilização dos diversos níveis de atenção

Fonte: BRASIL, 2002, 2007^a

Ainda no eixo Orientação Teórica, inclui-se a pesquisa para os componentes gerenciais do SUS, no estabelecimento de práticas adequadas de gestão, objetivando orientar processos de tomada de decisão e estimular a conformação de redes de cooperação técnica. No programa PROMED, essa orientação estava incluída na situação desejada, com a reorientação para que “as pesquisas desenvolvidas na área da saúde, sejam não apenas nos aspectos técnico-operacionais, mas especialmente no aspecto político-institucional e na avaliação da incorporação de novas tecnologias” (BRASIL, 2002, p.6)

Sobre a Educação Permanente, ressalta-se privilegiar para essa oferta as necessidades sociais da população, em face de quadros epidemiológicos em articulação com as necessidades assistenciais incentivando a incorporação de educação à distância, assim como oferta de vagas de cursos de pós-graduação em áreas estratégicas ou aquelas que apresentam carências de profissionais qualificados para o SUS, conforme já previsto no PROMED.

No eixo Orientação pedagógica, apesar de se constatar mudança de termos, no PROMED era Abordagem pedagógica, permanece a orientação de utilização de metodologias de ensino-aprendizagem em que os estudantes ocupem lugar de sujeito da aprendizagem e o docente como facilitador e orientador do processo e a integração entre os ciclos básico e clínico. Os proponentes do programa, enfatizam no vetor, a análise crítica dos serviços, que será possibilitada através do desenvolvimento de habilidades na busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações já previstas no PROMED. A permanente atenção à rotina de atividades, principalmente no processo assistencial, quando os profissionais de saúde têm oportunidade de questionar procedimentos e as decisões tomadas em cada caso e na rotina dos serviços em seu conjunto, gera a aplicação do juízo crítico inserido no processo de formação desses profissionais.

No Pró-Saúde, tendo como parâmetro a avaliação do PROMED, são feitas alterações nas estratégias do programa, favorecendo melhoria dos serviços de saúde. Essas estratégias representam uma prioridade na atenção às condições de trabalho na rede pública de atenção básica, que permitirá melhor relacionamento da escola com o SUS, como também refletirá no melhor atendimento da população e na integração do processo ensino-aprendizagem no ambiente concreto de atividade assistencial. Com esta reorientação, foi necessária uma reformulação dos critérios de avaliação e qualificação dos projetos apresentados pelas escolas. No PROMED, os critérios de avaliação dos projetos favoreceram a ênfase no componente pedagógico o que na sua implantação resultou na concentração das ações na própria unidade formadora, com pouca aplicação ao nível dos serviços de saúde.

Da mesma maneira do programa anterior, ao apresentar os projetos, cada escola se auto-avalia em relação ao estágio que se encontrava (I, II ou III), em cada vetor, propondo ações que visem atingir o estágio III, imagem objetivo daquele vetor, sempre relacionados aos princípios do SUS.

Em relação aos recursos financeiros previstos temos:

Para programação do orçamento do projeto, as IES devem tomar em conta um valor paramétrico máximo estimado em até R\$100.000,00 (cem mil reais) por ano de duração do curso da carreira respectiva para os cursos de graduação com mais de 1.000 matrículas; até R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) para os cursos com 500e 1000 matrículas e até R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para os cursos com menos de 500 matrículas(BRASIL, 2007 c, item 7.1).

Na seleção dos projetos para o Pró-Saúde, os MS e o MEC indicam entre os critérios gerais:

Tratamento equilibrado dos 3 eixos;
 Clareza de abordagem conceitual (determinantes sociais do binômio saúde –doença) e esquema curricular;
 Clara disponibilidade de articulação com o serviço de saúde;
 Orientação quanto a regulação e sistema de referência;
 Possibilidade de compartilhar orçamento (escola e serviço);
 Integração Hospital de Ensino na rede de serviços;
 Indicação de parâmetros de avaliação (BRASIL, 2007^a, p.28).

Para esse processo de seleção, inscreveram-se 185³³ cursos de graduação, entre 57 de Medicina, 51 de odontologia e 77 de Enfermagem, sendo 55,7% (103) advindos do setor público. Foram selecionados 90 cursos, o correspondente a 48,6% do total de inscritos, sendo destes 65 cursos públicos. Dos cursos de Medicina selecionados para o PROMED, apenas três não foram contemplados pelo Pró-Saúde, dois porque não apresentaram projeto e um por não ter sido aprovado. A distribuição regional dos cursos inscritos e selecionados pode ser visualizada no Tabela 14 a seguir.

Tabela 14

Distribuição do Número de Cursos de Graduação Inscritos e Selecionados para o Pró-Saúde por Região – Brasil 2006

Cursos	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste	
	Insc	Selec.	Insc	Selec.	Insc	Selec.	Insc	Selec.	Insc	Selec.	Insc	Selec.
Enfermagem	77	27	2	1	15	7	35	14	20	3	5	2
Medicina	57	38	2	1	10	8	29	19	15	9	1	1
Odontologia	51	25	1	0	7	3	23	14	15	7	5	1
Total Geral	185	90	5	3	32	18	87	47	50	19	11	4

Fonte: Deges/ SGTES/2005

Legenda: Insc – Inscritos; Selec – Selecionados

No Pró-Saúde, está previsto o acompanhamento dos projetos das escolas pelos proponentes, que têm como finalidade básica facilitar a articulação entre as escolas, serviços e comunidade, a fim de implementar um projeto político de transformação de sua prática que permita atingir as metas propostas no seu projeto. Para tanto se propõe a avaliação interna através da auto – avaliação contínua, integrando docentes, discentes e pessoal dos serviços; a avaliação externa, por

³³ Esses resultados são apresentados para a primeira convocação por meio da Convocatória nº 1 de 16 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005e, 2005 f). No resultado da Convocatória de 2007, publicado em março de 2008, pela Portaria nº 7 (BRASIL, 2008), estão descritos apenas as Instituições de Ensino Superior e as Secretarias de Saúde contempladas, não especificando os tipos de cursos de graduação.

meio de equipe externa que deve atuar como um parceiro no processo, promovendo diálogo com os promotores do programa e as diversas escolas.

No projeto do Pró-Saúde do curso de Medicina da UFG, o programa é visto como complementar ao PROMED centrando-se em mudanças na prestação de serviços à população por meio de uma abordagem integral do processo saúde-doença. Ressalta que a possibilidade de financiamento para o biênio 2007/2008 fornecerá ao processo de mudança iniciado com o PROMED fôlego para concluir o primeiro ciclo, formando a primeira turma de alunos do curso de Medicina em 2008, dentro do novo currículo. Para essa turma de graduandos, estabelece como ação prioritária uma maior atuação na comunidade através da inserção na rede básica de saúde, abrangendo o atendimento individual e na maior compreensão do processo de gestão, desta forma, cumprindo o que prevê o Pró- Saúde, relativo ao eixo cenários de prática, mais especificamente ao vetor referente à utilização dos diversos níveis de atenção(UFG,2005).

A Faculdade assume, ainda, que a proposta de trabalho para os anos de 2007 e 2008 está voltada para o eixo da orientação pedagógica e da orientação teórica, ampliando-a para os profissionais de saúde em serviço, assim direcionada para “Ampliação da possibilidade de maior qualificação pedagógica dos docentes, além de ser orientada para a educação permanente do profissional da rede e sua incorporação como membro efetivo no processo educativo, integrando-o no processo de formação” (UFG, 2005^a, p.4).

Sendo assim, a Faculdade para o Pró-Saúde propõe desenvolver atividades nos três eixos temáticos. Na Orientação teórica, maior integração da formação profissional à prática dos serviços no SUS, dando continuidade ao processo iniciado junto com o PROMED. Com relação à introdução do vetor sobre determinantes de saúde e doença, a Faculdade se avalia no estágio 2, considerando que a inserção precoce dos alunos no sistema de saúde e a convivência no PSF, possibilitou uma compreensão mais clara do processo saúde-doença. Propõe reforço nas atividades já iniciadas e formulação teórica a partir das práticas na disciplina Práticas Integradoras, com continuidade nas disciplinas Saúde Coletiva I, II e III e, conseqüentemente, a qualificação pedagógica dos docentes e tutores visando à orientação acadêmica voltada para esta prática como estratégia para atingir o estágio 3. Nos demais vetores nesse eixo, já previstos no programa anterior, a

Faculdade propõe continuidade das atividades propostas, avaliando que essas deram possibilidade de passagem do estágio 2 para o 3 em cada um dos vetores.

Em relação ao eixo Cenários de Prática, para os vetores Utilização dos diversos níveis de atenção e Integração dos serviços próprios da IES com os serviços de saúde, a Faculdade de Medicina da UFG, avalia-se no estágio 3, planejando atividades de aprimoramento desses vetores, que incluem a qualificação docente e do pessoal em serviço; melhoria da infra-estrutura nos serviços visando à otimização das atividades acadêmicas e estímulo ao planejamento conjunto das atividades que atendam às demandas das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde; propõe a produção de conhecimentos segundo as necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS, estratégias de reforço à Pós-Graduação em Ciências da Saúde; implementação das atividades de Educação a Distância; criação e reforço da Revista Virtual com finalidade de divulgação sistemática da produção docente, do pessoal dos serviços e dos discentes. Sobre o vetor Educação permanente, destacam-se ações de reforço à pós-graduação, na perspectiva de intensificar a construção de projetos com forte intersecção com o Sistema Público de Saúde e a re-criação³⁴ de novo programa de Residência em Saúde da Família.

O PROMED e o Pró Saúde, segundo Da Ros (2004), propõem uma ruptura epistemológica / revolução científica / novo estilo de pensamento dentro da universidade. Compartilhamos com o autor que, para tanto, é preciso sensibilizar os serviços e ou comunidades onde os alunos começarão a conviver, mas também os dirigentes e coordenadores de curso e, principalmente, passando pela ideologia dos alunos e professores dos departamentos. É necessário que a universidade/faculdade em seu projeto inclua o trabalho interdisciplinar; o ouvir os alunos; a inserção precoce dos alunos nas comunidades, sabendo ouvir as pessoas que dela participam; a inclusão de conteúdos de ciências humanas/ educação/ pedagogia nos cursos; o atendimento às demandas dos serviços; a criação de espaços de participação da comunidade na discussão da formação de seus profissionais. Esses nos parecem ser alguns dos princípios que uma vez incorporados ao cotidiano da formação dos profissionais, no caso de nosso estudo, médicos, venham a atender às demandas da Política de Saúde vigente.

³⁴ Em 2002, a Faculdade de Medicina participou da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, coordenado pela Faculdade de Enfermagem da UFG, que teve como finalidade preparar os profissionais por meio de capacitação em serviço para atuação co-responsável em unidades básicas sob a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Compreendemos que a implantação de tais programas representa o cumprimento pelo Ministério da Saúde do Artigo 200 da Constituição, que lhe concede o direito de ordenar a formação do pessoal para atuar no setor. Mais do que um cumprimento constitucional demonstra maior disposição do MS na mobilização para a discussão e o apoio a mudanças, com base em parcerias com o MEC e passa a exigir que essa discussão sobre a graduação integre sua agenda. Para estudiosos como Feuerwerker (2006, p.79), se não houver a participação do MEC e das Pró-Reitorias de Graduação nas discussões sobre as mudanças da graduação, em particular na da área da Saúde, haverá dificuldades de alcançar o “núcleo duro da organização acadêmica”, que, para a autora, inclui a valorização do trabalho docente, critérios de avaliação, preparação pedagógica sistemática e universal de docentes.

A Faculdade de Medicina lócus da pesquisa, reconhecendo que a mudança no perfil de formação de seus alunos implicava em repensar o modelo de ensino – aprendizagem que vinha sendo adotado nos últimos anos, priorizou, em seus projetos, tanto no PROMED quanto no Pró-Saúde, o desenvolvimento de ações para capacitação e (re) qualificação dos docentes e dos profissionais da rede de serviços envolvidos na formação dos estudantes como estratégia de sensibilização para viabilizar as mudanças. Identificamos essa estratégia com o que Bourdieu (2005^a) chama de trabalho simbólico de constituição ou de consagração necessário para constituir um grupo unido que tem tanto mais oportunidade de ser bem-sucedido quanto mais os agentes sociais sobre os quais ele se exerce estejam inclinados – por sua proximidade no espaço de relações sociais (médicos e docentes) e também conforme as disposições e interesses associados a essas posições – a se reconhecerem mutuamente e a se reconhecerem no mesmo projeto, ou seja, a mudança na formação médica.

Da mesma forma a Faculdade entende o importante papel que tem no processo de formação de profissionais para atender às demandas sociais e também sua “função de ser indutora de um processo gerador de mudanças de atitudes e propulsora de ações que visem a construção da cidadania individual e coletiva” (UFG, 2005^a, p.16).

Por fim, alerta, quando da elaboração do projeto do Pró-Saúde, que o processo de mudança na formação dos seus alunos é contínuo e que, além das medidas indutoras já implantadas, é necessário que se desenvolvam políticas

públicas de valorização do profissional do SUS, em direção à criação da Carreira do Profissional de Saúde no SUS, com possibilidade de crescimento no trabalho, de educação permanente e de um salário digno, conforme identificamos em várias falas dos entrevistados,

Agora acho que o SUS só vai se tornar viável a partir de uma valorização do trabalho do profissional que trabalha lá, não só aquele contratado pelo SUS, mas também daquele profissional que tem seu serviço contratado, como serviços conveniados ao SUS. Então o SUS só se viabiliza com a valorização de todos os profissionais (DFM1).

No que eu tive oportunidade de presenciar nos poucos anos de contato com a realidade do sistema de saúde, que as dificuldades para concretizar o SUS são muito maiores do que simplesmente a questão de formação de recursos humanos, envolve questões políticas de investimentos, questão de valorização do profissional[...]A minha percepção hoje, não digo que posteriormente possa mudar, é que um dos graves problemas que levam o SUS a não se viabilizar é porque não há valorização dos profissionais. Então pela má remuneração, o SUS possui muitos profissionais que trabalham poucas horas e que são poucas horas, com baixa qualidade, pouca dedicação profissional não fazem acompanhamento adequado de seu paciente, não tem registro. Há uma rotatividade muito grande[...] esses são fatores graves que no meu entender interferem na viabilização do SUS(DIS2).

Enquanto não houver um incentivo real de salário, de condição de trabalho, de plano de carreira, para ser um profissional generalista de qualidade e respeito[...] isso não vai mudar. Na medicina a única maneira de ser um profissional qualificado e bem remunerado e bem valorizado ainda é sendo um especialista. Médico generalista na rede pública[...]ainda é muito desvalorizado. Acho que colocar isto na cadeira da faculdade não vai mudar nada(DIS1).

[...]O SUS tem de criar uma política pública de trabalho[...] fazer hospital é fácilimo[...] ninguém se preocupa com quem põe lá dentro[...]Todas as vezes que eu fui nas reuniões do PROMED eu dizia: “se o MS não criar uma política, plano de cargos e salários decente, não adianta que não vamos dar continuidade a isso”. O aluno chega no 6º ano e se pergunta. O que fazer – vou para o PSF, ou fazer residência. Sei que é muito bom trabalhar no PSF e vou ganhar relativamente bem, mas não tenho nenhuma garantia, nenhum direito, nenhuma segurança.

Então, se isso não for feito, o aluno quando chega no 6º ano, ele adora a rede pública, mas vai fazer residência na cardiologia porque é uma forma de ganhar financeiramente um pouco mais... Se o MS implantar uma carreira, terá filas de pessoas para se candidatarem.

Faltam políticas de valorização do profissional de carreiras dentro SUS... a semelhança com o da Magistratura, Ministério Público. Que estejam previstos salários indiretos – que incluam participação em eventos científicos, atualização[...]. Que sejam previstos incentivos para aquele que quiserem se fixar no interior do país[...] O PROMED e o Pró Saúde não mudam nada na concretização do SUS se não existir uma política

pública, que favoreça a procura do profissional ao SUS, ... e eu particularmente não tenho visto nada em relação a essa ação (DGA3).

Não vejo com bons olhos, a indução do MS para reorientação do profissional da área da saúde, por dois pontos de vista: primeiro, porque o SUS, infelizmente não valoriza o médico. O processo já começa errado por aí. Então, sou médico cirurgião do SUS por opção eu não me sinto valorizado pelo SUS. Agora imagina a Universidade inserir o médico no SUS, onde não há valorização pelo sistema [...] Fica uma dicotomia entre o que realmente o SUS deseja, na verdade percebe-se que esse é um grande interesse. O SUS quer mão de obra barata, pouco qualificada e que atenda a sua demanda [...] eu sou radicalmente contra, acho que se deve valorizar o profissional do SUS, para que não se presencie o que acontece atualmente: o médico entra no SUS, como uma única opção que tem, se qualifica, se aprimora e a primeira coisa que ele faz depois disso é sair do SUS, então não tem sentido (DOU3).

Não há no espírito do SUS a desvalorização do profissional, pelo contrário, o espírito do SUS é valioso, de atendimento da sociedade nas suas necessidades. O problema é que ele está mal financiado, mal fiscalizado, mal gerenciado começa haver distorções. Uma dessas, é o desrespeito com o profissional, não remuneração adequada desse profissional. É a tentativa de substituição de profissionais mais baratos, que não respondem as necessidades, mas que fazem fachadas, são profissionais mais baratos, com resolutividade muito pequena [...] Há um monte de distorções. Mas o espírito geral do SUS, esse eu defendo (DFM4).

Constatamos que na fala de alguns docentes e discentes, a questão da desvalorização do trabalho médico está inserido no SUS, apontando como fatores a remuneração e as próprias condições para realização desse trabalho. No entanto percebemos que para um docente entrevistado, essas são questões de gerenciamento da Política de Saúde, e diferentemente dos demais, ressalta que não existe no “espírito do SUS” a desvalorização do profissional.

Percebemos então que para alguns entrevistados o processo de consolidação do SUS e, conseqüentemente, dos seus princípios, inclui a formação do profissional, mas também as condições de trabalho que indiquem o SUS como área de opção permanente desses profissionais. Nessas condições, está incluída a questão de infra-estrutura na rede básica, para que o médico tenha condições de exercer sua função com dignidade, a remuneração, denunciando não só seus valores, mas a falta de uma política de valorização do profissional, e o incentivo para fixação desse profissional na rede pública. O que se interpreta é a denúncia da precarização³⁵ do trabalho médico no SUS, preocupação também presente no MS, em que o Ministro

³⁵ Trabalho precário – contempla pelo menos duas dimensões: ausência ou redução de direitos e garantias de trabalho e a qualidade no exercício da atividade (CATTANI, 1997).

José Temporão em entrevista publicada na revista do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), em maio/ junho de 2007, aponta para importância da atenção básica como uma estratégia prioritária de mudança nos rumos do SUS, aliada à promoção da saúde. No entanto, assume que seu fortalecimento passa pela qualificação de pessoas, por terminar com a precarização do trabalho, por estabelecer políticas salariais compatíveis, educação permanente, e que os médicos saiam de seus consultórios, nos postos de saúde, para proceder visitas as pessoas em suas casas.

O Conasems³⁶, já em seus relatórios, aponta para essa problemática e estabelece entre suas teses no plano de ação do período 2005-2007 que:

As dificuldades legais inerentes à gestão do trabalho em saúde em seus diferentes aspectos e, em especial, às formas de contratação e estruturação da força de trabalho do SUS, necessitam ser urgentemente superadas sob risco de gerar crise de governabilidade e governança nos municípios, desassistência e interrupção na implementação dos programas e políticas de saúde (2005, p.8).

Para esse Conselho a solução desse problema só será possível se a gestão do trabalho for tratada como uma política de Estado, envolvendo o Congresso Nacional e os outros poderes no processo de discussão, para que conheçam as implicações da área para o Sistema de Saúde e, sobretudo, compreendam a complexidade do tema.

O Ministério da Saúde reconhecendo a sua importância em 2004, cria a Comissão Especial para Elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS – PCCS-SUS – Portaria GM 626, de 08 de abril de 2004 (BRASIL, 2004^a). A Comissão foi constituída por representantes das várias Secretarias e órgãos do MS, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, do Ministério da Ciência e Tecnologia, CONASS, CONASEMS e das entidades sindicais e patronais que compõem a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS). Elaborada a proposta das Diretrizes, realizou-se consulta pública entre março a junho de 2005. As sugestões recebidas foram sistematizadas e discutidas pela Comissão Especial e aquelas consideradas pertinentes foram incorporadas ao documento das Diretrizes. Destaca-se que os pontos mais abordados foram:

³⁶ O CONASEMS – foi criado em 1988, a partir de um movimento social em prol da saúde pública. Tem como missão agregar e representar todas as secretarias municipais de saúde do país. Segundo seu Estatuto, participam todas as secretarias municipais de saúde ou órgão equivalente e seus respectivos secretários ou detentores de função equivalente (CONASEMS, 2008).

ascensão funcional; jornada de trabalho; garantia de direitos adquiridos; critérios para a cessão de trabalhadores; carreira específica para médicos; equivalência de remuneração entre os três Poderes; financiamento dos planos de carreiras. Em outubro de 2005 realizou-se, em Brasília, o Seminário Nacional de Diretrizes de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS-SUS, que teve a participação de gestores públicos, Associações e Conselhos Profissionais, além de entidades de trabalhadores com assento na MSSP-SUS. O objetivo do evento foi apresentar a situação atual de Estados e Municípios em relação à organização das carreiras e discutir o posicionamento das diversas entidades presentes quanto às Diretrizes do PCCS-SUS. Considerando o debate, a Comissão Especial não conseguiu produzir consenso em relação a todos os pontos das Diretrizes. Os pontos polêmicos passaram a serem discutidos na MNNP-SU, que em novembro de 2006 aprova o documento final, junto com a Comissão Intergestores Tripartite e referendado pelo CNS. A partir dessa aprovação o “Ministério da Saúde acredita que o PCCS-SUS contribuirá para o fortalecimento do SUS, instituindo um sistema de carreiras unificadas baseado na produtividade, no desempenho, na capacitação, promovendo a valorização e profissionalização dos trabalhadores do SUS” (MACHADO, 2006).

Apesar de os docentes e discentes realizarem essas críticas ao Sistema de Saúde, reconhecem a importância de a Faculdade se submeter aos Programas de Reorientação para Mudanças na Graduação. Assim a Faculdade de Medicina da UFG ao submeter seus projetos a tais programas, admite desenvolver estratégias que busquem atingir a meta prevista em cada item como veremos no próximo capítulo, em que propomo-nos analisar os resultados do PROMED no curso de Medicina da UFG.

CAPÍTULO IV

PROMED – A discussão de uma experiência

Neste capítulo, propomos-nos analisar os impactos de adoção do PROMED na Faculdade de Medicina em que realizamos nossa pesquisa, compreendendo-o como um programa estratégico que viabilizou um desejo de mudança da formação do aluno do curso e a implantação de um novo projeto político pedagógico.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás é entendida nesse estudo como uma agente no campo de formação médica, em que, considerando as falas dos docentes e discentes, buscamos compreender suas percepções e concepções sobre o PROMED, e como a estratégia desse programa interferiu no perfil de médico formado pela Faculdade.

Como agentes do campo, os sujeitos possuem o *habitus* do campo e são dotados de percepção sobre ele, além de participarem da construção do *habitus* da categoria médica. Ao partirmos do conceito de *habitus*, podemos entender de que maneira o homem se torna um ser social, assimilando normas, valores e crenças de uma sociedade ou de uma coletividade, ao longo de sua vida, ou seja, um conjunto de esquemas implantados desde a primeira educação familiar, freqüentemente reposta e atualizada ao longo da trajetória social restante, que definem os limites à consciência possível de ser mobilizada pelos grupos e ou classes, sendo desta forma responsável, em última instância, pelo campo do sentido em que operam as relações de força (MICELLI, 2004). Dessa forma, a graduação médica tem papel preponderante na formação de *habitus* médico.

Durante o trajeto deste estudo, analisamos o campo de formação médica e o papel de seus agentes, compreendendo que, enquanto campo, segundo Bourdieu (2004 a), possui certa autonomia, e de forma análoga ao campo científico, essa autonomia se deve, em grande parte, ao fato de serem financiados pelo Estado, e desta forma colocados numa relação particular de dependência a uma instância capaz de sustentar e de tornar possível uma produção que não está submetida à “sanção imediata do mercado” (p.55). Apesar de o autor indicar que essa dependência na independência não está destituída de equívocos, uma vez que o Estado ao assegurar as condições mínimas da autonomia, também pode impor uma direção que pode ser expressão das necessidades, no caso da Saúde, das Políticas

de Saúde e do controle social. A Faculdade de Medicina, ao aderir o PROMED, utilizou a sua autonomia para planejar estratégias dentro da sua realidade. No entanto, esteve atenta aos objetivos e metas desse programa, reconhecendo as necessidades de mudanças no seu modelo de formação.

A Faculdade de Medicina da UFG assumiu com o PROMED a intenção de mudança do curso com a “construção de um novo padrão de conteúdos curriculares que garanta a integração entre os diversos momentos da formação profissional e entre os órgãos formadores e utilizadores dos recursos humanos em formação” (UFG, 2002), com a introdução de metodologias capazes de direcionar o aluno a buscar respostas para os problemas de sua prática diária.

Para nossa análise, as principais fontes de dados foram os relatórios de atividades do programa elaborado pela Faculdade encaminhados aos MS e MEC no período de sua vigência, 2003 a 2005, o Projeto Político Pedagógico do curso e as entrevistas realizadas com os docentes e discentes que participaram das reuniões sobre a discussão do PROMED, quer através da comissão de avaliação do programa ou que simplesmente integravam a comunidade acadêmica do curso de medicina.

Antes de iniciarmos a análise propriamente dita, apresentamos a Faculdade de Medicina, pois que sua história nasce na relação com as Políticas de Saúde do Estado atenta às necessidades endêmicas da região Centro-Oeste.

4.1 Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – de 1960 a 2005

A Faculdade de Medicina foi fundada em 1960, no governo do Presidente Juscelino Kubitschek, tendo como principal articulador o Professor Francisco Ludovico A. Neto. A sua criação teve a vocação definida pelas grandes endemias que assolavam a Região Centro-Oeste. A primeira turma de 32 médicos formados foi em 1965 (ALMEIDA NETO, 2001).

No trajeto de sua história, registra-se a vinculação com o Sistema Público de Saúde, com participação na gestão conjunta no Hospital de Doenças Tropicais, originado do hospital do pênfigo; na elaboração do primeiro plano municipal de saúde, antes mesmo de implantação do SUS, assim como em sua implementação com a presença de docentes e discentes da Faculdade; nos movimentos da Reforma Sanitária, junto com a Secretaria Estadual de Saúde; na formação de

quadro de sanitaristas para Secretarias de Saúde, em convênio com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Ainda em 1960, se expandiu para o interior do Estado, quando instalou em Porto Nacional (atualmente Estado de Tocantins) o primeiro Campus Avançado deslocando docentes e discentes para o desenvolvimento de cuidados primários às populações que não dispunham desse atendimento. Essas atividades foram desenvolvidas até 2000.

Nos anos da ditadura militar, não ficou isenta de interferência. Em 1968, foi afastado da direção da Faculdade o Professor Francisco Ludovico A. Neto³⁷. Juntaram-se à greve da UFG, naquele ano, os alunos de Medicina, Filosofia e Farmácia e os de Odontologia, reivindicando mais recursos para a Universidade, movimento que, à época, era considerado proibido pelos militares.

Apesar da repressão, a Faculdade registrou que, em 1962, jovens estudantes de Medicina criaram o Show do Esqueleto, que, segundo Godinho (2005), foi um importante movimento que ficou registrado na cultura goiana

O Show do Esqueleto é sinônimo de escatologia que dominou boa parte do mundo no período. Além disso, é uma contribuição histórica da medicina goiana ao teatro feito no estado. Nenhum espetáculo é mais duradouro do que ele, poucos são tão irreverentes. E é o único que legou para a cultura de Goiás uma personagem folclórica: a baleira (estudantes homens vestidos de mulher responsáveis pela diversão e divulgação dos shows da cidade) (p. 158).

O Show foi elaborado com o propósito de substituir os antigos trotes dos alunos do curso por atividades mais bem humoradas e mais politizadas. Baseou-se na experiência da participação de uma professora recém chegada da cidade de Belo Horizonte. Os espetáculos eram escritos e produzidos por alunos de Medicina, que iniciaram suas apresentações no auditório do Instituto de Educação e, posteriormente, no Teatro Goiânia. Mais tarde se envolveram em sua elaboração artistas goianos. Manteve-se com essa concepção até 1964, quando o Centro Acadêmico de Medicina foi fechado pelo governo militar, fazendo com que o espetáculo se tornasse independente do Centro Acadêmico, assumindo um caráter mais crítico, compromissado com a crítica social, econômica e política, utilizando

³⁷ O professor retornou a Faculdade para lecionar a disciplina Técnica Operatória em dezembro de 1972, convidado pelo Diretor da Faculdade à época Professor Custódio dos Reis e Souza (ALMEIDA NETO, 2001).

artifícios sutis na abordagem de problemas regionais, nacionais e mundiais, mas não abandonando o humor.

Na década de 1970, as peças passaram por censura federal, contando sempre com a presença de censores, representantes do governo, na apresentação dos espetáculos.

No Teatro Goiânia, permaneceram até 1989, quando os estudantes perderam o interesse. Segundo Godinho (2005), *Os esqueletos* foram congelados por quatro anos e, quando retornaram, em 1995, permaneceram nas dependências da Faculdade.

A temática dos espetáculos posicionava a Faculdade frente aos problemas da época, e sempre com a platéia lotada, mantinham a irreverência, abordando temas de interesse da população em geral. Desta forma, sátiras de temas sociais e políticos, como defasagem salarial, ecologia, democracia, super-heróis americanos, desastres nucleares, guerra do Vietnã, pacotes de governo brasileiro, inflação, eleições diretas, a chegada do homem à lua, o golpe militar de 1964, o desenvolvimento da pílula anticoncepcional e até a jovem guarda. Temas regionais também eram pautas, como exemplo a situação do extinto hospital Adauto Botelho. (GODINHO, 2005).

Esse registro da história da Faculdade revela a maneira criativa com que a Instituição se envolveu com os problemas sociais, num contexto de repressão oficializada a esse tipo de manifestação. Esse envolvimento, assim como a participação da Faculdade nas Políticas de Saúde do Estado, esclarece o que alguns entrevistados ressaltam que a Faculdade de Medicina já esteve mais envolvida com a comunidade, no entanto, com os anos ela se afastou, “a Faculdade era muito mais para fora e depois com o tempo ela foi se voltando para dentro [...]”(DGA4).

Em 1968, com a Reforma Universitária, a Faculdade se reestruturou com a distribuição de disciplinas por Institutos e Faculdades, modelo que se mantém atualmente. Nesse modelo, a formação dos profissionais de saúde está vinculada ao Instituto de Ciências Biológicas (ICB) que oferta as disciplinas da formação básica, incluindo: anatomia, fisiologia, histologia, biofísica, bioquímica, embriologia, genética e estatística; ao Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), ofertando as disciplinas de parasitologia, microbiologia, imunologia, saúde pública e doenças

infeciosas; aos Departamentos da própria Faculdade, que ministram disciplinas do conteúdo específico da formação médica.

Em 1968, a Faculdade participou dos programas do Projeto Kellog, no desenvolvimento de projetos junto à comunidade da periferia urbana.

Em 1971, envolveu-se em um novo projeto de interiorização no município de Firminópolis (120 km da capital), originário de uma demanda epidemiológica relacionada com a Doença de Chagas. Esse projeto evoluiu de um Centro Rural Universitário (CRUTAC) para um Campus Universitário.

O envolvimento com a comunidade motivou os alunos a criarem o Projeto OIC (Organização e Integração Comunitária), gerenciado pelo Centro Acadêmico, prestando assistência contínua a diferentes municípios por mais de 20 anos. No entanto, o desenvolvimento desses projetos esbarrou em dificuldades operacionais, principalmente as de deslocamento das equipes para o interior do Estado e a necessidade de inserção dos alunos em atividades práticas de cuidados primários, fazendo com que o Projeto OIC propusesse a criação do Projeto Itatiaia, sediado nas imediações do Campus II da UFG, localizado em zona periférica da cidade. No Projeto Itatiaia, eram desenvolvidas atividades interdisciplinares e multiinstitucionais, com envolvimento de alunos oriundos de outros cursos da área da saúde e de cursos da área de humanidades. Esse projeto se extinguiu após 10 anos, quando a região se mostrou autônoma para assumir a gestão da saúde de sua área de abrangência. Essas experiências foram exitosas e, a partir de então, a participação de alunos em outros Centros de Saúde, em cinco espaços sociais como área de abrangência de serviços Municipais de Saúde, foi efetivada por convênio com a Prefeitura.

A Faculdade registra que no período de 1984 a 1991, através de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde, assumiram a Gestão de Saúde da área do Jardim América, naquela ocasião o maior bairro da capital, com alta densidade demográfica (UFG, 2008).

Em 2005, a Faculdade de Medicina realizou suas atividades externas, nos Distritos Sanitários Leste e Sudoeste de Goiânia, onde os alunos atuaram desde a primeira série, envolvidos no PSF. Além desses, possui como locais onde seus alunos desenvolvem atividades de ensino o Hospital das Clínicas, o Hospital Geral de Goiânia (HGG); o Hospital de Doenças Tropicais (HDT); o Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO); o Hospital Materno Infantil (HMI); a Maternidade Nossa

Senhora de Lurdes. No interior do estado, através do Internato Comunitário, em três municípios; Jataí, Firminópolis e Uruaçu, ainda de forma tímida junto às equipes de Saúde da Família (UFG, 2008).

Na avaliação sobre seus discentes, segundo os documentos da Comissão de Seleção da UFG, podemos caracterizar os alunos que ingressaram no curso de Medicina, no período 2003- 2005, com as seguintes características: a grande maioria solteira (99.9%), na faixa etária entre 17 e 22 anos (100%), moradores da capital ou no interior do estado juntamente com seus pais ou familiares, e sem exercer atividade remunerada (93%); cursaram o ensino médio todo ou parte em escola particular (90%) no período diurno (98%); os pais possuem o ensino superior completo e ou pós-graduação (61%). Na avaliação desses indicadores, poderíamos dizer que correspondem ao que Bourdieu, denomina capital social, representado pelo conjunto de acessos sociais, envolvendo o relacionamento e a rede de contatos e o capital cultural, aquele que compreende o conhecimento, as habilidades, as informações, conjunto de qualificações intelectuais produzidas e transmitidas pela família e pelas instituições escolares, ou seja, os alunos ao ingressarem no curso de Medicina, possuem o capital necessário para se inserir no campo, na medida em que, tiveram a oportunidade de se dedicar exclusivamente aos estudos no ensino médio e em escola particular no período diurno, demonstrando serem capazes dar continuidade a essa dedicação, requisito necessário durante a graduação considerando a característica do curso. Demonstram possuir o conjunto de qualificações intelectuais advindas pelo sistema escolar e aquelas produzidas pela família uma vez que seus pais possuem o ensino superior completo ou a pós-graduação e assim desenvolvem estratégias educativas visando aumentar o capital cultural de seus filhos.

Entre os motivos da escolha do curso de medicina, predominou a adequação às habilidades e aptidões pessoais, possibilidade de contribuir para a sociedade, possibilidade de realização pessoal e perspectiva de mercado de trabalho(UFG, 2003, 2004^a, 2005c).

Na avaliação do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) em 2004, o curso obteve a nota máxima 5,0³⁸. Sobre o desempenho dos alunos, a

³⁸ Em 2008 foi divulgada a nota do Exame (ENADE) realizado em 2007, e a Faculdade de Medicina da UFG manteve a nota 5,0 estando classificada entre as 6 melhores Faculdades do país, junto com as Universidade Federal de Mato Grosso, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal de Santa Maria, Universidade Federal do Piauí,

média das notas dos ingressantes e concluintes da instituição está acima da média do Brasil, ou seja, enquanto na parte da prova que aborda a Formação Geral na UFG os ingressantes obtiveram média de 63,9 e concluintes de 65,3 a média nacional correspondeu a 53,5 e 56,3. Em relação às questões que abordavam os componentes específicos, os alunos da Faculdade obtiveram nota 18,8 para os ingressantes e 58,9 para os concluintes, o que confirma valores superiores aos nacionais que foram de 19,65 para ingressantes e 47,2 para concluintes (BRASIL, 2004b).

O quadro docente da Faculdade, em 2005, era constituído de 128 docentes sendo, 26 doutores, 40 mestres, 59 especialistas e 3 graduados. Quanto ao regime de trabalho, 64,84% (83) dos docentes estavam contratados em regime de trabalho de 40 horas; 33,59% com 20 horas (43) e, apenas 1,56% (2), com dedicação exclusiva.

4.2 PROMED – a motivação para mudança da formação médica

Pela análise do material elaborado pela Faculdade de Medicina sobre o PROMED, percebemos que houve dinamização do movimento de reforma do ensino médico na Faculdade, iniciado em meados de 1998, resultado da reflexão sobre o processo de integração entre a Universidade e o SUS, em direção à necessidade de mudança no perfil do profissional a ser formado, a fim de atender às demandas sociais previstas nas políticas de saúde e melhor adequação à realidade atual do mercado de trabalho médico. Nesse processo, o PROMED viabilizou, através do financiamento, várias estratégias de motivação, envolvimento e adoção de novos compromissos profissionais (UFG, 2005^a).

A importância desse financiamento foi ressaltada no relatório do programa referente ao primeiro semestre de 2003, em que a Faculdade destacou pelas estratégias que viabilizavam as transformações do ensino propostas, assim descritas, a

Faculdade de Medicina vinha trabalhando um projeto de transformação há muitos anos e a possibilidade do financiamento pelo PROMED veio acelerar esse processo. [...] muitas das mudanças necessárias vinham ocorrendo de

maneira pontual e limitada pelos recursos financeiros existentes, para o encaminhamento mais ágil das propostas (UFG, 2003, p.3).

Considerando que o objetivo final do PROMED era a mudança na formação médica, identificaremos junto com esse processo os três tipos de programas estratégicos, de acordo com a classificação de Testa (1995). Para esse autor, o primeiro programa estratégico em meio a um processo de mudança é denominado de programa de abertura e destina-se principalmente à acumulação de poder técnico, através da mobilização de grupos em torno da problematização de conceitos e práticas (que serão o alvo da mudança) e de poder político, por meio da constituição de sujeitos (que serão os operadores da mudança). O segundo é denominado de programa de avanço e corresponde à realização efetiva da mudança, que só é possível a partir do poder acumulado na primeira fase. E o terceiro, denominado programa de consolidação, é aquele que garantirá o que foi conquistado nos anteriores.

4.3 Programa de abertura: A construção do processo de mudança no Curso de Medicina

O primeiro programa de abertura compreendeu duas fases, uma de constituição de um grupo para elaboração da proposta de mudança com busca de conhecimentos necessários para definição clara do processo, e outra, de sensibilização dos sujeitos para a mudança. Assim, foi constituída a equipe de gestão do PROMED com a participação do Diretor da Faculdade, do Coordenador do curso, de Professores com diferentes funções no curso e representante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Essa equipe não permaneceu com os mesmos integrantes durante todo o programa, no entanto, garantiu a representatividade docente em suas diversas áreas no curso. Nessa equipe constituiu-se um subgrupo, caracterizando-se como a equipe técnica gerencial, com a função de elaborar o programa que posteriormente foi aprovado em todas as instâncias da Universidade e também na SMS, para posteriormente ser contemplado pelos MS e MEC. Esse subgrupo, constituído pelo Diretor da Faculdade, o Coordenador de Curso, e por professores de outras áreas da Universidade na função de assessores pedagógicos e coordenadores do projeto de avaliação do

PROMED, teve um papel importante na condução desse processo, visto que possuía, além da legitimidade institucional, o reconhecimento de todos os segmentos da Faculdade o que facilitou a negociação e a construção de pactos e contratos entre os distintos atores sociais interessados nos processos de mudança da educação e das práticas no campo da saúde. Por outro lado, facilitou o seu trabalho de elaboração e acompanhamento do PROMED e de convencimento, tanto do corpo docente como do discente, da importância do programa para a Faculdade. Vejamos em algumas falas como essa questão se configura.

Para a elaboração do PROMED, chamei pessoas que tinham as mesmas concepções que eu, era uma professora da Faculdade de Nutrição, uma socióloga e íamos montando o projeto e trocando idéias[...] e considerávamos como grande parceiro a Secretaria Municipal de Saúde, com quem fizemos varias reuniões inclusive com os funcionários da rede básica[...] Visitamos com outros professores, todos os locais onde iríamos trabalhar, para articular a idéia do projeto[...] O projeto final que nós encaminhamos aos Ministério da Saúde e o da Educação foi elaborado a 6 ou 8 mãos mas ele representou toda a discussão que vinha sendo encaminhada a muito tempo... E esse foi o argumento que usei junto aos alunos e professores quando nos acusavam de não ter trazido para a discussão anterior o projeto (DGA3).

Bom, eu fiquei muito feliz que na época nós tivéssemos uma diretoria que ficou atenta às Diretrizes Curriculares e foi capaz de reunir uma equipe, em tempo hábil, e conseguir entender que a Faculdade já tinha um perfil que se aproximava do que o MEC desejava, que era uma Universidade já voltada para as necessidades de saúde. Ele entendeu que nós não estávamos totalmente desvinculados com essa proposta [do PROMED] e que seria oportunidade de efetivar as Diretrizes Curriculares, que era uma lei, e que nós poderíamos nos adequar de uma forma não tão difícil (DFM3).

Sobre a iniciativa da FM se submeter ao PROMED, considero que foi audaciosa, e precisou de muita vontade de um pequeno grupo, para contaminar os outros, para esse grande projeto de mudança que já se mostrava necessário (DOU4).

O processo de discussão foi extremamente livre e democrático, respeitou-se muito as posições expressas [...] sobre a iniciativa da faculdade em participar do PROMED, achei muito interessante, foi uma demonstração da força e competência da faculdade (DFM4).

A participação discente no PROMED esteve mais direcionada para a avaliação do programa, como mostra a fala seguinte.

No planejamento e na elaboração do programa nós não tivemos nenhuma influência, isso foi feito pela Direção da Faculdade que já vinha há alguns anos. O Diretor vinha trabalhando, junto com coordenadores, assessores e professores e alguns alunos de anos anteriores. Dessa forma, na

concepção do projeto e como foi implantado nós não participamos de forma alguma. Tivemos participação na implementação, fazendo críticas, sempre discutindo e debatendo as nossas principais dificuldades. O que foi repassado para nós, que esse era um projeto de vários anos, que o Diretor de nossa faculdade a época, [...], vinha discutindo não só internamente na Faculdade, mas também com outras instâncias da Universidade, e que quando ingressamos foi apresentado o projeto pronto e nós só tínhamos que aceitar, e dentro do possível criticar. Sobre a participação da faculdade de medicina no PROMED, acho que foi bastante positiva [...].o Coordenador do PROMED, falava muito, “você podem ter certeza que vocês vão sair bem formados...”. Eu percebi que a formação da nossa turma está muito boa. Estamos no 5º ano, estamos nos sentindo bem e ainda temos mais um ano de prática, o que vai dar respaldo muito bom. Acho que hoje o Coordenador do projeto e Diretor da Faculdade na época, vislumbraria isso, ouvir isso tudo, para ele seria muito bom porque ele foi muito criticado, fomos bastante incisivos com ele, mas acabamos concordando com o que ele dizia no começo: “tem dificuldades [...] inúmeras dificuldades[...] teve déficits sim, mas como ser humano teremos capacidade de adaptação às novas situações”. Acho que foi muito bom (DIS3).

A segunda fase, ainda no âmbito do programa de abertura, segundo Testa (1995), tem por objetivo criar um ambiente para que os atores aceitem o convite da mudança e, para tanto, é essencial produzir desconforto. Especificamente em nosso estudo, o descontentamento com o perfil do aluno formado pela Faculdade já existia, visto que o processo de reformulação do currículo médico da faculdade já vinha sendo discutido em reconhecimento pela inadequação da formação médica para as políticas de saúde vigentes, como apontado pelos docentes entrevistados

Os cursos de Medicina de uma maneira geral entendiam que estavam defasados em relação às necessidades sociais, motivo: esses cursos estavam fazendo médicos voltados para uma especialização extremamente precoce[...].Entendo que com a introdução do Programa de Saúde da Família (PSF), ao lado do SUS [...] quando os egressos dos cursos da saúde, e no nosso caso o médico, começaram a ter que trabalhar no PSF começamos (as IES) a perceber mais claramente que o profissional estava despreparado[...]daí o Ministério da Saúde resolveu fazer uma política de estímulo para essa formação em um dado momento, com muita propriedade se induziu politicamente e financeiramente as Instituições de Ensino[...]depois é que houve o envolvimento do Ministério da Educação [...]a vontade de mudança já existia nas escolas de medicina, manifestada na ABEM, pelos diretórios, e mostravam um descontentamento com a formação médica. Então o PROMED chegou na nossa Faculdade, e com certeza em outras Faculdades, quando o processo de mudança já vinha acontecendo dentro do ritmo de cada uma. Mudança é um processo (DGA3)

O Brasil está precisando de médicos que possam atender as necessidades da maioria dos brasileiros que não podem pagar o atendimento particular[...].Isso é uma situação grave então a Faculdade de Medicina tem

que estar atenta aos problemas da população, não pode existir essa separação entre a faculdade e a população. Integração é necessária com os trabalhos de extensão, essa ligação tem sempre que existir senão fica algo elitizado, fica algo que está separado da melhoria do país como um todo[...]Então o PROMED que prevê a revisão dos objetivos e de formação de profissionais, tanto em termos técnicos como na visão do mundo, mostrando que esse profissional a ser formado tem que procurar melhorar a situação da grande maioria do povo,[...] tem que haver o compromisso com os nossos cidadãos, se não houver compromisso, se não houver integração, se não houver apoio uns com os outros, nós vamos ter a formação do caos que está se tornando o país (DFM5).

Sobre a função da universidade pública na formação do profissional para trabalhar no SUS, seria sim papel da Faculdade de Medicina, mas acontece que essa Faculdade de Medicina sempre foi mais tecnicista, ela sempre foi voltada para especialidades. A grande queixa nossa é que formávamos especialistas e não o médico geral. Agora também é difícil para a FM, sozinha, reverter esse processo, porque quem determina o que o aluno será depois é o mercado de trabalho. O que foi acontecendo é que a Faculdade de uma maneira geral, se rendia ao mercado de trabalho, porque os alunos todos queriam fazer especialidades, então a Faculdade era de especialistas (DFM1).

Quando o profissional chegava na comunidade, ele não sabia trabalhar com saúde pública, e a Faculdade de Medicina percebeu, necessitava de uma mudança já no início do curso, quando o aluno chega no 5º ano e vai para saúde pública, ele não se interessa porque ele já conheceu toda a política terciária, em que a resposta é mais rápida, e ele acaba se interessando mais (DOU1).

Essas falas, além de revelarem que já existia um descontentamento com o perfil do aluno formado no curso e também uma discussão sobre a necessidade de mudanças, denotam o *habitus* da categoria, quando apontam para especialização dessa formação e também que o orientador dessa formação foi o mercado de trabalho. Na medida em que apontam para inadequação dessa formação, poderíamos indicar que, em sendo um *habitus* da formação, tem o efeito de histerese (BOURDIEU, 2003, p.57), ou seja, está defasado frente às necessidades que são impostas ao médico pelas Políticas de Saúde, reconhecido como um mercado de trabalho para a categoria em ascensão, conforme apresentamos no Capítulo II. Na medida em que apontam que o mercado de trabalho, visto como aquele que necessita do especialista, orienta a formação, reforçam o conflito do campo de formação médica, em outras palavras, aquilo que está em jogo, ou seja, quem e o que orienta essa formação?

No entanto, posicionam-se afirmando que é necessário investimento em estrutura física e de capacitação de docentes e técnicos para que ela pudesse

efetivar essa formação como aponta um dos coordenadores do projeto em sua entrevista.

Descontentamento e a necessidade de mudança já eram sentidos pela academia, mas existiam algumas dificuldades, as de caráter público e interno, pois é muito difícil modificar aquilo que está em andamento, dificuldades referentes ao mercado de trabalho, uma vez que existem os que dizem: as coisas estão dando certas estamos formando as pessoas, elas estão no mercado de trabalho então porque mudar[...], e a outra própria inércia, mexer com quem está sentado[...]a pessoa que está numa posição não quer se modificar[...] Nesse quadro, fazer mudanças pode ser traumático, é um processo cheio de contradições, repleto de lutas, de idas e vindas. Precisávamos de recursos para estrutura física, buscar consultoria externa, contratação de docentes [...] no entanto a Universidade é muito pobre em recursos[...] tinha aspiração de fazer a mudança e não fazia porque a verba para educação, são migalhas não havia incentivo nesse sentido. Então havia um descontentamento sentido na academia, eu diria que na área médica esse descontentamento era muito anterior sem nenhuma falsa modéstia, a Associação Brasileira de Educação Médica trabalha isso há muitos anos e sempre havia uma tentativa de modificação só que a força, para que isso ocorresse, não se tinha recurso (DGA3).

Conforme percebemos nessa fala, a discussão e a necessidade de mudança estavam presentes, mas esbarravam na questão de recursos que pudessem viabilizá-las. Entretanto, mesmo enfatizando para a questão dos recursos, o docente reconhece também que no interior da categoria existe a resistência para essa mudança, manifestada pela inércia, que poderia ser interpretada como o efeito do campo, que Bourdieu (2007) aponta como sendo um espécie de “cultura esotérica”(p.178), ou seja algo que é incompreensível para aqueles que não fazem parte do campo e que pode ter como razão “as relações de conflito ou de concorrência entre as diferentes organizações ou entre [tendências] ou as [correntes] de uma mesma organização”(IBIDEM). Assim, esses agentes acabam por desenvolver estratégias de investimento simbólico, que visam reproduzir “esquemas de percepção e apreciação mais favoráveis às suas propriedades e produzir ações capazes de serem apreciadas favoravelmente segundo essas categorias” (BONNEWITZ, 2003, p.70).

O PROMED com o suporte financeiro representava a mola propulsora do processo de mudança, nesse momento reforçado pelas necessidades de trabalho no PSF. Mas, mesmo assim, era preciso criar espaços de sensibilização, para que, principalmente os docentes, participassem das mudanças propostas. Foram então realizadas atividades de mobilização e sensibilização de docentes, discentes e dos

servidores da SMS. A necessidade de mudança expressa pelos atores, segundo Testa (1995), é o ingrediente primordial para que os sujeitos se envolvam, se coloquem no movimento da mudança.

Para o autor, a situação de descontentamento e desconformidade não pode ser produzida apenas por meio do discurso, ela tem que ser vivenciada pelos diferentes atores, e deve ser construída através de oportunidades para reflexão crítica sobre suas práticas, visto que oferecem condições que se explicitem e confrontem leituras, pontos de vista e vivências. Por outro lado, é preciso considerar a heterogeneidade das identidades profissionais do conjunto de docentes da Faculdade de Medicina e até dos que ministram disciplina no curso, que pode dificultar uma proposta de mudança. Verificamos que ministrando aulas no curso há médicos e não médicos, a exemplo dos que participaram de nossas entrevistas, médicos, enfermeiros, pedagogos, nutricionistas, farmacêuticos. Existe, ainda, uma característica que também é comum entre outros cursos da Universidade, ou seja, aqueles que se dedicam exclusivamente à docência, outros principalmente à pesquisa e há os que fazem interação entre as duas atividades. Na área da Saúde, ainda existem aqueles que se dedicam principalmente à assistência. Além dessas, existe diferença nos vínculos dos docentes com a universidade. Na Faculdade de Medicina, por ocasião da pesquisa, dos seus 128 docentes, 83 possuíam regime de trabalho de 40 horas, 43 docentes com regime de 20 horas e apenas 2 com regime de dedicação exclusiva. Essas diferenças tendem a distinguir inserções profissionais, ou como pesquisador, como docente ou como clínico, e desta forma implicam diferentes construções ideológicas dos sujeitos e posturas distantes diante da proposta de mudança. Somam-se a isso as diferentes concepções sobre o curso de medicina dos professores do básico e do clínico.

Para podermos compreender esses conflitos na Faculdade, recorreremos a Bourdieu (1984) em seu estudo sobre o campo universitário. Não pretendemos nos aprofundar na discussão sobre esse campo, entretanto quando o autor aponta que, como todo campo, esse é um local de lutas para definir os critérios de pertencimento e de hierarquias legítimos, e também reproduz em sua estrutura o campo do poder e, para as questões relativas ao ensino, à pesquisa, à direção de laboratórios e cargos administrativos, são encontradas diferenças entre cursos e as faculdades. Bourdieu indica que isso pode ser verificado quando se percebem as diferenças econômicas, culturais e sociais que separam as faculdades e disciplinas, e se

denota o essencial do que constitui as oposições internas no campo do poder, entre os dominantes e dominados. Seus estudos sobre o campo revelam que o rendimento do capital social, herdado ou adquirido, cresce à medida que se distancia do pólo da pesquisa e, desta forma, existem considerações sobre competência científica e uma competência social que também é compreendida como uma competência técnica. O autor exemplifica indicando que as Faculdades de Ciências e, em menor grau, a Faculdade de Letras são as dominadas, se opõem às socialmente dominantes, as Faculdades de Direito e de Medicina. Revela que, entre as diferenças econômicas entre os docentes dessas unidades, está o fato de que, sobretudo os professores de Medicina somam ao seu salário de professor as remunerações de chefia de hospitais e mesmo aquelas provenientes de atendimentos em consultórios particulares. As Faculdades de Direito e de Medicina têm, por função, formar “agentes de execução” (1984, p.88) com competência de aplicar sem discutir e questionar, nos limites de uma ordem social determinada, as técnicas e os procedimentos de uma ciência que não tem intenção de produzir, nem transformar. Com esses argumentos o autor reconhece a competência de um médico e de um jurista como competência técnica, com autoridade de utilizar os saberes mais ou menos científicos. Dito isso, podemos entender as diferenças de concepções de formação que estão em jogo quando se discute a sua transformação.

A equipe técnica gerencial, no PROMED, principalmente aqueles lotados na Faculdade de Medicina, assumindo a função de cartógrafos do processo, e com maior conhecimento sobre a realidade do curso, adquirido em experiências vividas na Faculdade, propôs reuniões mensais do Conselho de Classe, como fórum de discussão de todos os problemas pontuais que ocorriam no decorrer do ano e que, segundo os Coordenadores, interferiam na evolução do curso. Embora implementadas antes da vigência do PROMED, durante a vigência do programa essas reuniões foram mais frequentes e significaram momentos importantes de integração e de reconhecimento do processo de mudança do curso, pois delas participavam os representantes dos alunos e dos docentes das áreas ou disciplinas. Para os discentes entrevistados, essas reuniões representaram um grande avanço na discussão sobre a formação do aluno da Faculdade de Medicina.

Todo esse processo, com suas idas e vindas, pedra indo e voltando, talvez tenha tornado a academia mais receptiva querendo ou não fazia parte.[...] antes dele se alguém fizesse uma crítica a chance de ser ouvido era muito

menor do que hoje. O mais relevante talvez seja a que a faculdade se tornou mais aberta. Por ser um processo novo, ninguém previa o que ia acontecer. Era preciso ouvir. Acredito que isso ficou, são heranças para a escola e é positivo. É dentro da contraposição e nas diferenças que vai se discutindo as melhorias (DIS2).

A mais importante foi trazer para a faculdade a discussão de currículo e mudar o currículo, para mim foi um fato muito importante, uma vez que essa Faculdade é muito tradicional, com cadeiras muito tradicionais, com professores que já estão na Diretoria há décadas [...] querendo ou não a situação do país mudou, a situação educacional mudou, as novidades tinham que entrar na Faculdade [...] acho que só em abrir espaço para essa discussão já valeu muito pra gente como futuros profissionais, foi muito válido (DIS1).

Para os docentes, significaram um momento importante de avaliação e de conhecimento do curso de uma maneira mais completa, visto que, na medida em que cada um está ligado a uma área ou Departamento, perde a visão do todo.

O Conselho de Classe se reunia mensalmente, por cerca de 2 horas e meia e participavam em torno de 20 pessoas, dependendo do número de disciplina do ano [...] Ao longo do ano fizemos 9 reuniões com cada série, o que representou 50 reuniões [...] Discutindo o que estava acontecendo na FM. Esses encontros auxiliaram para aquisição de conhecimentos sobre o Curso de Medicina, com as suas dificuldades – o incrível é que um professor apesar de estar dentro da mesma estrutura não conhece o que o outro faz, mas isto se vê muito dentro da própria Universidade em consequência do modelo departamental (DGA3).

A oportunidade de participar das reuniões foi fantástico porque valorizou o nosso trabalho[...]o que fazíamos era totalmente desconhecido. Hoje não, houve a valorização da atuação dos professores do básico, ou seja, na própria valorização pelo aluno teve a valorização dos demais profissionais (DOU3).

Percebemos, nessas falas, que a falta de integração entre disciplinas / áreas estava presente e que momentos como esses criados pela Faculdade são importantes para essa integração, principalmente quando levamos em conta a configuração da Universidade, em que o departamento é a unidade acadêmica de oferta de disciplina e de lotação de docentes que, por vezes, estão em espaços físicos diferentes dentro da instituição o que já dificulta a integração. Desta forma, a discussão sobre a formação representou também momentos de integração de conteúdos, mas também de sujeitos, percepção que um docente de outro departamento não vinculado a Faculdade manifestou em relação a sua participação nas discussões.

Houve sim uma integração entre os professores do ciclo básico e profissional [...] me senti mais integrado no corpo docente da Faculdade de Medicina (DOU3).

Além das reuniões do Conselho de Classe, foram criadas outras atividades de sensibilização e motivação que permitiam a participação de toda a comunidade acadêmica e de Técnicos da SMS. No ano de 2003, a Faculdade participou do Congresso Nacional da Rede Unida, em Londrina, com uma comitiva de 16 pessoas sendo 2 Discentes, 3 Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e 11 Docentes da Faculdade. Em Goiânia, realizou o I Fórum de Educação Médica do Centro Oeste, que teve a participação de delegações do próprio Estado, do Distrito Federal, de Tocantins e Mato Grosso; participação, com representação de 2 docentes, do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado em Brasília. Em Florianópolis, por ocasião do XLI Congresso Brasileiro de Educação Médica, promovido pela Associação Brasileira de Educação Médica, a delegação da Faculdade era de 72 participantes, sendo 51 discentes, 3 representantes da Secretaria Municipal de Saúde e 17 docentes, alguns da própria faculdade mas também outros que ministravam aula para o curso e de docentes que participavam do PROMED. Também em Goiânia, foi realizado o XV Encontro Científico dos Acadêmicos de Medicina/ III Encontro da Liga Acadêmica e I Ação Integradora de Acadêmicos da Área da Saúde, que contou com a participação de 600 acadêmicos da área da Saúde (UFG,2003).

Em 2004, dando continuidade a essas atividades, a Faculdade participou do II Fórum de Educação e Saúde da Região Centro-Oeste e DF e Seminário Popular de Saúde, em Brasília com representação de 2 docentes. Para São Paulo, no X Congresso Brasileiro de Ensino e IV Congresso Brasileiro de Pesquisa em Saúde da Criança e Adolescente, enviou 7 docentes. Em Vitória, no XLII Congresso Brasileiro de Educação Médica, participou com a presença de 18 docentes e 2 discentes indicados pelo Centro Acadêmico. Em Goiânia, sediou o IV Encontro Nacional de Professores de Psicologia Médica: Diretrizes para o Ensino de Psicologia Médica, também participou do Curso de PBL (Aprendizado Baseado em Problemas), com representação de 15 docentes e do XVI Encontro Científico dos Acadêmicos de Medicina/ IV Encontro da Liga Acadêmica e II Ação Integradora de Acadêmicos da Área da Saúde (UFG, 2004).

Em 2005, ainda durante a vigência do PROMED, a Faculdade de Medicina participou do IV Congresso Nacional de Estágio na Graduação, com a presença de um membro do Grupo da Assessoria Pedagógica; do I Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, em Vitória, também com a presença de 1 docente, e do XLIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, em Natal, com 17 docentes e 13 discentes. Apoiou o XVII Encontro Científico dos Acadêmicos de Medicina, considerado evento oficial da Faculdade de Medicina (UFG, 2005b).

A participação nesses eventos não só proporcionava que a Faculdade apresentasse suas experiências, visto que na maioria, principalmente nos Congressos de Educação Médica, foram apresentados trabalhos com a participação de discentes e docentes, mas também permitia a troca de experiências e oportunidade de conhecimento de outras realidades, como reconhecem os entrevistados, a exemplo das falas abaixo.

Sendo assim, eu considero que melhorei, pude me aperfeiçoar e aprofundar elementos por essa trajetória organizada, da entidade de classe ABEM e DENEM [...] isso foi muito importante para minha qualificação e também me aproximar das experiências das outras Faculdades de Medicina, particularmente Marília e Londrina. Nos Congressos da ABEM, fiz contato também, com a UNIFESP, nos projetos de tutoria de acompanhamento de estudantes. Eu vi brechas de mudanças não só de aproximação dos serviços, mas competências gerais das diretrizes curriculares[...] então vi a importância das entidades e também pude, com essa aproximação, reconhecer desafios e algumas iniciativas bem sucedidas de outras instituições de ensino, que estavam na humanização do ensino e no envolvimento das competências gerais (TSM).

Tive a oportunidade de acompanhar efetivamente participando dos Congressos Brasileiros de Educação Médica, incentivando os professores a participarem, levamos vários trabalhos, inclusive relatos de experiências desenvolvidas, principalmente no que diz respeito à formação pedagógica. Tivemos um número bastante significativo de professores envolvidos com o curso de Medicina participando do Congresso Brasileiro de Educação Médica, o que não era uma coisa comum, ver tantos professores participando dessa atividade e foi uma atividade não só o que diz respeito à formação pedagógica, abrangia todas as atividades desenvolvidas no curso (DGA4).

Além dessas atividades, foram desenvolvidas estratégias de sensibilização e motivação exclusivas para os docentes, em reuniões de avaliação da 1ºano, que envolviam todos os docentes do ano e a Coordenadora do Projeto de Avaliação da

Implantação do Currículo do Curso³⁹, de Cursos de qualificação de docentes, num total de 3, de Oficina Pedagógica sobre o tema: Construindo Práticas Interdisciplinares no Curso de Medicina, de Encontros Pedagógicos da Clínica Médica, momento de discussão sobre o planejamento e avaliação da área. Importante destacar que a qualificação docente foi priorizada durante todo o PROMED, como estratégia de buscar maior comprometimento dessa categoria, como podemos verificar nos relatórios.

Utilizamos uma estratégia que deu ênfase à qualificação e motivação aos docentes e discentes como meio para comprometer toda a comunidade envolvida no processo em curso (UFG, 2003, p.2).

Novamente buscamos enfatizar a qualificação docente e utilizamos uma estratégia de contaminação dos diversos participantes do processo procurando o comprometimento cada vez maior de toda a comunidade envolvida (UFG, 2004^a, p.2).

A qualificação docente continuou sendo a tônica do processo e tivemos neste período um grande incremento na participação dos docentes nas atividades desenvolvidas. Outro ponto que deve ser destacado é a produção de um número expressivo de trabalhos voltados às necessidades de mudanças curriculares e necessidade do próprio Sistema Único de Saúde (UFG, 2005b, p.2).

Bourdieu considera que a grande maioria das ações dos agentes é reflexo do encontro entre um *habitus* e um campo, ou seja, a prática pedagógica do docente da Faculdade de Medicina construída a partir dessa relação. Dessa forma, a Coordenação do Projeto PROMED propôs estratégias de qualificação docente como ações práticas determinadas a partir de estímulos de uma situação histórica específica, ou seja, a necessidade de mudar o modelo pedagógico da formação médica predominante, e assim buscar transformar o perfil de formação de seu médico.

Considerando que as estratégias de qualificação docente integram o eixo de abordagem pedagógica prevista no PROMED, mais adiante retornaremos a essa discussão.

Podemos supor que essa primeira estratégia desenvolvida pela Faculdade para o processo de mudança garantiu a participação dos segmentos envolvidos no PROMED, ou seja, docentes, discentes e técnicos da SMS, e que possibilitou a formação de uma massa crítica e ativa, principalmente de docentes, na medida que

³⁹ O Projeto de Avaliação da Implantação do Currículo do Curso integrava as atividades propostas pelo PROMED, com objetivo de acompanhar a implantação do currículo do curso de Medicina com instrumentos próprios de avaliação.

esses aprovam a implantação do novo currículo, conforme estudo realizado por Abreu Neto □T alii (2006).

Pode-se dizer que os professores do curso de Medicina estudado aprovam a reformulação implantada, sentem necessidade de formação continuada para implantar o currículo e ressaltam a necessidade de integração interdisciplinar, de capacitação docente e do compromisso dos professores (p.159).

A resistência a mudanças, no estudo desses autores, representava 29,4%. A Faculdade reconhece as resistências internas de mudanças, como “a tendência ao imobilismo é o incômodo por abandonar o estabelecido e adotar uma postura mais desafiadora, é a mudança na própria estrutura do poder” (UFG, 2005^a, p.14), o que de alguma forma reflete no número de participantes, por alguns entrevistados considerado pequeno, nos momentos de discussão da importância do trabalho docente nesse processo. Sobre a resistência às mudanças, os entrevistados apontam:

No curso de medicina, mais especificamente, existem algumas resistências em relação a mudanças. O nosso curso de medicina é considerado como um bom curso, então uma das questões era por que mudar, por que mudar o projeto pedagógico, porque mexer no curso, se o curso é bom se nós somos bons profissionais, então esse tipo de resistência muitas vezes dificultava o trabalho. Agora há muita resistência dos professores de uma forma geral de formar o profissional para o SUS, os próprios discentes têm resistência a isso, porque eles já entram na Faculdade pensando na especialidade, ou em que eles vão se especializar, eles não têm a perspectiva do serviço público, de atuar no sistema publico (DGA4).

Tem professor que está acostumado com o sistema e não quer mudar porque está bom assim. Porque essa reformulação do currículo, essa discussão gera certo número de atividades inexistentes anteriormente. Isso fez com que professores que estavam acostumados com uma visão tivessem que mudá-la (DFM5).

O envolvimento se deu da seguinte forma: o departamento tem em torno de 25 pessoas; existem aqueles que estão envolvidos desde o início e existem aqueles que resistiram e que não acreditaram, tanto na dinâmica como na mudança da metodologia, acharam que não ia funcionar, e até hoje persistem as resistências (DFM1).

Quanto aos docentes, teve sim uma resistência muito grande por parte dos professores que eram mais conservadores, principalmente quando mexiam na carga horária de sua matéria, ou no modelo que ele ministrava o conteúdo. Eles eram resistentes demais, até porque eram professores que estavam vários anos naquele modelo, naquele jeitinho, chegar e mudar toda a idéia dele, de concepção de formação, não seria fácil[...]Os docentes muitas vezes chegavam para nós dizendo: não vai dar certo, vocês estão sendo prejudicados, lá na frente vocês vão perceber, eles não estão

preocupados com vocês, existiam esses comentários que nós questionávamos: estou na faculdade, essa minha formação e de repente vou ser prejudicado? Começava a criar essas rebeliões (DIS3).

Existiram pessoas que tiveram dificuldades de entender a importância de mudanças [...] mas ao mesmo tempo tiveram professores que se encantaram e mudaram bastante.[...] foi um esforço grande, mas que ajudou muito. É claro que nem todos se envolveram, nem vão se envolver. É um grupo muito grande, com uma formação muito forte na especialidade e que acham que não tem o que mudar, já são excelentes profissionais e então para que mudar (DOU1).

Registramos na fala de apenas um docente a negação da resistência dos docentes e a existência, em relação aos discentes, de alguns problemas.

Resistência não houve nenhuma. Eventualmente houve dificuldade de participação de alguns professores por uma série de razões. Nós vivemos num ritmo alucinante, nós temos muito mais tarefas do que tempo disponível para elas, [...]. Estamos cada vez mais assumindo tarefas, por razões que independem do departamento, da faculdade, da Universidade. Estamos com um corpo de profissionais menor do que o necessário temos que nos desdobrar, lutar muito para que essas tarefas sejam realizadas. Então muitos não participávamos mediados pela limitação de tempo, por dificuldades de disponibilidade, mas por falta de disposição, não. Todos estávamos atentos, acompanhando esse processo, e aqueles poucos que puderam participaram. Quanto aos discentes, eu acho que houve alguns problemas. Um clima complicado, esquisito, senti isso no 1º ano, onde ministro disciplina. Aqueles que estavam chegando dentro da nova grade curricular, assumiram uma postura um tanto quanto equivocada, porque dentro de uma proposta que significava um avanço que era inovadora etc faziam discurso: “aqueles que estão um ano na nossa frente, estão tendo uma proposta velha, eles não valem nada, nós somos os melhores.” Isso acabou criando um atrito desnecessário. Então houve um certo exercício de presunção dos alunos novos em relação aos antigos. Por outro lado, internamente, esse grupo novo assumiu uma postura de beligerância, uma atitude de falta de controle, de filho que nunca ouviu um não na vida[...]ficaram soltinhos demais, cometeram alguns equívocos. O grupo de transição acabou tendo esse espírito e não foi muito bom (DFM4).

Dessa fala, podemos inferir que, em razão de acrescentar a atividade de docente da Faculdade de Medicina à sua atividade liberal de médico e considerando que ambas requerem o desenvolvimento de tarefas diferentes, o docente se vê obrigado a abandonar uma dessas funções.

Como foi dito por outro docente, a pouca participação dos docentes sobrecarrega aqueles que acabam participando dos debates e também das atividades de qualificação de sua função de docente.

Você sabe que tem professor que está acostumado com o sistema e não quer mudar porque está bom assim. Porque essa reformulação do currículo, essa discussão gera certo número de atividades inexistentes anteriormente. [...] Foram ofertados cursos para discutir essa nova visão, que não é nova, mas é necessária. Nem todos professores participaram, e que depois tiveram que ser envolvidos por aqueles que participaram do curso. Então esses professores tiveram maiores dificuldades de aceitar, e de participar de tudo.[...]os que participaram tiveram que trabalhar muito mais[...] hoje estou trabalhando muito mais que trabalhava antes, um tanto de coisa que tenho que levar para casa para fazer[...] muitas das vezes eu penso, não dá para trabalhar na Faculdade de Medicina[...], vou sair porque não estou conseguindo mais fazer nada, além de estar lá[...] cada vez mais trabalho[...] é muita tarefa por causa dessa discussão... da necessidade de discutir a avaliação, porque antes nós fazíamos as coisas, mas não avaliávamos adequadamente[...]com essa discussão que houve, nós fizemos um melhor planejamento, e com ele planejamento – acabamos executando mais tarefas – depois necessita avaliar o que foi feito, isso teve como consequência um **aumento de atividade além das que nós trabalhamos aqui**, não aumentou o número de professores (DFM5, grifo nosso).

Os indivíduos são reconhecidos como agente na medida em que atuam e que sabem que são dotados de um senso prático, de um sistema adquirido de preferências, de classificação e de percepção e da resposta adequada para aquela estratégia. Utilizam-se do *habitus* antecipando o que se deve fazer em dada situação (BOURDIEU, 2005^a). Nas falas descritas acima, percebemos que as respostas dos docentes e discentes denotam a consolidação de um *habitus* que os impede de perceber a necessidade da mudança e assim eles fazem opção por não participar do processo ou por fazer com que outros tenham essa mesma percepção e, desta forma, utilizam a autonomia relativa do *habitus*, que se encontra entre o inconsciente-condicionado e o intencional-calculado. Por não ser destino, o *habitus* preserva uma certa liberdade ao agente, que permite a ele se posicionar no campo, de maneira diferenciada, seja pela sua conservação ou pela transformação de sua estrutura.

Quando nos propomos discutir a questão da formação médica como um campo, dentro da concepção de Bourdieu (2005), e entendê-lo como um campo de forças, cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos, percebemos que a resistência às mudanças seja pela não participação nas discussões, seja pelo aumento de trabalho, seja pelo desconhecimento do projeto político pedagógico do curso, se caracteriza com a luta do campo.

Feuerwerker (2002) identifica que na mudança da educação médica, a resistência de docentes como forças conservadoras, principalmente dos

especialistas, aparentemente teve maior poder e capacidade de (des) articulação que os que buscavam impulsionar as transformações. A autora também se apóia em Almeida (1999) que considera muito difícil transformar estruturas tão rígidas, conseguir romper os acordos baseados no corporativismo, mobilizar professores mais ocupados com as atividades de investigação ou com sua prática profissional que com o processo de formação, difícil superar as pressões do mercado de trabalho sobre o processo de formação profissional, o que reforça os resultados encontrados em nossa pesquisa.

Enquanto campo, local de luta concorrencial, segundo Bourdieu (2007, p.173-174), a luta que “opõe os profissionais é a forma por excelência da luta simbólica pela conservação ou transformação do mundo social através da conservação ou da transformação da visão de mundo social e dos princípios de divisão desse mundo”. Não podemos deixar de considerar que essa luta esteve presente no processo de mudança da formação médica, quer internamente, no próprio ambiente escolar, conforme apontado tanto por parte dos docentes como dos discentes, quer seja extremamente pela regulação do mercado médico, em que permanece a valorização da especialidade e do atendimento no setor hospitalar.

A Faculdade de Medicina da UFG, ao priorizar as estratégias de abertura na sua comunidade acadêmica, demonstrou o conhecimento sobre o campo que, segundo Bourdieu (2007, p.27), é essencial porque ele nos indica como devemos agir no campo, assim “a noção de campo funciona como um sinal que lembra o que há que fazer, a saber, verificar que o objeto em questão não está isolado de um conjunto de relações de que retira o essencial de suas propriedades”.

Desta forma, ao investir no processo de mudança de seu projeto político pedagógico, criou a *illusio*, que, na visão de Bourdieu (2005^a), corresponderia ao investimento em algo que lhe interessa, compreendendo que, na estrutura do campo de formação médica, dentro da lógica relacional, em que as necessidades do mercado de trabalho médico são potente indutor de mudanças, como já discutimos anteriormente, surge nesse mercado nos últimos anos, como importante área de atuação do médico, o trabalho na atenção básica, reflexo das Políticas de Saúde que indicam uma nova lógica de financiamento para esse nível de atenção à saúde para o qual o município é o grande empregador.

Sobre a equipe que conduziu o processo, podemos avaliar, dentro dos atributos que Testa (1995) considera fundamentais, que ela foi política porque

operou com a intencionalidade, com a construção de desejos coletivos e na organização dos diversos segmentos da comunidade acadêmica do curso; cartógrafa, porque operou com ferramentas que permitiram unir auto-análise e autogestão entre os sujeitos envolvidos no processo; pedagoga, na medida que trabalhou com a inserção dos saberes de docentes e discentes, em práticas de ensino – aprendizagem; e portadora de futuro, na medida que não se propôs a dar todas as respostas, mas sim reunir elementos necessários para novas formulações.

Passemos agora a discutir o Programa de Avanço da Faculdade que, de acordo com o autor, representa a realização da mudança.

4.4 Programa de avanço: a implementação da mudança

Os princípios gerais de transformação na formação médica proposta pelo PROMED foram orientados pelas Diretrizes Curriculares, que pretendiam chegar à formação de profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social e de prestar atenção humana de qualidade. Desta forma, objetivavam que a Universidade estivesse aberta às demandas sociais e fosse capaz de produzir conhecimento relevante e útil para o aprimoramento do sistema de saúde, e, ainda, que se mudasse o modelo de atenção, priorizando a promoção e a prevenção, ofertando atenção integral e fortalecendo a autonomia dos sujeitos na produção da saúde.

A nossa percepção, fundamentada no modelo hegemônico que ainda está presente na educação médica, como discutimos no capítulo II, é a de que essa transformação exige mais do que “processos de mudanças”, é necessário que haja “inovações”. Concordamos com Fernandes (apud BASTOS, 2007. 96 p): “Se toda a inovação transporta consigo uma intenção de mudança, nem toda mudança introduz necessariamente inovação”, o que nos obriga a distinguir os dois termos.

4.4.1 Mudança ou Inovação – de que transformação estamos falando?

Em se tratando da área da Saúde, diante da configuração do mundo do trabalho, exige-se um novo profissional não só com a competência técnica, que sempre é fundamental, mas que agregue as dimensões socioeconômicas e culturais para enfrentar os problemas de saúde da população, nas esferas individual e

coletiva, e não somente hospitalar. Das Faculdades, pretende-se o desenvolvimento do ensino articulado com as questões de saúde do SUS, com prioridade no nível de atenção primária e, desta forma, adoção de um modelo curricular oposto ao tradicional em que: primeiro se aprende (teoria) para depois trabalhar (prática – estágios e internato). Em outras palavras, algo novo deverá ser incluído, para que não ocorram apenas mudanças ou reformas. É nesse ponto que buscamos os significados dos termos para avaliarmos os impactos do PROMED na Faculdade de Medicina em estudo, uma vez que através de seu incentivo implanta-se o “novo” currículo, visto como aquele que cumpre os objetivos do programa proposto pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados-, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aqueles voltados para o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2002).

A palavra “inovação”, segundo Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1986), vem do latim *innovatione*: “tornar novo, renovar, introduzir novidade em”. Sendo assim significa introduzir algo novo que não apenas altera a quantidade, mas a qualidade.

Para Massetto (2004, p. 197), a inovação da educação superior é entendida como “o conjunto de alterações que afetam pontos-chave e eixos constitutivos da organização do ensino universitário provocadas por mudanças na sociedade ou por reflexões sobre concepções intrínsecas à missão da Educação Superior”.

Reportando-nos para a área da Saúde, poderíamos inferir que as principais alterações se referem às Políticas de Saúde e sua ênfase na atenção básica e às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, que buscam a formação do médico centrada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. A doença deixa de ser o foco da atenção, esta centraliza-se no doente, inserido em seu contexto sócio-econômico e cultural.

O termo “mudança” refere-se ao ato de mudar, de origem latim, *mutare* e significa pôr em outro lugar, dispor de outro modo, deslocar (FERREIRA, 1986).

Na medida em que o PROMED parte de um diagnóstico da educação médica, indicando eixos que visam à transformação dessa formação, percebemos que para cada um dos eixos e vetores são propostas estratégias que promovam a inovação, pois corresponde a introduzir algo novo. Compartilhamos com Ribeiro (2005) a

concepção dialética de Saviani (1980, p.21) que aponta para um sentido revolucionário do termo inovação, ou seja “alterar raízes, as bases [...] e desta forma significa introduzir o novo, que altera, de alguma forma, o antigo, abalando sua composição original”. Afirmamos que algo é inovador porque se opõe ao tradicional, e desta maneira não significa apenas substituir métodos convencionais por outros. Para o autor “trata-se de reformular a própria finalidade da educação, isto é, colocá-la a serviço das forças emergentes da sociedade” (p.21). Da mesma maneira, Jorge (1996, p.54), considera “inovação uma série de mecanismos e processos mais ou menos deliberados e sistemáticos, por meio dos quais se tenta produzir e promover mudanças nas práticas educativas vigentes” e, possa atingir a imagem objetiva de cada vetor, proposto pelo PROMED. Na análise das estratégias da Faculdade de Medicina da UFG serão consideradas apenas mudanças as estratégias que resultaram em alterações quantitativas (na carga horária e nas posições de disciplina), sem qualquer alteração qualitativa.

Apesar de adotarmos essa perspectiva, parece-nos importante indicar que, nos estudos da transformação da educação médica, Almeida (1999) situa a inovação como um dos níveis de aprofundamento dos processos de mudanças. Aponta que a educação médica, como objeto-sujeito das mudanças, é submetida a diferentes níveis de análise e/ou interpretação, em nível de complexidade: inovação, reforma e transformação. Percebemos um caráter diferente daquele conceito que adotamos, na medida em que em ser o inicial, o mais simples, da mudança, aquele que segundo Ferreira (2001) se situa no nível fenomênico, ou seja, intervenções no campo das relações técnicas, de trocas quantitativas. Almeida se refere à educação médica ainda em um processo primário, para que se possa afirmar que esteja no nível da reforma, mas somente no de inovação, no sentido de que as mudanças que ocorrem – as inovações – são superficiais “concentram-se as atividades nos meios e nas relações técnicas entre os agentes de ensino e o processo de ensino[...] as intervenções que se enquadram neste plano resultam em alterações isoladas de processos, ou de conteúdos ou de relações com maior ênfase nas alterações de processos”(p.10).

No entanto, assumimos a perspectiva de que a inovação representa o estágio mais avançado, partindo de seu próprio significado – algo novo, e assim compartilhamos com Ribeiro (2005) de que a inovação na formação médica pode ser percebida nas alterações que buscam construir novos processos de formação dos

profissionais e novas relações com a estrutura socioeconômica, agregando, nessas relações, outras referentes aos conteúdos, processos e metodologias de aprendizagem. Sendo assim, avança no sentido de ir além de inserção de disciplinas, alteração de cargas horárias, mas na revisão e discussão de seu aspecto estrutural e de sua função social.

4.4.2 Projeto Político Pedagógico

O Projeto Político Pedagógico (PPP) da Faculdade de Medicina da UFG é iniciado com um breve histórico de sua criação e implantação, e seu percurso de funcionamento desde 1960. Destaca nessa trajetória a forte ligação com o Sistema Estadual de Saúde, em que a vocação para regionalização e a preocupação com as doenças tropicais têm orientado o seu programa de pós-graduação, aprofundando as questões epidemiológicas contextualizadas. Influenciada pelo movimento mundial e pelas exigências do mercado, a faculdade foi levada ao desenvolvimento de ações que desencadearam o direcionamento para a prática médica especializada. No entanto, reconhece que, apesar de seu curso de graduação concentrar professores com formação especializada, compreende a necessidade de dar um novo rumo à formação, com orientação para o modelo do médico com visão geral.

No projeto PROMED da Faculdade apontava-se que uma nova proposta pedagógica vinha sendo discutida desde 1998, no sentido de redefinir o perfil do profissional a ser formado e a sua estrutura curricular que possibilitasse essa formação, além de reafirmar o papel da escola como pólo de desenvolvimento, *lócus* de reflexão, foco de informações e, principalmente, fórum de discussões sobre os temas que se inserem no processo saúde – doença, considerando a realidade regional.

Essa discussão acontecia conciliada com a mobilização nacional pró-reforma do ensino médico, objetivando a definição do perfil desejado do médico brasileiro; a identificação das necessidades das escolas médicas para a formação desse médico; a definição do processo de formação a ser adotado; o perfil docente para a consolidação da proposta pedagógica; e o sistema de avaliação para acompanhar as mudanças implantadas. Somam-se a esses outros desafios em consequência da aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina em 2001.

O PROMED representava a alavanca necessária para a implementação das discussões, refletida no PPP.

Desta forma, o Projeto Político Pedagógico representou o pensamento do coletivo da Faculdade visto que, em sua elaboração, participou “o corpo docente, discente, técnico-administrativo, além de diferentes segmentos representativos da sociedade” (UFG, 2006, p.4) e teve a aprovação das unidades acadêmicas que ofertam disciplina no curso.

A comunidade acadêmica admite que o projeto político pedagógico representa um processo de mudança na Faculdade, fundamentado em um novo modelo pedagógico, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem em que o professor assume o papel facilitador e mediador do processo de ensino-aprendizagem; a transformação gradativa do fazer curricular com inserção de disciplinas e modificação de suas cargas horárias e conteúdos, prevendo a alteração do eixo teórico/prático, que considere a “des-hospitalização e a des-especialização” (UFG, 2006, p.6). Inclui nesse processo a capacitação do corpo docente e de tutores da equipe técnica do SUS, envolvidos nas atividades acadêmicas, a revisão dos processos de avaliação e a permanente retro-alimentação dos sistemas de ensino e de prestação de serviço, além da modernização e ampliação das fontes de informação bibliográfica.

A importância dada ao PPP coaduna com o que Masetto (2004) e Veiga (2000) afirmam. O primeiro aponta-o como um dos elementos constitutivos de seu conceito de inovação na educação superior, que afetam pontos-chave e eixos constitutivos da organização do ensino universitário. Para a segunda, o PPP é o instrumento que enfatiza a organização curricular, confere-lhe organicidade e permite que suas ações adquiram relevância. Para essa autora, representa opções do curso sobre o perfil do profissional que se quer formar e dos focos decisórios do currículo, que abrangem objetivos, conteúdo, metodologia, recursos didáticos e avaliação.

Resgatando a história de criação do curso de Medicina e a organização da UFG, que privilegia a constituição de Centros, Institutos e Departamentos, o PPP destaca que as estratégias deverão levar em consideração a organização do curso, que a oferta de disciplinas está vinculada aos diversos institutos, exigindo um ajuste desse processo em que o fomento de alterações “respeitem a identidade do curso,

os valores individuais envolvidos e as limitações burocráticas existentes” (UFG, 2006, p.6).

Para Veiga (2000, p.195), na construção do PPP é necessário trabalhar o instituído e o instituinte dialeticamente, porque o primeiro constitui a referência dos novos elementos que operam o segundo, e mais ainda, é a partir do instituído que o projeto se constrói como instituinte. O instituído dentro da Faculdade é sua história, seus métodos, o conjunto de profissionais e alunos, seu currículo e sua finalidade. Assim, o instituinte e o instituído não são duas dimensões justapostas, pelo contrário, são dimensões do complexo de construção do PPP. Estabelecer relações com o instituído não é “destruí-lo ou cristalizá-lo, mas pelo contrário inová-lo”. No curso de Medicina, a história de sua criação, na sua trajetória como o único no Estado, até meados de 2005, e a sua relação com a Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, foram essenciais para desencadear o processo de transformação de seu curso e a busca de parceria para que essa fosse efetivada.

Em suma, o PPP prevê que a Faculdade,

Deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência [...] o currículo assumido deve efetivamente levar a formação do profissional competente, capaz de responder a uma demanda não só específica de sua área de atuação, mas global da sociedade enquanto cidadão (UFG, 2006, p.7).

A articulação entre ensino, pesquisa e extensão/assistência é condição para o ensino crítico, reflexivo e criativo, pois oferece suporte para a construção do perfil do aluno contemplado no PPP que apresenta sintonia e identidade com as Diretrizes Nacionais aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação. O Projeto identifica para o curso o entendimento de professores e estudantes como sujeitos essenciais para a troca de valores, da garantia da indissociabilidade entre a teoria e prática, na compreensão da avaliação como processo permanente e o entendimento de formação como articulação entre as competências – técnica, científica e política – e a habilidade de transformar a realidade.

Para tanto, enfatiza a articulação entre teoria e prática desde os primeiros anos do curso, com a transformação de disciplinas que possam trabalhar mais essa diretriz, a exemplo da disciplina Integração à Prática Hospitalar, transformada em Introdução à Saúde Coletiva, na 1º série, em que as atividades externas são

programas com articulação das equipes do PSF, desenvolvendo ações conjuntas em distritos sanitários. A disciplina Saúde Coletiva, em suas diferentes abordagens, se caracteriza como o eixo integrador das atividades, contemplando os conteúdos relacionados às ciências sociais, políticas de saúde, metodologia de pesquisa e os mecanismos de transmissão das doenças.

Na busca de integração entre os ciclos básico e profissional e da interação entre as disciplinas, insere-se a disciplina Práticas Integradoras, programada para trabalhar com a problematização de situações reais existentes no próprio cenário de práticas (programa de saúde da família), em que tutores e docentes trarão à discussão um caso real que, para sua análise, deverá ter a participação de docentes das disciplinas ofertadas na 1ª série. Nos dois últimos anos do curso está previsto o Internato, em que o aluno participará de vários cenários que serão experimentados na prática profissional. No PPP ampliam-se os espaços dessa etapa além dos hospitais, incluindo os da família, comunitários e ambulatoriais. Considerando que as alterações em relação a essas disciplinas estão previstas no projeto PROMED, no eixo de cenários de práticas, teceremos maiores comentários quando realizarmos a discussão dos impactos desse programa no curso.

A estrutura do curso é seriado anual, com carga horária total de 9806 horas, desenvolvidas durante 6 anos. Essa foi, a nosso ver, uma **mudança**, pois em relação à estrutura curricular anterior, houve um acréscimo de 1604 horas, sendo de alguma forma criticada por um dos entrevistados.

Acho, fazendo parêntese, que o nosso curso poderia ser um pouco mais curto, se as pessoas (docentes) dessem um pouco do seu feudo, domínio, e diria que é para o aluno [...] nós teríamos um curso em que o aluno teria mais folga do que eles têm atualmente[...]o curso é muito puxado para o aluno. Mas o professor não abre mão mesmo que ele não use[...] mas o aluno fica amarrado naquele horário (DGA3).

Esse “feudo” a que o docente se refere corresponde as disciplinas das quais o professor se apodera e, como dono de uma propriedade, define a forma de transmissão de seu conteúdo em que se inclui o estabelecimento de carga horária. Esse aumento da carga horária interfere no processo de aprendizagem do aluno, uma vez que ele passa a não ter horários livres tanto para o estudo como para participar de atividades extra-curriculares. Conforme apontado pelos resultados preliminares do Projeto de Avaliação da Implantação do Currículo do Curso, a

excessiva carga horária das séries é percebida como “carga horária brutal”; “não há tempo para estudar”; “pouco tempo livre para estudo e atividades extra-curriculares”(UFG, 2005).

Da apreciação do PPP do Curso, verificamos que houve **inovações** na medida em que identificamos alterações que buscam construir novos processos de formação e novas relações com a rede de saúde, ou seja, “a des-hospitalização”, “a des-especialização”, a ampliação de cenários de prática que, conseqüentemente indicaram para a necessidade de novas relações com a rede de saúde, referentes a conteúdos, processos e métodos de ensino-aprendizagem e, principalmente, o resgate da relação da Faculdade com a comunidade.

4.4.3 Da proposta à ação: os eixos do PROMED

Analisamos o PROMED, como um programa que mobilizou a Faculdade de Medicina da UFG para reflexão sobre as inovações curriculares, apontadas quando da elaboração do PPP, trazendo para essa discussão estudantes, docentes e técnicos, apesar de não serem a maioria dos que teriam que participar, conforme apontado pelos entrevistados:

Agora é preciso ficar claro que a participação das pessoas não é completa.[...] existe uma regra que diz – você muda as coisas com 20 a 30% de participação das pessoas[...] que são os que fazem, você também tem 40% que são contra sempre e 40% que vão junto(DGA3).

O grupo que participou ativamente representa para a Faculdade os que terão papel de sensibilizar os demais para que a mudança no perfil do aluno não se interrompa com a finalização do PROMED.

Quando você vê a participação pelo total de professores do Departamento, a participação era pequena [...] Agora de uma maneira geral percebemos que de tanto se falar, de tanto se chamar os professores para novas atividades, vemos que está se abrindo um novo leque de pessoas interessadas(DFM1).

A seguir analisaremos os eixos: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática e seus respectivos vetores.

4.4.3.1 Orientação Teórica

Para o MS e o MEC, esse eixo comporta dois vetores que dizem respeito, respectivamente, à produção de conhecimento e à oferta de pós-graduação (BRASIL, 2002). Neste, a Instituição de ensino, considerando a capacidade existente, deverá promover estudos clínico-epidemiológicos, pautados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica e de redirecionar protocolos de intervenção. Incluem-se também neste eixo componentes gerenciais do SUS, com a finalidade de se estabelecer boas práticas de gestão, visando fornecer subsídios ao processo de tomada de decisão e estimular a conformação de redes de cooperação técnica horizontal.

A Faculdade de Medicina assume a pesquisa no seu processo de formação quando no PPP propõe que a formação integral de seu aluno se fará na articulação ensino-pesquisa-extensão/assistência da mesma forma que atende também às Diretrizes Curriculares Nacionais.

Aguiar (2004), na discussão sobre a pesquisa na educação médica, ressalta a sua importância no processo de formação médica, pela participação do aluno em vários cenários durante o curso de graduação, pelo envolvimento tanto da comunidade acadêmica como também dos profissionais dos serviços de saúde e a comunidade, e aborda dois tipos de pesquisa: a pesquisa sobre a Educação Médica e a pesquisa na Educação Médica.

A pesquisa sobre a Educação Médica, segundo a autora, tem como objeto o processo educativo em que se inclui o processo ensino-aprendizagem, estratégias de avaliação discente, novos papéis do docente, democratização da gestão acadêmica. Na Faculdade de Medicina estudada, esse tipo de pesquisa foi a mais identificada durante a vigência do PROMED, até porque no contexto político-institucional havia interesse da escola na avaliação do programa e projetos e na compreensão das perspectivas e atitudes dos diversos atores sociais envolvidos nos processos de mudanças. Da mesma forma que houve incentivo à participação da comunidade acadêmica nos Congressos Nacionais de Educação Médica, com a intenção de inserir-se na discussão sobre o tema Educação Médica, houve acompanhamento dos participantes de apresentarem trabalhos que abordassem suas experiências no processo de transformação, que incluíam: a avaliação do novo currículo e das estratégias desencadeadas a partir dessa implantação,

principalmente sobre a capacitação docente, a percepção dos atores sobre as mudanças implantadas, experiências nos cenários de prática.

Percebemos a participação ativa de alunos nessas pesquisas, pois nas entrevistas consideram a oportunidade de participar nessas discussões, tanto das Políticas de Saúde como de Formação do médico, uma influência positiva à sua opção futura, como nos mostra a fala a seguir.

Pra mim, em especial, influenciou muito, porque entrei em contato com trabalhos na área e com o tema. Interessei-me por políticas de saúde e educação médica. Acho que é uma área que pretendo trabalhar (DIS1).

Ainda sobre os tipos de pesquisa abordados por Aguiar (2004), a pesquisa na Educação Médica é a que se realiza no contexto do ensino-aprendizagem, associada com projetos de iniciação científica e/ou extensão. Entre os objetos, a autora destaca a prestação de serviços na rede básica, a avaliação das ações de saúde e a gestão da rede. Na Faculdade de Medicina da UFG, na medida em que se desenvolvem projetos de atividades integradas ao SUS com a participação de alunos, estes garantem a interface entre a Universidade, o sistema de saúde e a população, favorecendo a aprendizagem realizada na prática, acompanhada pela metodologia científica. Desta forma, para a Faculdade esses projetos se caracterizam como uma estratégia de educação continuada, funcionando como núcleos geradores de atividades, produtores de conhecimento e aglutinadores de recursos humanos (UFG, 2002).

Na avaliação da maioria dos docentes entrevistados, essa produção ainda é incipiente, visto que a formação do corpo docente ainda é especializada, no entanto, já despertam para a potencialidade decorrente da participação nas atividades na UBS e no desenvolvimento de pesquisa.

Sobre a produção de conhecimento em termos de pesquisa científica, a proposta é que os professores a partir de agora irão começar a desenvolvê-la dentro do SUS, porque o potencial é grande[...] a medida que participamos de reuniões do distrito sanitário, percebemos que o potencial de pesquisa no SUS acaba sendo maior do que temos dentro do hospital. Ela seria pesquisa com abordagem diferente, porque se caracteriza como uma pesquisa básica, não é o forte da nossa FM em que é predominante a pesquisa aplicada (DFM1).

Considerar a epidemiologia do SUS na pesquisa da Faculdade? Acredito que não é feito (DFM3).

Produção de conhecimento muito pouco. O que temos feito é apresentação em congressos de temas livres, ou apresentação no posto de saúde (DOU1).

Apenas um docente que ministra disciplina no ciclo básico apontou para a integração ensino e pesquisa na construção de conhecimento dos alunos, que culminou no retorno para a unidade de saúde.

Eu posso falar, como estou no básico [...], com a saída dos alunos e o contato deles no CAIS, isso proporcionou na minha disciplina, orientações de trabalhos[...] através da participação deles no CAIS, eles perceberam como estavam sendo feitas as prescrições, então eles já tinham um campo. Entendo que esse momento foi altamente proveitoso, porque introduzimos a questão das listas de medicamentos essenciais que são aquelas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e é o que deveriam ter nos postos de saúde, para uso nacional de medicamentos. Então essas foram mudanças pedagógicas que puderam ser introduzidas a partir de uma experiência anterior dos alunos com inclusão de um campo de pesquisa (DOU4).

Identificamos, nas falas dos entrevistados sobre a produção de conhecimento na perspectiva do PROMED, que não houve avanços na Faculdade, da mesma maneira que, nas avaliações encaminhadas pela Faculdade aos Ministérios da Saúde e da Educação através dos relatórios anuais encaminhados, não há referências a esse vetor.

Sobre a oferta de pós-graduação e educação permanente, na perspectiva do PROMED, o MS e o MEC pretendem que contemple as necessidades assistenciais, incentivando a incorporação de modalidade de educação a distância, bem como oferta de vagas de cursos de pós-graduação em áreas estratégicas e ou carentes de profissionais qualificados para o SUS (BRASIL; 2002).

Em se tratando da Educação Permanente na Faculdade de Medicina da UFG, ela tem o mesmo sentido que a educação continuada e denota o sentido temporal da continuidade desejada da formação. Assim, a Faculdade reconhece que, através de seus projetos de extensão e pesquisa articulados com as Secretarias Municipal e Estadual que integram a sua graduação, é estratégia de educação continuada e de capacitação de pessoal da rede pública de serviços.

Entretanto, estudiosos fazem distinção clara entre a educação permanente e a continuada, concordando que ambas conferem uma dimensão temporal de continuidade ao processo de educação, correspondente às necessidades das

peças durante toda a vida, mas assentam-se em princípios metodológicos diversos (PIERANTONI;RIBEIRO,2001; RIBEIRO,2004).

A Educação continuada, segundo Ribeiro (2004), corresponderia às atividades de ensino após o curso de graduação, com finalidades mais direcionadas para atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida, através de metodologias tradicionais. Incluem-se nessa modalidade os congressos, jornadas e eventos técnico-científicos, como espaços necessários para atualização de conhecimento para profissionais. Nos espaços das instituições de saúde, os centros de estudos estabelecem programações anuais que incluem palestras e eventos com o mesmo fim.

A Educação permanente, segundo a autora, tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientando para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado. Essa também é a concepção do Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em que a “Educação Permanente é aprendizado no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2003b).

Para Ceccim (2005), deve-se privilegiar a adoção do termo Educação Permanente em Saúde, visto como vertente pedagógica que ganhou o estatuto de política pública apenas na área da Saúde, fato originado a partir da reflexão do baixo impacto e altos custos da capacitação de recursos humanos, principalmente através da educação continuada. Esses fatores levaram a OPAS a formular, na década de 1990, a proposição metodológica de Educação Permanente do Pessoal de Saúde, para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com o reconhecimento de que os serviços de saúde são organizações complexas, do seu potencial educativo dos espaços de trabalho e também da indissociabilidade entre a gestão do trabalho e a gestão do conhecimento. Desta forma, reconhecem que por meio da aprendizagem significativa será possível obter a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança do cotidiano.

Para o autor, a Educação Permanente em Saúde pode equivaler à Educação em Serviço, quando se coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança na orientação política das ações prestadas em determinado tempo e lugar.

Pode corresponder à Educação continuada, quando se relaciona à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, ainda, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta influenciada pela realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor /mundo do trabalho e o setor /mundo do ensino.

A Educação Continuada, para Ceccim (2005), se relaciona com a Educação Permanente em Saúde, na medida em que tem como objetivo a reestruturação da função exercida pelo sujeito em seu próprio local de trabalho. Ribeiro (2004) já aponta essa modalidade como forma de atualização que tem impacto reduzido na transformação das práticas dos serviços de saúde.

Com base nesses autores, poderíamos indicar que a Faculdade de Medicina, ao assumir que a educação continuada por ela desenvolvida, através dos projetos de extensão e pesquisa, assume o caráter de Educação Formal de Profissionais, visto que esses projetos prevêem a integração entre os grupos profissionais dos serviços de saúde, os docentes da faculdade e os discentes, nas atividades de planejamento e avaliação dos serviços, na produção de conhecimento. Também prevê a Educação Continuada, na concepção de Ribeiro (2004), quando estimula atividades de atualização por meio de Cursos, Congressos e Seminários.

Entre os sujeitos entrevistados, apenas um docente percebe essa estratégia na Faculdade, no processo de reorientação da formação dos profissionais da saúde dentro do vetor proposto pelo PROMED.

A FM tem tentado direcionar seus professores para o trabalho com os alunos dentro do SUS, então dentro disso conseguimos trabalhar com a educação dos profissionais do SUS. Quando você insere o aluno e o professor nas atividades do SUS, você acaba interferindo na estrutura do sistema, acaba reciclando a formação do profissional que está em serviço (DFM1).

Vemos que a concepção de Educação Permanente associada à Educação continuada, apesar de estar prevista no planejamento do PROMED, não foi efetivamente realizada.

Educação Permanente dentro da FM sempre existiu, os professores universitários têm uma educação permanente muito forte Participamos de muitos congressos [...] falando de minha área o professor não deixa de participar de eventos científicos, locais, nacionais e até internacionais

quando tem recursos, no entanto na sua área de atuação. A formação pedagógica é a universidade que tem que prover tem que ser uma política pública, a unidade tem que ser o motivador, o indutor, o modulador[...] isso o PROMED nos permitiu fazer. Quanto ao pessoal da rede de serviços, achávamos que devíamos contaminar um pouco mais, que era o nosso desafio ampliar a formação pedagógica para a rede de serviços[...]e começamos a fazer[...]muito incipiente (DGA3).

Reconhecem os docentes que essa estratégia deverá ser privilegiada no Pró-Saúde.

Pró-Saúde vem com esse objetivo, ou seja, abrimos na formação pedagógica para os profissionais da rede que de alguma forma estão envolvidos na formação de nossos estudantes (DGA3).

Os entrevistados apontam para a criação da pós-graduação⁴⁰ durante a vigência do PROMED, mas não fazem relação dessa oferta dentro das propostas do PROMED.

Outro fator indutor na mudança do perfil do aluno a ser graduado pela faculdade é a criação da Pós-graduação em Ciências da Saúde[...] em consórcio com a UNB e UFMS. A medicina não tinha massa crítica para fazer uma pós-graduação própria[...] a minha concepção é que saúde não pode ser domínio de uma área. Então a pós-graduação em Ciências da Saúde é mais abrangente do que uma específica em Medicina [...] esse consórcio para a pós-graduação em Ciências da Saúde, reunia todas as áreas da Saúde. Isto já é um indutor de projetos no aspecto da saúde mais geral do que específica, além da perspectiva multi-profissional. [...]. Esse programa começou em 2000, mas só foi lançado após 2 anos e teve uma demanda muito grande.... Veja que toda essa estruturação da pós-graduação ocorre junto com o PROMED [...] Isso permitiu que durante o PROMED, três anos após o início do curso anterior, fosse criado o próprio curso de pós-graduação da FM, em Ciências da Saúde, que apesar estar sediado na FM, tem a participação de todas as áreas[...] é um programa que está muito rico [...]e com vários projetos voltados para produção do SUS, que surgiram naturalmente (DGA3)

Nesse período foi criada a pós-graduação em Ciências da Saúde em convênio com a UNB e agora a própria da Universidade. No entanto ela já foi criada com o intuito mais disciplinar, porque o tipo de pesquisa é mais clínico. Não sei dizer se estaria considerando as necessidades do SUS (DFM3).

⁴⁰ O Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG teve como base a experiência obtida pelo convênio entre três IFES(UFG, UnB, UFMS), assinado em 2001. Foi aprovado pela CAPES, em 15 de setembro de 2005 para os níveis de Mestrado e Doutorado na grande área das Ciências da Saúde. Os objetivos e a estrutura curricular do Programa visam oferecer aos Mestrandos e Doutorandos sólida formação didática e domínio dos métodos de pesquisa com ênfase em bioética, educação e saúde, docência do ensino superior, epidemiologia clínica, métodos quantitativos e qualitativos, além das disciplinas de interesse específico para os diferentes tipos de profissionais que buscam este programa para obterem preparo e titulação para o exercício da docência em Instituições de Ensino Superior da área da Saúde. Constituem seu quadro 32 docentes orientadores, de várias unidades acadêmicas (Instituto de Patologias Tropicais e Saúde Coletiva, Faculdades de Enfermagem, Medicina, Nutrição e Odontologia). Em 2007 ofertou 50 vagas sendo 31 para Mestrado e 19 para Doutorado (UFG,2008).

Nessas falas percebemos que “a produção do SUS” ou para as “necessidades do SUS” não estão claramente definidas. Apesar do curso ter um caráter multidisciplinar, o que por si só não garante a produção interdisciplinar, a Faculdade se avalia nesse vetor no estágio 2, ou seja, baixa produção de investigação relacionadas à atenção básica ou gestão do SUS e dentro das estratégias para melhorar seu desempenho, não inclui alteração na pós graduação *strictu sensu*.

Dessa forma, avaliamos como baixo o impacto que o eixo de orientação teórica e os vetores correspondentes no PROMED tiveram na reorientação do perfil do aluno formado pela Faculdade.

4.4.3.2 Abordagem Pedagógica

Esse eixo comporta dois vetores: a mudança pedagógica e a integração ciclo básico e profissional.

A Faculdade de Medicina, nesse eixo, deu relevância às estratégias de motivação e qualificação de docentes e discentes a fim de buscar o maior envolvimento de toda a comunidade no processo de mudança da formação do médico, também porque as mudanças previam alterações em estratégias de ensino. Destaca-se na leitura dos relatórios a importância que foi dada a essas estratégias, na medida em que a enfatizam para que se viabilizem as mudanças na formação de seus alunos.

Durante a vigência do programa (2003 a 2005), foram realizados quatro Cursos de Atualização em Docência Universitária com participação de docentes da Faculdade de Medicina e de outros cursos da área da saúde, assim como de profissionais da área de saúde que exerciam atividades docentes com os alunos do curso de medicina. Essas estratégias foram motivadas pela necessidade de modificar um *habitus* do docente, em que predomina a aprendizagem centrada no docente, para aquele em que o aluno é a figura central do processo ensino-aprendizagem. Apesar de os avaliadores do PROMED no MS e no MEC, indicarem como ponto negativo a priorização do orçamento em encontros de sensibilização de docentes, conforme apresentado no capítulo III desta tese, a Faculdade considerou importante dispor desses espaços para estimular a participação. Vejamos como um dos docentes que participaram do processo avalia:

Na implantação do PROMED eu acho que a FM tentou trabalhar muito com os professores, uma vez que ela proporcionou vários cursos para docentes aqui, fizemos curso de PBL fora do estado. A FM tentou estimular ao máximo o seu professor (DFM1).

Vista como eixo estruturante do processo formativo, a prática docente tem sido objeto de análises e estudos no movimento de transformação do ensino superior em saúde no Brasil. Com base nas discussões sobre as Diretrizes Curriculares, inovações educacionais, incluindo integração disciplinar, aprendizagem baseada em problemas, currículo centrado na comunidade e currículo nuclear, têm sido implantados e avaliados.

No Brasil, principalmente a partir da LDB, de 1996, as universidades se empenharam em aumentar o nível de qualificação acadêmica de seus professores, referente à titulação de mestrado e doutorado, a fim de atender à legislação que estipula para essa organização acadêmica que pelo menos um terço do seu corpo docente apresente essa titulação. Considerando que a titulação na maioria das vezes é valorizada na área específica da atuação docente, este tem dado pouca relevância para a sua formação como professor, também porque a mesma legislação que estabelece a titulação como exigência para o ensino universitário delega à pós-graduação, a preparação de docentes para o exercício do magistério superior, prioritariamente em programas de mestrado e doutorado.

Abreu e Masetto (1990) nos chamam a atenção para a lacuna entre a especialidade e a formação pedagógica, já sentida pelo docente, que procura superá-la, seja aprendendo novas metodologias de aprendizagem, seja se reciclando periodicamente.

Nos debates e estudos sobre a docência, mais especificamente a formação docente, no âmbito nacional ou internacional, já se promulga que não basta ter o domínio de conteúdo específico para saber ensiná-lo. Freitas e Seiffert (2007) defendem que ser professor demanda avançar além das características historicamente instituídas por um ensino tecnicista e pela exclusiva transmissão de conhecimentos. É preciso que o professor se reconheça como um educador, que adquira competência por meio da formação científica, pedagógica, prática, técnica e política.

Na área médica, o professor se caracteriza por ser especialista num campo do conhecimento, sendo por vezes critério para seleção e contratação, sem se levar

em consideração o seu domínio na área educacional e pedagógica. Nessa lógica, o pressuposto é de que basta ter o domínio sobre determinado assunto para ser professor. Essa nos parece também uma realidade do local de nossa pesquisa.

Nenhum de nós foi formado para ser docente. E olha que coisa mais louca, apesar de tudo isso nós ainda contratamos professor com a aula tradicional que ele ministra [...] quando você vai fazer um concurso para contratação do docente, ele apresenta o belo currículo, comprova todas as especialidades, Mestrado, Doutorado em áreas específicas[...]. que pode não ter nada a ver com formação pedagógica e posteriormente ele dá uma aula tradicional [...], você aprova e contrata[...] é contraditório (DGA3).

Sou professor concursado da FM, desde 1992, professor de carreira auxiliar IV. Leciono uma disciplina do ciclo básico [...] é o que sempre quis, nunca postulei ir para o ciclo profissional ou para o hospital. Infelizmente só tenho a especialização, sou cirurgião geral, endoscopista. Não tenho Mestrado nem Doutorado. Fiz o concurso, passei e fui jogado perante 110 alunos, ninguém me deu orientação, me ajudou. Muito pelo contrário, a primeira aula que ministrei foi terrível, até hoje eu lembro desse momento, foi horrível [...] e ninguém para sentar, perguntar, orientar sobre a proposta pedagógica. Nos primeiros 5 a 6 anos sofri muito[...] com o passar do tempo fui me adaptando. Atualmente sou Coordenador da disciplina. Participei da sua reformulação da área básica na discussão da reforma curricular. Com o PROMED, a faculdade procurou discutir o processo pedagógico junto aos professores (DOU3).

Batista e Silva (2001), tratando mais especificamente da formação docente no ensino superior da área da Saúde, apontam que essa formação constitui desafio importante, em que o panorama acadêmico, apesar de não ser uma peculiaridade da área, é marcado pela valorização da pesquisa e seus desdobramentos em publicações científicas, um panorama em que a aprendizagem da docência é considerada mera consequência da experiência. Concordamos com os autores que se considera secundária a complexidade que envolve a docência em saúde, deixando de reconhecer a existência de uma triangulação central entre: ensino, aprendizagem e assistência, Além do que não se discutem as especificidades dos cenários do processo ensino-aprendizagem e seus atores — professor, aluno, pacientes, profissionais de saúde e comunidade — cada um com suas demandas específicas. Nesse contexto, a reflexão ao mesmo tempo em que impõe dilemas, abre perspectivas, motivando para a construção de olhares que articulem diferentes saberes e experiências na tentativa de estabelecer referenciais para o desenvolvimento docente.

A Faculdade de Medicina estudada, ao enfatizar a formação docente em seu projeto de consolidação das mudanças, partiu de um conhecimento prescrito sobre o campo da educação médica, em que a formação do docente / médico se mostra inadequada para as propostas de mudanças na graduação, com a incorporação de novas metodologias de ensino. Estudos desenvolvidos pela CINAEM em sua segunda fase, 1992 a 1997, confirmavam a inadequação do processo de formação do médico, o corpo docente e o modelo pedagógico da escola (CINAEM,1994). No entanto, apesar das iniciativas para transformação do currículo, a educação médica tem encontrado obstáculos para consolidação desse processo. Feuerwerker (2002), na tentativa de explicar essas dificuldades, aponta, entre outras, a falta de capacitação pedagógica do docente não só nos aspectos referentes às metodologias, mas especialmente, quando essas novas concepções pedagógicas envolvem relações democráticas entre professores e alunos, entre a universidade e a sociedade.

Concepções limitadas do que seria mudança; inadequações dos cenários de prática aos objetivos pretendidos; baixa capacidade do núcleo coordenador da mudança para romper com a lógica das disciplinas [...];falta de capacitação pedagógica do corpo docente e, principalmente, limitações graves de poder (20-21p).

Compreender a prática pedagógica, de acordo com Silva e Ramos (2008), é vê-la como uma prática social específica, de caráter histórico e cultural que transcende a prática docente, relacionada às atividades didáticas dentro da sala de aula, mas que abrange os diferentes aspectos do projeto pedagógico da escola e as relações desta com a comunidade e a sociedade, é fundamental na perspectiva de compreensão da escola como uma instituição social que efetiva-se pelas relações entre educação, sociedade e cidadania. Para tanto, ela deve se expressar como instituição em uma organização concreta, com objetivos, funções bem estruturadas e traduzindo-se como instituição mediadora entre as demandas sociais por cidadãos escolarizados e as necessidades de auto-realização das pessoas, transformando-se junto com a sociedade, e colaborando também para essa transformação. Ela é complexa e plural, sendo assim necessita dos saberes técnicos científicos, dos saberes experienciais e de uma reflexão individual e coletiva, tendo como mediador a ética, num contexto sócio-histórico no qual os professores exercem sua profissão, e desta forma uma nova prática se insere através dos conceitos teóricos

metodológicos provenientes das concepções filosóficas e pedagógicas em que são sujeitos do processo de ensino-aprendizagem, professores e alunos, é nessa perspectiva que se deve pensar o trabalho docente na saúde.

Para Batista (2005, p.285), a docência em saúde, como prática social, articula teoria e prática, em que se insere a construção de saberes e a atuação de outras duas práticas sociais – a saúde e a educação. Desta forma, o desafio na formação do docente da área da Saúde requer a compreensão da articulação das dimensões institucionais, as dimensões sociais e coletivas, “pois é na inter-relação de várias perspectivas que se configura um olhar crítico-reflexivo sobre esse trabalho como prática social”.

Koifman (1998) aponta para o reconhecimento da necessidade de mudança do ensino médico, no entanto, a prática educativa docente tem se mostrado resistente, visto que os professores permanecem ensinando como sabem e resistem às novas metodologias de ensino aprendizagem.

Costa (2007) apresenta, entre os fatores limitantes de mudança na prática docente em Medicina, a insuficiência da abordagem dos problemas próprios da educação médica: “esses professores tendem a encarar com ceticismo ou descaso os aspectos pedagógicos da docência universitária” (p.22). A autora ainda identifica outros cinco fatores: a desvalorização das atividades de ensino e supremacia da pesquisa; a falta de profissionalização docente; desvalorização da formação docente do professor de medicina; resistência docente a mudanças; e individualismo da ação docente.

Em todos esses fatores, destaca-se a questão da falta do domínio pedagógico do docente quer seja na educação superior, quer seja especificamente na educação médica, que contribui para a falta de profissionalização docente, para sua resistência à mudança, pela adaptação ao que já está instituído, e para a valorização da produção científica e da pós-graduação em detrimento ao ensino de graduação.

Considerando que a docência na educação superior, e em nosso estudo a educação médica, se efetiva numa instituição social, que tem compromissos historicamente definidos, para transformá-la, inová-la, é necessário um movimento de análise e compreensão dessa cultura institucionalizada em sua história, No processo de transformação das práticas educativas, é fundamental conhecer e valorizar a força e a importância da tradição, pois esta é conteúdo e método (PIMENTA;ANASTASIOU,2002) Nesse processo, é necessário considerar o conceito

de Bourdieu (2003^a) em que a efetivação de práticas exercidas social e coletivamente configuram um *habitus*, ou seja, práticas deixam de ser meros saberes práticos e configuram um comportamento. Sendo assim, a, prática docente nos cursos de medicina se materializou através da valorização da especialidade, em que a racionalidade técnica é norteadora da prática, ou seja, o que se quer dos professores é que executem atividades pré-estabelecidas para a consecução de determinados objetivos. Para tanto, o docente aplica métodos e adere a rotinas cristalizadas; não faz parte do seu exercício profissional o questionamento do ensino, mas apenas o seu cumprimento eficaz. Essa prática educativa, de acordo com Costa (2005), parece transparecer na Faculdade de Medicina pesquisada.

A fala de um aluno entrevistado denota a valorização da especialidade tanto na atividade da docência, quanto na atividade profissional:

Tanto pelo professor, quanto pelas políticas implantadas que não incentivam a fixação do médico de formação geral, induz a valorização da especialidade [...] a pessoa que está dando aula tem o ideal de que aquele profissional especialista, aquele que estudou mais sobre uma determinada área da saúde, tem um conhecimento mais aprofundado, ele tem um retorno melhor, ele tem reconhecimento, ele tem um respaldo melhor frente à sociedade, frente ao mundo acadêmico e muitas vezes a idéia que as pessoas tem é que aquele profissional que não fez esse tipo de formação especializada é visto como profissional que não deu conta, incompetente e vai trabalhar na rede primária de saúde porque não se resolveu. Então, a faculdade cria de uma forma inconsciente algo ideológico do tipo de profissional médico, do professor especializado que vemos, não só na faculdade, mas também os alunos que desde o começo de sua formação se interessam por determinado assunto e começam a direcionar a sua especialidade. Chega no final do curso o conhecimento e a abrangência em outras áreas de saúde é bem pequena acaba tendo o conhecimento restrito, que esse é o profissional que se apresenta hoje bastante especializado. Então a faculdade tem o papel de formar para o SUS, mas não consegue por conta da cultura do profissional da saúde (DIS3).

Nessa fala, identificamos a presença do *habitus*, na perspectiva de Bourdieu, em que o reconhecimento através do capital simbólico da especialidade perpassa na formação do médico da Faculdade.

Sobre a formação e prática dos docentes da Faculdade de Medicina, lócus da pesquisa, Costa (2005), ao realizar pesquisa sobre o tema nessa unidade acadêmica com participação de 53 docentes, afirma que todos os docentes pesquisados apresentavam domínio amplo, profundo e atualizado não só do conteúdo programático, mas também da ciência que ensinam, e ainda, “apresentam também o domínio de habilidades didáticas de metodologia tradicional de ensino.

Assim, os conhecimentos específicos são transmitidos com profundidade aliados a experiência médica e estudos anteriores” (p.101).

Nesse estudo, a autora constata que a mudança na prática docente, de acordo com as falas dos atores, foi resultado da experiência e da conseqüente maturidade adquirida com o decorrer do tempo em sala de aula, o que para a autora significa a passagem do “empirismo” pedagógico para esquemas mais racionais e uma maior conscientização sobre a realidade educativa (p.110).

Sobre os métodos pedagógicos utilizados no curso de Medicina, a pesquisadora verifica a existência de uma evolução do modelo tradicional, ou seja, poucos professores afastam-se das aulas expositivas e os que o fazem ainda não conseguem que o aluno tenha uma participação realmente ativa na sua aprendizagem. Conclui sobre o predomínio da prática pedagógica “repetitiva” (p.149) que reflete a presença da racionalidade técnica, da racionalidade instrumental na prática docente. O individualismo da ação docente tende a ser legitimado, na medida em que o currículo estruturado em disciplinas cultiva a prática docente de forma independente e sem comunicação com as demais, desta forma deve ser considerado quando se propõe transformar a formação de profissionais de saúde. (2007, p.27).

A análise dos dados de Costa (2005; 2007) sobre a prática docente da educação médica reafirma a necessidade de capacitação do docente e justifica a ênfase que a Faculdade de Medicina utilizou para a qualificação e motivação dos docentes e discentes como meio de comprometer toda a comunidade acadêmica no processo de mudança.

Assim, a participação dos docentes nas ações de capacitação docente, visando à mudança pedagógica, é compreendida

Através de discussões, seminários junto com professores de outras unidades acadêmicas tivemos que repensar o papel da universidade pública na formação do médico para atendimento às políticas de saúde do Ministério da Saúde e assim atender à maioria da população[...]realmente muitos dos professores da própria faculdade, em que me incluo, não parávamos para pensar sobre isso[...] estamos acostumados com um sistema e de alguma forma nos acomodamos e não queremos mudar, porque está bom assim, funciona bem[...] essa nova visão sobre o papel da universidade exige que pensemos em mudança[.] (DFM5).

Para Batista e Batista (2004), a formação docente como processo de reflexão surge tanto em relação à prática docente, como em relação à realidade em que essa prática se insere, e desta maneira, discutir o papel social da instituição formadora frente as demandas da sociedade se insere nesse momento.

Enquanto docente para mim foi ótimo, porque tivemos docentes de outras IES que vieram dar treinamentos, cursos, oportunidade de conhecer outras experiências. A possibilidade de participar de vários congressos, que antes não participávamos porque não conhecíamos esse tipo de congresso, como exemplo o Congresso de Londrina de Metodologia. A partir dessa participação, em suas várias metodologias, adquiríamos mais conhecimento em relação a aspectos da aprendizagem, a didática, mas principalmente na discussão da nossa relação com o aluno e a sua importância no processo de aprendizagem (DOU1).

Com a oportunidade de participar de vários eventos em que se discutia a questão da educação médica. Percebi que a faculdade ficou mais envolvida nas questões de ensino, mesmo que não dê em nada essa mudança (o que não acredito), só termos parado para pensar e discutir já valeu a pena [...] se os professores mudarem sua postura, os alunos acabam mudando [...] acho que essa preocupação com o aluno no processo de aprendizagem foi bem destacada [...] discutir a avaliação dentro do processo de avaliação [...] a questão do planejamento [...] dessa participação considero que alterou minha prática enquanto docente, porque me fez pensar em metodologias mais ativas de ensino, da necessidade do trabalho multiprofissional. Pensar que não sou dono da verdade, que meu papel principal não é passar conhecimentos, mas fazer com que o meu aluno se interesse, principalmente que ele saiba buscar a informação, e que eu seja o canal de discussão, de crítica, isso foi uma grande mudança (DFM3).

A estratégia de buscar outras experiências, de ouvir e conhecer professores engajados quer seja da própria instituição como de outras, com a formação do professor na área da saúde, demonstra ser um caminho produtivo para ampliar a compreensão da complexidade do processo de formação docente.

Sobre as ações de mudança pedagógica, espero que continuem. Ela aconteceu quase que uma luta de corpo a corpo, era a sedução para um projeto em que nem todos se envolviam, não por erro estratégico da Faculdade, mas porque era de cada um. Existiam aqueles que ao participarem demonstravam vontade em mudar, estavam dispostos a pensar diferente, mas existem aqueles que ao optarem por não participar continuaram a ter a mesma postura [...] interessante foi a ênfase que se deu durante os encontros, para a criatividade, a inovação no processo de ensinar. Dou muito valor a criatividade tanto na minha vida particular como na profissional. Com as ações do PROMED, a universidade foi despertada para o seu papel de formar o profissional que era necessário para a sociedade (DOU4).

Na fala desse docente percebemos a preocupação com a continuidade de processos de formação docente. No desenvolvimento de práticas de formação docente em saúde, Batista e Batista (2004) ressaltam a necessidade de que essas estejam inseridas em um projeto institucional mais amplo, superando os movimentos isolados e criando condições para, fundamentadas em uma nova cultura, para que o preparo do professor passe a ser compreendido em suas complexidades e multideterminações, e assim constituem-se um processo continuado, “em que os saberes docentes vão se transformando, à medida que empreende seu trabalho pedagógico, problematiza e investiga sua própria prática” (p.29). Os autores trazem, para tanto, a orientação de Cunha (1998) segundo a qual para que essa ação se proceda é necessário subsidiar o professor universitário com instrumentos teórico-metodológicos que estejam permanentemente em debate, para que se possibilite redimensionar suas concepções e fazeres.

Behrens (1998) aponta que as práticas na formação do professor devem proporcionar espaços para contemplar uma dimensão coletiva, em que os professores possam discutir, refletir e produzir seus saberes e os seus valores. A perspectiva de formação continuada num processo participativo induz o professor a sair do seu isolamento em sala de aula, e esse desafio o impulsiona a discutir com seus pares sobre sua ação docente. O resultado dessa reflexão coletiva é que o professor, na medida em que compartilha avanços e sucessos, e também dificuldades com os outros professores, alicerça e constrói referenciais que estão presentes nesses espaços.

Na minha prática pessoal serviu como um momento de reflexão, como em vários outros, de estímulo ao crescimento, à atualização. Nós que somos professores mais antigos acabamos sujeitos a críticas de que temos práticas antiquadas e desentendíamos o surgimento de práticas mais inovadoras, e de coisas como essas que foram desenvolvidas através do PROMED. Isso não é verdade. Ser antigo não tem nada a ver com ser antiquado, são coisas completamente diferentes[...]eu acho que é bom que situações e eventos aconteçam, clicks sejam dados para que a gente desperte, avance, se atualize e melhore. Acredito que estamos sempre com essa preocupação da atualização, da modernização do enfrentamento da discussão, isto é muito estimulado dentro da FM, acho que é bom, precisamos todos estar sempre sendo estimulados [...] e a FM faz isso muito bem[...]e nós, mesmos mais antigos, acabamos sendo atualizados (DFM4).

Em todas as falas dos atores até aqui descritas, podemos perceber que as estratégias do vetor mudança pedagógica abriram a possibilidade para novos momentos de formação pessoal e profissional, considerando a sua experiência tanto como docente como a de médico, realidade da Faculdade de Medicina da UFG a exemplo de outras Faculdades de Medicina do país, em que o docente agrega à docência a atividade médica e assim, a participação nas atividades de capacitação pedagógica possibilitou repensar tanto a prática docente como a sua prática profissional. Como momento de troca de saberes, percebemos a valorização desses encontros pelos entrevistados, reconhecendo a sua importância no repensar de suas práticas, mesmo aqueles que, em razão de sua maior experiência na docência, traduzida como os “mais antigos”, reconhecem a sua importância para a atualização e por ainda se sentirem estimulados a participar.

Da mesma forma, os encontros representaram espaços para a criatividade, construção de atividades inovadoras, na medida em que, pela fala dos entrevistados, possibilitou a construção de novos conhecimentos e de novas práticas pedagógicas, em que o discente é o sujeito do processo de ensino e aprendizagem e o papel do professor é o de orientador. Reconhecem, portanto, a importância da relação professor aluno durante o processo de formação. A criatividade, de acordo com Bizerra (2002), aflora, na medida em que é possível elaborar algo novo, revestido de originalidade, e também quando se consegue reconstruir e melhorar situações já existentes, ou seja “reinventar o velho” (p.68).

Castanho (2000) apresenta-nos o conceito de inovação ligado ao cotidiano da sala de aula do professor universitário, sujeito fundamental no processo de mudança.

Alterar as coisas, pela introdução de algo novo. Não se deve confundi-la com invenção (criação de algo que não existia) ou com descoberta (ato de encontrar o que existia e não era conhecido). A inovação consiste na aplicação de conhecimentos já existentes. Inovar consiste em introduzir novos modos de atuar em face de práticas pedagógicas que aparecem como inadequadas ou ineficazes (p.76).

No processo de mudança pedagógica, é contemplada a mudança na concepção docente em relação ao aluno, em que o professor se coloca numa atitude de escuta e de observação, fundamentais para interação com o outro, uma atitude de humildade, na medida em que se evita olhar o outro a partir de nossas próprias referências. Representa uma atitude de transformação, visto que, ao acreditar que

todo sujeito se constitui em suas relações com o outro, na dinâmica de um sistema simbólico que permeia essa coletividade, emergem funções cognitivas, afetivo-emocionais e sociais. Segundo Sonzogni (2004), espera-se que o docente faça a sua própria opção teórico-metodológica de acordo com sua concepção e construa, com seus alunos, atividades de ensino-aprendizagem prazerosas, significativas, que proporcionem a formação de um aluno mais crítico, mais criativo, capaz de analisar situações, no entanto não desconsiderando, na relação professor-aluno, a questão afetiva.

Identificamos que o grupo de docentes da Faculdade estudada é heterogêneo, os que participavam das ações se mostraram receptivos, buscavam mudança, no entanto, esses docentes reconheciam aqueles que resistiam à transformação. A existência de professores não participantes indica que a regularidade no processo de formação docente é um mecanismo para manter os professores motivados para desempenharem um importante papel de estimular a maior participação de outros docentes.

Reconhecemos que buscar o maior envolvimento no processo de mudança não é uma ação exclusiva da Faculdade/Universidade. Reconhecemos também que as desvalorizações do trabalho docente, principalmente a partir dos anos de 1990, em que se inclui não só a remuneração, mas as próprias condições de trabalho no ambiente das IES, têm representado grande impasse para que se busque o maior envolvimento docente em atividades acadêmicas, principalmente quando essas representam mudanças de posturas e comportamentos já reconhecidos. No entanto, é preciso considerar que o corpo docente é o alicerce fundamental sobre o qual devem ser instituídas as bases das mudanças introduzidas na educação superior e, em particular, na educação médica, mesmo que em determinados momentos ouçamos de docentes:

Na medida em que nos conscientizamos da importância de mudarmos, mas que o Estado não nos dá condição de nos dedicarmos exclusivamente a essa atividade, nos resta abandoná-la e nos dedicarmos aquela que temos maior reconhecimento, principalmente financeiro [...] só permanecerá exclusivamente na Universidade aquele que não for competente para buscar outra atividade [...] o médico como sempre teve que ser muito competitivo, desde o acesso ao curso, através do vestibular [...] e durante o curso teve que se dedicar quase que exclusivamente a ele, abrindo mão de outras coisas [...] ele tem capacidade de fazer qualquer outra coisa (DFM5).

Essa fala, a princípio, pode nos trazer um sentimento de rejeição, pautada pela super valorização do saber médico. No entanto, é preciso concebê-la como uma percepção presente na formação médica e, na medida em que não passa a ser considerada nas reflexões sobre essa formação, reforça a subalternidade a que os médicos têm relegado as outras profissões e que tem interferido no trabalho multiprofissional. É preciso também compreender que essa percepção foi construída historicamente, e pode representar um efeito do campo, pois representa um conflito pela concorrência da hegemonia no mercado de trabalho da área da saúde.

Da mesma forma, é preciso reconhecer que nos cursos de medicina os fatores de resistência são complexos e envolvem fatores intrínsecos e extrínsecos, como apontados por Costa (2005; 2007), que revelam a heterogeneidade a ser considerada na capacitação pedagógica dos docentes.

Na integração entre o ciclo básico e o profissional, entendemos que, ao propor a capacitação docente visando atender à implantação do novo currículo, esta de alguma forma estava contemplada. No novo currículo, assumido pela Faculdade de Medicina da UFG, no PPP, prevê-se a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais, privilegiando metodologias que contemplem a participação na construção do conhecimento e integração entre os conteúdos das disciplinas, estimulando a interação entre ensino, pesquisa e extensão (UFG, 2006). Desta forma, compartilhamos com Briani (2001) a idéia de que a integração requer sua compreensão pelos docentes para que se viabilize.

O ensino integrado das disciplinas requer um profissional que seja ele próprio um professor-integrador [...]. Os processos de interlocução dos profissionais – **docentes** – de diferentes áreas de conhecimento, com o objetivo de configurar novas disciplinas nas quais o ensino se dê de forma integrada, devem passar por uma compreensão do que foi legitimado como disciplinas essenciais que possibilite uma ruptura e uma transgressão das barreiras disciplinares (grifo nosso, p.77).

A dicotomia entre o ciclo básico e o profissional, nos cursos de medicina, tem sua origem nas diretrizes do Relatório Flexner, reafirmado na Reforma Universitária de 1968, na medida em que reuniu as antigas cátedras em departamentos, institutos e/ou centros, ocasionando uma redistribuição geográfica e de pessoal. O princípio de que a formação nas várias áreas de saúde tem como pressuposto os mesmos

conjuntos de ciências básicas, resultou na consolidação de departamentos em que prevaleciam a pesquisa e um ensino mais homogêneo dessas ciências. Com base nessa concepção, vários profissionais de áreas distintas foram reunidos e passaram a formar o corpo docente ministrando disciplinas em cursos diferentes. No ciclo profissionalizante estariam inseridas disciplinas específicas da formação profissional. Parece-nos consenso entre os que discutem a educação médica a necessidade da articulação entre esse o ciclo básico e o profissionalizante.

Para Silva (2004), essa integração se justifica pela importância da aplicação de conceitos de ciências básicas na prática profissional. No entanto, como se organizam no currículo de grande parte das escolas de medicina, freqüentemente são vistas pelos alunos como uma barreira educacional e de pequena relevância em suas carreiras, evidenciada pelos docentes quando relatam o fracasso em recuperar conhecimentos básicos no ensino de problemas clínicos.

Na análise de Santomé (1998), poucos são os alunos que conseguem perceber, durante a sua formação, algo que permita uma visão integrada dos conteúdos ou o trabalho das diferentes disciplinas, visto que essas se apresentam visivelmente separadas umas das outras, fragmentando e isolando o conhecimento. Desta forma, se constrói um conhecimento acadêmico no qual a realidade cotidiana não é incorporada, produzindo saberes aparentemente descontextualizados. Sendo assim, o autor defende que as propostas que visam maior integração curricular geralmente coincidem na urgência de buscar modos de estabelecer relações entre campos, formas e processos de conhecimento que normalmente se mantinham incomunicáveis.

Na Faculdade de Medicina pesquisada, a oferta de algumas disciplinas é realizada por outros institutos, o Instituto de Ciências Básicas e o Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, que participaram da discussão do novo currículo e se integraram em ações do PROMED. Inserida na proposta de integração básico-profissional, foi criada a disciplina Práticas Integradoras, com a proposta de realizar atividades contínuas semanais, desde a primeira série, com o objetivo de integrar e contextualizar o conjunto de conhecimentos ministrados. Na proposta da disciplina destaca-se que:

As Práticas Integradoras utilizando-se da problematização de situações reais existentes no próprio cenário de práticas, os tutores e docentes trarão à discussão um caso real que deverá ser analisado com a participação de

pelo menos um docente de cada uma das disciplinas desde o primeiro semestre. O enfoque será clínico, mas haverá oportunidade para compreensão de cada um dos assuntos [...] Essa estratégia deve se repetir na segunda série, onde já se realizam os seminários integradores[...] por sugestão do Conselho de Classe como atividade preparatória para os passos futuros quando se dará a institucionalização da experiência (UFG,2002, p. 42).

Na medida em que a faculdade mantém a organização curricular por disciplinas, a introdução dessa disciplina é vista como importante estratégia de integração de disciplinas e conteúdos, assim reconhecida pelos entrevistados:

O surgimento das práticas integradoras foi um avanço. Surge para fazer amarrações tanto longitudinais, como transversais fazendo com que existisse mais diálogo entre os conteúdos programáticos das várias disciplinas. (DFM4).

O sentido mais valioso a essência das Práticas Integradoras I e II, como o próprio nome indica, é fazer com que o estudante tenha noção das coisas que ele estuda de maneira estanque, na verdade estão todas interligadas. A idéia geral é fazer com que o aluno já tenha esse formato e aí introduzir gradativamente o **raciocínio clínico**. O **princípio essencial das praticas integradoras, além de integrar as várias disciplinas básicas é o raciocínio clínico** (DFM2) (grifo nosso).

Percebemos que a disciplina representa uma inovação no curso, no entanto ao questionarmos sobre como a disciplina se organiza, constatamos que o seu principal objetivo é clínico, sendo ministrada de forma divergente com o que foi planejada, principalmente com relação à abordagem e pela participação do aluno na construção do “caso” a ser estudado, conforme podemos verificar na fala do docente:

A disciplina é realizada na sala de aula. Nós criamos o caso clínico acadêmico, fictício, a ser apresentado aos alunos. Em determinados casos clínicos existem momentos de interagir com outra disciplina[...]No 1º semestre apresentamos o caso clínico acadêmico[...] com algumas dicas do que ele deve estudar Nesse período, a responsabilidade de criar o caso clínico é do professor, os alunos podem consultar previamente no site todos os casos.[...] No 2º semestre, os alunos pesquisam um caso do hospital, um caso real, com tempo hábil para preparar seu caso clínico e apresentarem para a discussão com os demais alunos[...] É preciso pensarmos que é muito maçante o 1º ano médico onde eles têm que estudar anatomia, histologia, embriologia e, de repente o aluno não consegue saber como aproveitar esses conhecimentos. Então a disciplina Práticas Integradoras vem com objetivo de antecipar para ele a importância desse conhecimento, na pratica (DFM2).

Sobre a participação de outras disciplinas na discussão e na elaboração dos casos clínicos, o docente esclarece que:

Tendo disponibilidade nós chamamos. É muito difícil alguém de outro departamento conciliar os horários de aula, estar à disposição, mas toda vez que convidei os professores eles procuraram estar presentes (DFM2).

Ainda sobre essa disciplina, um docente mostra-se preocupado com o enfoque clínico, pois na medida em que a disciplina é ministrada por especialistas tende a direcionar o conteúdo para a especialidade, não possibilitando visão geral, com inclusão de outros aspectos que não sejam apenas os clínicos. Sobre a participação de outros docentes nas discussões, ainda é incipiente, está muito relacionada à disponibilidade pessoal do professor em participar. A disciplina ou área ainda não assumiu essa discussão.

Sobre a integração com o básico e o profissional, houve reuniões por séries, é claro que a idéia não era que fosse uma integração só por série, que não fosse apenas horizontal, fosse também vertical. Então surge a questão, como fazer para que essa integração ocorra da melhor maneira? Foi criada a disciplina Práticas Integradoras buscando essa integração, que por ser ministrada por especialistas e continua sendo ministrada por eles, achávamos que tinha que se ter o cuidado de ministrar ao aluno uma visão mais geral, não só da especialidade. Na Clínica Médica foi criada a discussão de casos, no entanto esses casos às vezes se referiam a uma especialidade. Era preciso que os docentes da área se reunissem. É preciso esclarecer que nessa área somos 8, cada um com uma especialidade, fica muito fragmentado. Uma das estratégias foi realizar reuniões conjuntas chamando o pessoal do ciclo básico. Exemplo: Terapêutica que foi uma ação criada, que vem da Farmacologia, então se reúne o professor da clínica e faz a sessão clínica integrada, que seria aplicação do que ele viu na disciplina de Farmacologia com a clínica. Isso foi algo que realmente aconteceu. No entanto na medida em que o professor dessas disciplinas se afasta (principalmente no básico), essa integração passa a não existir. Acho que não está institucionalizada essa integração (DFM3).

É interessante observar que são visões diferentes sobre a mesma disciplina, que supomos estarem associadas à participação efetiva nas discussões do PROMED e na capacitação docente. Enquanto o docente DFM2 afirma não ter participado em nenhum momento desse programa, alegando que estava lotado em outro Instituto e ministrava disciplinas apenas para residentes e mestrandos, tendo sido posteriormente convidado a ministrar a disciplina Práticas Integradoras, o outro DFM3 participou em todas as etapas, inclusive com apresentação de trabalhos de sua experiência nos encontros científicos, que o programa incentivou. Sendo assim podemos inferir que a participação no programa interferiu na percepção da proposta

da disciplina e deu subsídios para que o docente pudesse avaliar criticamente a sua implementação.

Os alunos entrevistados não fazem referência a essa disciplina, quando avaliam as mudanças ocorridas na Faculdade. No entanto, ao buscarmos essa avaliação nos resultados do Projeto de avaliação da implantação do currículo, da turma que cursou a disciplina no 1º e no 2º ano, percebemos que para os alunos, do 1ª ano a carga horária teórica foi adequada (83,7%), e a de aulas práticas foi exagerada (53,5%); os objetivos da disciplina foram alcançados (83,7%); propiciou integração com outras disciplinas (62,8%); permitiu raciocínio lógico e análise dos dados e informações (65,1%). Indicaram pela necessidade de aumentar a carga horária e de mais aulas clínicas.

No 2º ano a disciplina teve, para a maioria, carga horária teórica adequada (79,4%); parte considerou que os objetivos foram alcançados (50%) e para outros, em parte (38,2%); propiciou a integração com outras disciplinas (41,2%), e assim como no ano anterior a disciplina permitiu o raciocínio lógico e análise de dados e informações. Para os 14,7% dos alunos que avaliam como inadequada à distribuição do tempo da disciplina em cada unidade, justificam que a disciplina não tem conteúdo específico e que no primeiro ano a matéria foi útil, já no segundo se tornou chata, desinteressante. Como sugestões para a disciplina, os alunos citam a melhoria dos seminários, criticando o aproveitamento e a integração. Sendo assim, podemos supor que a disciplina Práticas Integradoras necessita de ser discutida dentro do contexto em que foi proposta, em que se priorize a integração entre as disciplinas, e a inserção de casos vivenciados nos cenários de prática pelos alunos.

Ainda sobre as mudanças pedagógicas do curso de Medicina, destaca-se a ampliação do tempo de duração do Internato de 1 para 2 anos, com a finalidade de deslocar da atividade predominantemente hospitalar para uma atuação efetiva junto à comunidade, desenvolvendo atividades na rede básica de saúde no âmbito do atendimento individual, e na maior compreensão do processo de gestão, assim percebida pelos docentes:

A ampliação do Internato deu oportunidade do aluno participar mais das atividades do SUS, desde a gestão até o nível terciário, e os alunos avaliam a experiência por enquanto (ainda não tivemos nenhuma turma que já tenha passado pelos dois anos), positiva. Acredito que esses alunos terão uma visão diferente do SUS (DFM3).

Das atividades propostas para esse eixo, em relação às mudanças pedagógicas, a faculdade reconheceu a importância da participação docente no processo de mudança, enfatizando a capacitação pedagógica como estratégia de alteração do processo ensino aprendizagem. Consideramos uma inovação para um campo em que essa capacitação pedagógica, além de não existir, é desvalorizada pelos sujeitos que participam desse campo educacional.

Em relação à integração básico-profissional, as estratégias propostas, apesar de terem o caráter inovador no planejamento, pouco avançam em sua prática. Entretanto, partindo do pressuposto de que a mudança na educação é um processo que precisa ser constantemente avaliado e replanejado, essas estratégias acabaram nesse momento representando apenas mudanças.

Das modificações ocorridas no currículo da Faculdade de Medicina, parecidos em grande parte foram aceitas pela comunidade acadêmica, apontando que essas alterações eram necessárias para atender às novas demandas das políticas de saúde, mas também, para transformar a formação desse médico menos especializada e mais comprometida com a atenção básica. Entretanto, encontramos docentes e discentes que se ressentem de uma abordagem mais humanística no currículo.

O processo de discussão foi extremamente livre e democrático, respeitou-se muito as posições expressas, mas existiram algumas coisas que engessaram um pouco a discussão, como a necessidade de enxugar carga horária; acúmulo de tensão de ampliar o Internato para dois anos, o que fez com que se enxugasse muito as disciplinas. Isso me incomodou particularmente, porque não contemplou o que eu considerava fundamental, que era o privilegiamento ou pelo menos a expansão da carga horária de disciplinas de cunho humanístico no currículo. Essas disciplinas apesar de todo o avanço que aconteceram, elas ainda têm um espaço muito pouco privilegiado [...] disciplinas que considero importantes como Bioética, História da Medicina, que nem sequer é da grade, manteve-se no núcleo livre[...] Vejo a área técnica do curso muito privilegiada, mas acho que o curso peca nos aspectos humanísticos (DFM4)

Num trabalho que desenvolvemos com a professora[...] sobre o grupo Ballint que foi publicado na universidade, tivemos oportunidade de discutir os conteúdos humanísticos da formação médica. Nesse trabalho, defendemos que a formação profissional do médico, não pode ser apenas técnica, não pode ser unicamente a partir de ciência, embora esses sejam fundamentais, isso é o que diferencia o profissional do mercenário. Mas acrescentamos ainda, que o profissional médico necessita de conhecimentos de como lidar com o ser humano não apenas doente, que é a visão que fazemos a medicina da doença e dos doentes que é diferente da abordagem do paciente e da abordagem da doença. Sendo assim, os conhecimentos que os médicos devem ter variam desde os conhecimentos

de religião, não para ele crer ou descrer, mas para ele respeitar a do paciente; conhecimentos de política, porque tem de compreender o meio, e estilo social que a pessoa vive, essa é a gama de conhecimentos que o profissional precisa ter juntamente com a adequada formação técnica de qualidade. Dentro das limitações da nossa escola, eu diria que houve essa abordagem. Agora em relação à formação humanística foi boa, mas poderia ser mais ampliada (DIS2).

Tendo as Diretrizes Curriculares Nacionais como referência para os projetos de mudança, Ceccim e Carvalho (2006, p.89) alertam para a necessidade de se voltar para os sentidos, os valores e os significados “do que se faz e para quem se dirige nossa ação”. Indicam, ainda, que questões de natureza ética e humana, relativas à formação, não têm sido privilegiadas na sala de aula, não sendo introduzidas metodologias de ensino que motivem o aluno a participar, construir implicação e assumir responsabilidades no seu processo de formação.

Desta forma, as alterações curriculares devem priorizar tanto os aspectos técnicos e humanos, conciliando na sua estrutura disciplinas de caráter técnico científico com as de caráter humanístico, e assim discutir a inclusão de disciplinas da área de ciências sociais, e outras disciplinas, pensando inclusive em metodologias de ensino que privilegiem a interdisciplinaridade.

4.4.3.3 Cenários de prática

Nesse eixo, incluem-se dois vetores: a diversificação de cenários do processo de ensino e a abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS.

Configura-se como uma estratégia de cenário de aprendizagem importante, que visa à transformação dos processos de formação e da organização dos serviços, das práticas de saúde e das práticas pedagógicas, na medida em que exige um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, contemplando, desta forma, um dos objetivos do PROMED, o de estabelecimento de protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas, de forma sistemática e auto-sustentável.

Ao propor a diversificação de cenários de prática, a escola se desloca do *habitus* da formação médica constituída a partir da exclusividade do hospital universitário como *lócus* de estágios, caracterizando-se como sede de atenção especializada e dos métodos semiológicos e terapêuticos centrados em procedimentos de alta tecnicidade, para outros cenários que contemplem a

diversificação de inserções na rede de cuidados, ampliando a atuação em terreno e redimensionamento das práticas em saúde permitindo, ainda, a constituição de novos olhares e de vivências que possam vislumbrar práticas transversais de atenção à saúde (MACÊDO et alii, 2006).

A Faculdade de Medicina pesquisada compartilha dessa proposta na medida em que reconhece que, ao longo de sua trajetória, centrou suas atividades no Hospital Universitário distanciando-se da rede de atenção básica.

Houve um movimento inverso. No início a FM era muito mais para fora, desde de seus primórdios teve uma ligação muito forte com sistema público de saúde. Depois, como aconteceu com todas as FM do país, foi se voltando para dentro do Hospital e foi ficando cada vez mais hospitalocêntrica, ao longo do tempo. Então isso é que foi gerando a dispersão da formação, os nossos alunos começaram a ter uma formação cada vez mais especializada. A FM [...] da medida essa especialização, começou a discutir essa formação (DGA3).

O foco exclusivo na atenção hospitalar induz a uma especialização precoce e a uma visão distorcida da rede de serviços, distancia a concepção mais ampla da saúde da população, que acaba direcionando para um tipo de pesquisa muito específico, utilizando-se do paradigma biomédico não contemplando o paradigma da integralidade.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004 a), na integralidade da atenção é necessária a compreensão da ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial. A atenção básica tem papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, na medida em que contempla a atenção integral à saúde, por meio das suas relações contínuas com a população.

Macêdo et alii (2006) enfatizam a importância dos cenários de aprendizagem em uma nova proposta de formação médica prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais, como lugares de construção de conhecimento, de vivências e desenvolvimento de atitudes que produzam, criticamente, formas de atuar em saúde e de se relacionar com os usuários. Representam ainda espaços de reflexão crítica da realidade, de produção de compromisso social, em suas diversas dimensões, com o fortalecimento do SUS.

A Faculdade de Medicina da UFG propõe uma ação de planejamento integrado com a SMS, para viabilizar o ingresso de alunos a partir do primeiro ano,

com atuação integrada às equipes do Programa Saúde da Família (UFG,2002). Essa atividade é proposta vinculada à disciplina Saúde Coletiva, ofertada por um Instituto não vinculado à Faculdade de Medicina.

O objetivo da nossa disciplina é fazer com que o aluno conheça outra realidade bem no começo da sua formação. É a oportunidade de conhecer outras realidades de assistência, que não seja só o hospital. Achei muito bom porque tentávamos fazer o aluno conhecer essa realidade 10 anos atrás, a partir do 3º e 4º ano. Eram poucos que se envolviam e gostavam, no entanto os que se identificaram, optaram pela formação continuada nessa área, foram cursar residência em Saúde Coletiva abraçaram essa causa, mas um número muito reduzido. Achei a iniciativa muito boa, o que não significa que a FM irá formar apenas para o campo da Saúde Coletiva. Estamos formando médicos que estejam aptos para resolver problemas básicos de saúde e que tenham tido oportunidade de conhecer os diversos níveis de atenção dentro da proposta do SUS. O pessoal da Unidade Básica de Saúde aprova essa iniciativa (DOU2).

A necessidade da mudança foi em razão da necessidade dos profissionais trabalharem com políticas de saúde pública. Constatamos, a nossa faculdade e muitas outras, que o profissional formado não sabia trabalhar com a comunidade. Antes trabalhávamos com o aluno nessa disciplina no 5º ano, ele não se interessava, porque tinha tido a oportunidade de conhecer toda a política terciária, e nessa, a resposta é mais rápida, e o aluno acaba se interessando mais. Com a opção de iniciarmos a disciplina já a partir do 1º ano, com o aluno interagindo com a comunidade, trabalhando com os agentes de saúde. Mas foi preciso preparar o técnico da rede para trabalhar com o aluno, isso o PROMED propiciou a capacitação tanto do pessoal da rede quanto a nossa (DOU1).

Na fala dos entrevistados percebemos, que a disciplina começa a despertar interesse dos alunos na medida em que passa a ser privilegiada pela oferta a partir da 1º ano. A avaliação positiva sobre essa alteração também é percebida por outros docentes da Faculdade de Medicina.

Nos relatórios dos alunos que vem do internato comunitário, eles relatam da importância de conhecer a comunidade, se sentem mais seguros, mais interessados pela população que vão atender nos ambulatórios. Achei muito interessante a inclusão da gestão do SUS no internato, acho que já estamos formando médicos com visão diferente (DFM3)

Percebemos que tanto o aluno como o docente olhou diferente para o SUS. O próprio Departamento de Clínica Médica, que era muito resistente, se voltou para o SUS. Na medida que começamos a participar das reuniões com o distrito sanitário, percebemos que existe um potencial de pesquisa na rede, no SUS[...] Por outro lado o aluno e professor no serviço acaba reciclando a formação do profissional que está em serviço (DFM1).

Os discentes também têm uma visão otimista da atividade, avaliam que sendo a primeira turma com essa experiência houve alguns problemas, mas de maneira geral sentiram-se contemplados com a inserção de conteúdos do SUS e dos níveis de complexidade do atendimento da rede de serviços de saúde.

Fomos desde o 1º ano para rede básica, conhecer como era o serviço, participar junto com os agentes de saúde na comunidade. Criávamos o projeto de atuação a partir de um diagnóstico. Fazíamos um estudo de área, identificávamos o principal problema daquela população e era elaborado um projeto pelos alunos junto com os professores para tentar resolver de forma imediata ou até mesmo paliativa aquele problema encontrado naquela área de uma região da cidade. Posteriormente nós começamos a ter atividades nos CAIS, aqueles atendimentos nos ambulatoriais, que antes eram feitos apenas na faculdade eles conseguiram levar para o CAIS. E agora do Internato, percebemos muito no que diz respeito a nossa participação de 1 ano passado no CAIS e não só dentro do HC, como era antigamente, e assim, na Clínica Médica passamos no CAIS de ginecologia e obstetrícia, na cirurgia geral em um hospital terciário mas que tem uma boa parcela da atividade primária, Pediatria no CAIS, abrangemos essas grandes áreas da Medicina, em uma UBS. [...] quanto à informação, foi boa, nós conseguimos entender como funciona a saúde na nossa cidade pelo menos, como é a organização básica. Conseguimos uma formação bem generalista (DIS3).

Sobre a ênfase na mudança de modelos de atenção a saúde e no fortalecimento da atenção básica na minha formação? Parcialmente considero que sim. [...] não aconteceu em todas as disciplinas, ainda há muito que melhorar. De uma forma geral, o curso conseguiu deixar essa mensagem. As disciplinas básicas deram maior importância a assuntos de prevalência sobre o tema. Agora mais ainda no Internato em que a Faculdade tem estado mais presente. No início, como era uma experiência nova na faculdade, a ida dos alunos do 1º ano para UBS era a questão. O que o aluno do 1º ano ia fazer na UBS? Não tem conhecimento necessário, não tem formação, ficava uma situação que o próprio aluno sentia-se inseguro. A própria rede básica também, como ainda não estava preparada para essa experiência, teve momentos em que a pessoa chegava e dizia: "O que vocês vieram fazer aqui? A gente não sabe ajudar vocês". Então nos sentíamos atrapalhando o serviço. Agora, de uma maneira geral o curso deu uma formação básica (DIS3).

Sobre a ênfase na mudança de modelos de atenção a saúde e no fortalecimento da atenção básica na minha formação? A minha formação teve esse objetivo. Se não teve da melhor maneira possível, acho que teve mais do que era o comum dessa FM. Tivemos essa orientação. Talvez pudesse ser melhor, principalmente dentro da disciplina Introdução a Saúde Coletiva, poderiam abordar mais essas questões com a gente. Passamos mais tempo dentro da Unidade básica, fizemos atendimento no Internato, no CAIS, foi bom (DIS1).

Esses entrevistados destacam a importância dessa atividade na visão da doença e na mudança de comportamento frente ao seu paciente.

Com a experiência na UBS, a gente percebe que a nossa sociedade é extremamente ansiogênica, produtora de ansiedades e doenças[...] não de doenças que através de exames se confirme diagnóstico, mas doença relacionada com a vivência do indivíduo, com o seu dia a dia, com a violência em que se está exposto[...]proporcionou uma mudança no meu modo de ver e entender a nossa sociedade (o que já citei sobre a humanização) e a forma como vou receber esse paciente, não como profissional, mas como pessoa que sou. Quando estou na frente do paciente, tenho que ser antes de tudo o[...] que vive com minha família, com meus amigos, antes de ser médico. Isso vai repercutir muito na minha atuação em relação a isso. Criamos um amadurecimento com essa vivencia foi muito bom (DIS3).

Da mesma maneira, a representação da SMS descreve pontos positivos dessa inserção do aluno e professor na rede de serviço e aponta para alguns desafios a partir dessa experiência.

Eu acho fundamental essa indução do Ministério da Saúde, principalmente na agenda do SUS que nós temos de tanta necessidade acumulada, senão tiver essa indução [...] acho que o papel do MS, não vejo só em relação a Universidade de forçar a entrada essa questão na agenda dos gestores dessas instituições e ai estou falando do reitor, dos pró-reitores, dos diretores e coordenadores de curso, mas vejo também o papel que MS em para dentro do próprio setor. O nosso papel era organizar a rede para receber os alunos e docentes. Tivemos momentos de discussão conjunta[...]. A FM, teve que ouvir mais as necessidades, tanto do distrito, das áreas técnicas, nos pautávamos a universidade nesse sentido. Entendíamos que o distrito tinha que ter representantes, porque é ele que está mais próximo do nível local e que poderia fornecer o feed back. Se houve mudança, é que a FM teve que dialogar não só com o nível central e local, entrou uma nova instância, que foi a questão do distrito, porque a gestão da época valorizava a descentralização. Então pautamos: esse aluno tem que entrar com objetivo, ele não pode entrar apenas para fazer uma visita, ele tem que ter intencionalidade no seu olhar tem que ter instrumentos que oriente o seu olhar. Nós conseguimos que os nossos trabalhadores do SUS dessem aulas também. Surgem alguns desafios: é que as turmas não sejam tão pontuais, tenham maior periodicidade nos encontros de planejamento e avaliação; a questão da integralidade, que esse estudante não tenha a visão apenas da questão clinica assistencial[...]que ele veja, a integralidade com a vigilância, com a gestão – tenha oportunidade de vivenciar educação, promoção da saúde, vigilância, ampliando a visão de atenção. Ele não deve ficar vendo apenas assistência (TSM).

Da avaliação desse eixo, podemos inferir que a Faculdade de Medicina inova na direção de buscar maior integração do aluno com a rede básica, que contempla alguns pontos das Diretrizes Curriculares, de ampliação de cenários de prática e de aprendizagem, proporcionando aos seus alunos a possibilidade do trabalho em

conjunto com outros profissionais da equipe de saúde e o seu maior envolvimento no compromisso com o SUS.

No entanto, o envolvimento nessas atividades ainda está limitado à disciplina de Saúde Coletiva, necessitando ser reconhecida também por outras áreas, como observa esse docente em sua fala:

Sempre precisamos caminhar mais, até porque tiveram profissionais dentro da Universidade que vestiram a camisa mas outros não, se esses não mudarem é difícil fazer com que mude o curso. Não adianta nada a gente, enfatizar que a prática seja fora do ambiente hospitalar, seja fora das Unidades Terciárias, enquanto a Clínica Médica, Clínica Pediátrica não mudarem também, irem para UBS. Sei que pode ser difícil. As UBS quase não têm espaço, temos dificuldades de agrupar de colocar os alunos, mas mesmo assim acho que pode ser possível. Outra dificuldade é o número de docentes que acabam se envolvendo somos apenas 2 para um número grande de alunos. Precisamos sensibilizar mais professores (DOU2).

Marins (2007, p.12), na avaliação sobre a formação de atenção básica nos cursos de graduação de Medicina, indica que poucas iniciativas foram efetivamente implementadas, mas a grande parcela das alterações se limitou a alterações de grade curricular ou à incorporação de modelos pedagógicos em alguns segmentos do curso. O autor propõe que as práticas envolvendo ensino-serviço-sociedade devem considerar o desenvolvimento de projetos dirigidos à construção, incorporação e avaliação de novas tecnologias para os serviços e a utilização de modelos políticos-pedagógicos que viabilizem a aprendizagem profissional, tendo como referência o processo de trabalho.

Na síntese desse capítulo, poderíamos indicar que o *habitus* da formação do médico se manifesta na Faculdade de Medicina através da resistência de parte de seu corpo docente para o processo de transformação da formação médica determinantes para que a Faculdade em alguns eixos /vetores, consiga inovar e em outros apenas realizar mudanças. No entanto reconhecemos que a transformação na formação médica é um processo, que se prolonga para além de um programa de três anos. Para tanto, existe na Faculdade um projeto de avaliação da implantação do novo currículo, que adota a metodologia de avaliar as disciplinas de cada ano, com a participação dos discentes. Desta forma, a Faculdade considera que cumpriu o seu papel de induzir as mudanças, inserindo a discussão de por que e como mudar no cotidiano do curso e assim conseguiu alterar em alguns momentos as atividades de disciplinas. Considera que a mudança ainda está em processo, e no

“caminho correto” (UFG, 2005 a) se submeteu ao Pró-Saúde, entendendo que esse não está dissociado do PROMED, pois se caracteriza como projeto complementar, o que na concepção de Testa (1995) corresponderia ao terceiro programa estratégico, denominado programa de consolidação, que garantiria a finalização do processo de mudança e uma maior integração junto ao serviço e à comunidade.

A avaliação dos resultados desse terceiro programa não será apresentada, em razão de que ao término deste estudo as atividades previstas não tinham sido implementadas, pela falta de liberação de recursos pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nossa viagem pelo campo de formação médica, dialogamos com os agentes que integram o campo, entendendo as suas estratégias como uma maneira de conquistar a hegemonia no campo. Encontramos um conflito de paradigmas da formação Médica que se configuram como a disputa do campo, ou seja, a concepção de formação que enfatiza mais a cura da doença ou aquela da saúde integral das pessoas; a que valoriza mais as especializações ou aquela que enfatiza a generalização médica. Em linhas gerais a transformação da formação médica priorizará as Políticas de Saúde que contemplam o Sistema Único de Saúde ou a Lei do Mercado que enfatiza a especialização e o uso de tecnologias. Assim, convivem na transformação teoria versus prática, generalizações versus especializações, individualidade versus coletividade.

O Ministério da Saúde, enquanto agente do campo, assumiu ativamente a proposição de políticas para a graduação na área da saúde, em que algumas questões nos parecem importantes. Esse Ministério tem se envolvido mais nas discussões e nos movimentos sobre as mudanças na graduação da área da Saúde do que o Ministério da Educação, para quem essas discussões não estão na prioridade de sua agenda, apesar da aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área em 2001. Essa também é a percepção da Categoria Médica, pela Escola Médica, conforme pudemos constatar nas falas de nossos entrevistados. Da mesma forma, percebemos a presença freqüente de representantes do Ministério da Saúde nos Congressos da ABEM, discutindo os rumos da Educação Médica no país. Em relação à expansão desordenada de cursos de Medicina, preocupação da Categoria Médica, desde o século passado, o Ministério da Saúde em 2008 se envolve na discussão, conseguindo ter suas contribuições aprovadas pelo Ministério da Educação para o instrumento que contempla critérios para abertura desses cursos, em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais. O MEC admite que esses critérios levam em consideração a política de expansão específica do Ministério, as contribuições apresentadas pelo Ministério da Saúde e por especialistas de ensino na área (BRASIL, 2008, 2008c). Percebemos que o Ministério da Saúde busca, com as estratégias implantadas, o

seu reconhecimento no campo, como ordenador não apenas das Políticas de Saúde, mas também das Políticas de Formação da Área da Saúde.

Os programas de reorientação para a formação dos profissionais da saúde, PROMED e Pró-Saúde, publicados apenas no site do Ministério da Saúde, são exemplos evidentes de estratégias de busca desse reconhecimento. Para tanto, integra a concepção desses programas o acúmulo de capital cultural adquirido pelos estudos sobre a situação da Educação Médica no país produzido pela Categoria Médica, quer seja pelo Projeto CINAEM, ou pelo Perfil do Trabalho Médico analisado pelo Conselho Federal de Medicina, mesmo considerando que esses trabalhos tragam por vezes concepções de formação diferentes, buscando dessa categoria o apoio para implementação de tais programas, criando o que Bourdieu (2000) denomina de *illusio*.

Em relação ao PROMED, trouxe como contribuição importante a necessidade de reorganização dos projetos pedagógicos das escolas médicas para as demandas dos serviços de saúde, com ênfase na atenção básica e foco no Programa Saúde da Família. Teve como desafio efetivar a articulação entre as escolas e seus agentes (docentes, alunos e dirigentes) e os gestores dos serviços (suas redes de unidades em todos os graus de complexidade). Foram selecionadas para participar desse programa 20 escolas médicas, distribuídas em todas as regiões do país, sendo 16 públicas. Nesse momento, retornamos à pergunta feita no início desta viagem: Por que a necessidade de programas específicos de indução na formação de recursos humanos de nível superior na área da saúde que contemplem as Políticas Nacionais de Saúde, considerando que entre as funções da Educação Superior está a formação de profissionais para atender às necessidades da sociedade? E a partir dos dados quantitativos sobre as escolas selecionadas para o programa, em que figura que a grande maioria eram públicas, acrescentaríamos: não seria função principal da Educação Superior Pública?

Essa questão, delineada desde o início, foi se tornando mais forte no transcorrer da pesquisa e, tendo em vista que os demais questionamentos apontados foram respondidos nos capítulos anteriores, nesta parte dedicamo-nos a desvelá-la. Analisamos o curso de Medicina da UFG, que até 2005, era o único no estado de Goiás, e também o único da região Centro Oeste a ser selecionado para participar do PROMED e Pró-Saúde. Buscando apoio no método de Bourdieu, do conhecimento praxiológico, avaliamos os resultados da adoção de tais programas

nesse curso. Entendemos que a Escola Médica integrante da Categoria Médica, no Campo de Formação Médica, tem-se configurado num agente dominante com o modelo hegemônico de formação regido pelo mercado de trabalho médico, em que, de acordo com o perfil de trabalho dessa categoria, prevalece a especialidade, a concentração em grandes centros urbanos, em consultórios no setor privado, apesar de já se configurar, na pesquisa realizada pelo CFN em 2003, sobre o perfil do mercado de trabalho médico a importância das Políticas de Saúde, principalmente o Programa Saúde da Família.

A Faculdade de Medicina da UFG, ao aderir ao PROMED, admite a necessidade de mudança do perfil de seu graduado, buscando a reconfiguração desse perfil a fim de atender às Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina, em que estão contempladas as Políticas de Saúde e Sistema Único de Saúde. As estratégias planejadas buscam o maior envolvimento da comunidade acadêmica e priorizam a formação pedagógica do professor e a inserção precoce do aluno na Rede Básica de Saúde. Durante a vigência do programa, as ações foram avaliadas em função do que se tinha planejado. Assim, em alguns eixos e vetores propostos no PROMED, a Faculdade consegue realizar alterações significativas, insere algo novo na formação de seus alunos, que consideramos inovações, em outras apenas adaptações que não mudam a concepção de formação do médico, e assim realizam apenas mudanças.

Dentre os motivos para que isso ocorra, configura-se o *habitus* da categoria, aqui se agregam o *habitus* do professor de medicina e do médico. Do professor de medicina, como aquele para quem o ensino está centrado no docente e no conteúdo, que reproduz o seu aprendizado, visto que esses docentes admitem não terem tido a oportunidade de formação pedagógica. É preciso compreender as complexas relações e as diversas influências que se estabelecem entre questões de ordem didático-pedagógicas e epistemológicas e as exigências sociais da formação do médico, o que indica para necessidade de uma reflexão voltada para a importância das escolhas e intervenções que fazem os professores em aula, de modo a priorizarem a sua vivência.

Os docentes reconhecem que o PROMED proporcionou a oportunidade de capacitação pedagógica, no entanto, à medida que agregam a atividade docente à de profissional liberal médico na especialista, essa é prioritária no investimento para Educação continuada e permanente representada pela participação em Congressos

de sua especialidade, reforçando o seu *habitus* profissional, centrado na especialidade, visto que este possui maior reconhecimento entre seus pares.

A maioria dos docentes entrevistados admite a importância das Políticas de Saúde como uma política que avança no atendimento das necessidades da maioria da população brasileira, todavia apontam, tanto eles como os discentes, críticas sobre condições de trabalho médico como fator que impede que atividades no Setor Público e na Rede Básica de Saúde sejam atrativas, não conseguindo ser competitivas frente a outras opções do mercado. Capozzolo (2003), em seu estudo com médicos em uma unidade do PSF, aponta também para essas dificuldades, que não se limitam apenas à falta de qualificação do profissional, mas as suas condições; ressalta ainda que, na literatura nacional sobre as dificuldades do PSF, encontra-se a contratação de profissionais sem vínculos empregatícios, quase sem nenhum processo de qualificação, de apoio e retaguarda para as suas atividades. Para a autora, “a sobrecarga e o desgaste enfrentados pelos médicos justificam as dificuldades de fixação de profissionais e indicam a necessidade de rever as condições de trabalho a que estão submetidos” (p.268).

Da mesma forma, os docentes acusam o Ministério da Educação de não fornecer condições para que se efetuem mudanças na graduação visto que são necessários recursos físicos, materiais e financeiros. Reconhecem que o financiamento para Educação Superior no país, principalmente a partir dos anos de 1990, tem sido insuficiente para o ensino de qualidade. Assim, na medida em que o curso de Medicina estudado tem em seu quadro docente a maioria especialista formada no modelo tradicional, agregando a atividade docente à atividade médica na especialidade, o que acaba determinando o modelo de formação é o perfil do quadro docente, que representa o mercado de trabalho médico, ou seja, aquele que possui o reconhecimento pela categoria manifestado nos estudos divulgados sobre o Perfil do Trabalho Médico, o que necessariamente não representa a totalidade do que está previsto nas Políticas de Saúde.

Da mesma maneira, o Ministério da Educação ao avaliar a Educação Médica, através do SINAES, parece não contemplar as necessidades de mudanças no perfil desse profissional, e acaba por reforçar o *habitus* de uma formação que de alguma forma deixa de evidenciar o perfil do profissional para atuar nas Políticas de Saúde vigentes.

A discordância com o modelo de avaliação da Escola Médica faz com que a Categoria Médica se mobilize, para contemplar a relevância social da escola médica, seu compromisso com a construção do SUS e com a saúde da população, entendendo a avaliação como ferramenta, estratégica para a conquista da responsabilização social. Considerando a relevância do tema, a ABEM inclui, entre as propostas para o biênio 2006-2008, o Projeto de Avaliação das Tendências de Mudanças no Curso de Graduação da Área da Saúde⁴¹, constituindo a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas – CAEM/ABEM, para coordenar o processo em nível nacional, crendo na capacidade de a avaliação tornar-se um instrumento indutor de mudanças e primordial para o acompanhamento da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais. Percebemos nas estratégias da Categoria Médica, de forma contundente, o que Bourdieu (1996) denomina requisito para ser integrante de um campo, ou seja, ter o sentido do jogo do campo na pele, perceber no estado prático o futuro do jogo, se configurando assim como um bom jogador, como aquele que se antecipa ao jogo, que está diante do jogo. Desta maneira, a categoria médica, portadora de um *habitus*, como um agente socializado, estruturado, um corpo que incorporou as estruturas imanentes do campo, estrutura a percepção desse campo e se mantém como dominante no campo, na medida em que cada vez mais incorpora o capital cultural necessário para manter essa dominação.

Por sua vez o Ministério da Saúde, reconhecendo que houve divergências nas Políticas Públicas de Saúde e de Educação na década de 1990; que as IES, principalmente as Universidades, que em relação aos cursos de Medicina possuem a maior oferta, gozam de autonomia prevista na Constituição de 1988 e na Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional – Lei 9394/96, propõe que o processo de transformação médica ocorra de forma voluntária, ou seja, as Faculdades se candidatam voluntariamente apresentando seus projetos, que necessariamente deverão contemplar os eixos e vetores propostos pelo Ministério da Saúde, direcionados para o perfil do profissional que o Ministério necessita para efetivação da Política Nacional de Saúde. Uma vez os projetos selecionados, seriam garantidos recursos financeiros para as ações programadas.

O Ministério da Saúde, na indução pelo financiamento, age estrategicamente buscando parceria com os outros agentes do campo utilizando o poder constitucional para contemplar as reivindicações da categoria médica, em relação a

⁴¹ Mais informações sobre esse projeto encontra-se no site http://www.caem.org.br/pdf/projeto_ms.pdf.

outras Instituições do Estado (Ministério da Educação), e desta forma tem o reconhecimento como agente no campo. Com essas estratégias, o MS acumula capital simbólico, com o reconhecimento dos concorrentes, visto que o campo se fundamenta na circulação desse capital. O seu acúmulo pode levar o MS a conquistar a hegemonia para as Políticas de Formação da Área da Saúde frente ao MEC.

Assim, o campo de formação médica caracteriza-se cada vez mais como um campo autônomo. Fazendo uma analogia ao campo científico na visão de Bourdieu (2004), diríamos que possui uma concorrência pura e perfeita, em que a censura é exclusivamente científica, eliminando as forças de caráter puramente sociais e as “pressões sociais assumem a forma de pressões lógicas, e reciprocamente para se valer razões; para aí triunfar, é preciso fazer triunfar, demonstrações e refutações” (p.32). Em outras palavras, diríamos que, no campo de formação médica, a concorrência é pelo perfil do profissional contemplado nas Diretrizes Curriculares Nacionais, incorporada nas discussões realizadas no campo tanto pelo Ministério da Saúde como pela Categoria Médica. A luta científica (demonstrações e refutações) só pode ser realizada por aqueles que possuem os instrumentos tão eficazes quanto o capital científico coletivamente acumulado no e pelo campo, o que significa o estado incorporado como aquele que representa o *habitus*, e desta forma pode invocar o veredicto da experiência, ou seja, do real. O Ministério da Saúde, como responsável pelas Políticas de Saúde, ao se inserir nas discussões sobre a necessidade de transformação da formação dos profissionais de saúde, como financiador principal dessa transformação, atende a uma solicitação do Estado, mas também do controle social, e assim traz uma “realidade” dotada de todos os meios para impor o seu veredicto. Essa “realidade” representa não só o acúmulo de conhecimento da categoria médica, em seus estudos sobre a necessidade de mudança, nos modelos já experimentados com sucesso por algumas Faculdades de Medicina, como também reivindicações do movimento social, em que se inclui o histórico movimento da reforma sanitária, podendo então supor que já passou pela censura do campo, como afirmaria Bourdieu (2004, p.34) “pela virtude invisível da orquestração do *habitus*”.

Poderíamos dizer que o campo de formação médica, com a implantação dos programas de reorientação profissional, se organiza a partir das estratégias da categoria médica, que se mantém como dominante no campo, e do Ministério da

Saúde, que possui “credenciais” para se inserir no campo, na medida em que autoriza e revalida as propostas construídas historicamente no campo que apontam para a necessidade de mudanças na formação da graduação médica. O Ministério da Educação está à margem do campo, sendo percebido como apenas um agente que necessariamente precisa estar no campo para referendar as suas estratégias visto que, constitucionalmente, a educação superior é de sua responsabilidade.

Percebemos também que a preocupação com a Formação para as Políticas de Saúde não é exclusiva da Categoria Médica, apesar de essa ter maior articulação e acúmulo de conhecimento sobre sua área específica. Outras categorias profissionais, a exemplo da criação do FNEPAS, já possuem reconhecimento do Ministério da Saúde, pois no Pró-Saúde estende o incentivo para projetos de mudanças para todos os cursos da área.

Sobre os resultados do PROMED, na Faculdade de Medicina da UFG, destaca-se a importância da viabilização da implantação do Projeto Político Pedagógico construído para atender às Diretrizes Curriculares Nacionais, pelo aporte financeiro que possibilitou estratégias que priorizaram a capacitação pedagógica dos docentes e tutores, a participação da comunidade acadêmica, e o intercâmbio com outras Faculdades em eventos científicos da categoria. No entanto, é preciso admitir que um processo de transformação curricular pode se prolongar por mais que 3 anos, período de vigência do programa, por, no mínimo, uma geração de estudantes. Ou seja, o tempo de realização de transformações não é obrigatoriamente ajustado a beneficiar os atores que as promovem. Esse desencontro revela a dimensão social desses processos para além das conjunturas de cada instituição, do tempo de gestão de equipes dirigentes entre outros.

Os docentes da Faculdade destacam que mudar uma formação requer uma mudança de postura, é uma construção que não acontece de um ano para o outro, ou num curto espaço de tempo (DGA1;DGA4); e os alunos consideram que estão no começo de um processo(DIS3).

Dessa forma, a Faculdade, avalia que com a implantação do PROMED, conseguiu induzir inovações no processo de formação de seus alunos, que seja pela inserção da discussão das necessidades de mudanças junto à comunidade acadêmica do curso, pela introdução de novas tecnologias de aprendizagem que permitiram a maior interação do seu aluno com a comunidade mais precocemente,

entendendo que, a complementação dessa mudança se estende com a implantação do Pró- Saúde.

Transformar a formação médica significa modificar um *habitus*, representado por uma prática médica, reflexo de condicionantes construídos histórica e socialmente, que foram instituídos pela ordem médica e suas escolas, pelas pressões sociais e econômicas, pela sociedade, pela cultura, pelas instituições onde trabalham. A categoria médica, em suas estratégias, percebe a necessidade de mudanças, mas não abre mão de ser dona de sua história e produtora de mudanças, e assim adquire cada vez mais o capital cultural necessário para permanecer no Campo de Formação Médica, não como um simples agente, mas como aquele que se faz antecipar nas estratégias necessárias para que se efetivem essas mudanças e se registrem avanços.

No entanto, é preciso considerar que a efetivação das Políticas de Saúde não se realizará apenas com a transformação da formação de seus profissionais, ela integra a rede de estruturação dos serviços. Para que se consolidem as potencialidades da Política e se superem os limites que se apresentam, principalmente quanto à organização do trabalho, faz-se necessária a construção de rede estruturada de serviço, de responsabilização no espaço público e implementação de tecnologias de gestão capazes de qualificar, subsidiar e acompanhar o trabalho não exclusivamente dos médicos, mas de todos os profissionais. Assim são necessárias políticas que envolvam a todos e a tudo, que viabilizem com responsabilidade o modelo de atenção à saúde, que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a sua promoção.

Chegando ao fim deste estudo, esperamos ter contribuído para o debate, embora compreendamos que dificilmente apreendemos o objeto em sua totalidade. Julgamos importante a realização de estudos que venham rebater as análises realizadas, mas também que avaliem os impactos desses programas, bem como de outros que busquem adequar a formação dos profissionais da saúde às necessidades das Políticas de Saúde, ampliando-a para além das IES, incluindo os Serviços de Assistência à Saúde e a população atendida.

Creemos que o estudo deixa a idéia de que a transformação da formação médica é um processo e, na UFG, esse processo está em desenvolvimento. Esperamos que contribua na produção do conhecimento no campo, para efetivação da formação de sujeitos comprometidos com políticas que visem a atender às

necessidades dos movimentos sociais, e que, ainda, se reconheça a importância do ensino de graduação universitário na consolidação da formação humana na integralidade.

REFERÊNCIAS

ABREU NETO et alii - Percepção dos professores sobre o novo currículo de graduação da Faculdade de Medicina da UFG implantado em 2003. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro: ABEM, vol. 30, n.3, p.154-159, 2006.

ABREU, M.C; MASSETTO, M. T. **O professor universitário em aula**. 8ª ed. São Paulo: MG Ed. Associados, 1990.

AGUIAR, A. C. de. A pesquisa e a educação médica no Brasil, hoje: reflexões sobre a metodologia e estratégias. In: MARINS, J.J.N. et.alii (orgs). **Educação Médica em Transformação**. Instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Editora Hucitec, Associação Brasileira de Educação Médica, p.304-324, 2004.

ALMEIDA NETO, F. L. **A Faculdade de Medicina de Goiás**. Goiânia, 2001.

ALMEIDA, et.alii. **Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais**. Relatório de pesquisa. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2005.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, Fundação UNI Botucatu/ Unesp, v.5, n.9, p.150-153, ago. 2001.

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde: possibilidades de mudança**. Londrina: Editora UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

ALMEIDA, M. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

ALVES-MAZZOTTI, A.J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, v.36, n.129, p 637-651, set/dez 2006.

AMANCIO FILHO, et. alii. Oferta das Graduações em Medicina e em Enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: ABEM. v.1, n.1, p.161-170, 2006.

AMARAL, J. L. A. **CINAEM: avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência brasileira, nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS**. Rio de Janeiro, 2002. Rio de Janeiro; UERJ, 2002. 113p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

ANDRÉ, M.E.D.A. **Etnografia da prática escolar**. Campinas, SP: Papyrus, 1995.

ARAÚJO, D; MIRANDA. M. C. G; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Salvador. v.31. supl.1, jun - 2007.

AZEVEDO, G.D; VILAR,M.J.P. Educação Médica e Integralidade:o real desafio para a profissão médica. **Revista Brasileira de Reumatologia**. São Paulo. v.46, n.6, p.407-409, nov/dez 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASTOS, C.C.B.C. O processo de Bolonha no espaço europeu e a reforma universitária brasileira. ETD - **Educação Temática Digital**, Campinas, v.9, n. esp., p.95-106, dez. 2007.

BASTOS,C.C.B.C. Reformas para Educação Superior: Reflexões sobre o sentido das propostas.: **Educação Temática Digital**. Campinas, v.9, n.esp., p.95-106, dez 2007.

BATISTA, N.A. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. **Trabalho. Educação e Saúde**, Rio de Janeiro. v.3, n.2, p. 283-295, 2005.

BATISTA, N.A; BATISTA, S.H. Introdução. A docência em saúde: desafios e perspectivas. In: BATISTA, N.A; BATISTA, S.H (Org). **Docência em Saúde**: temas e experiências. São Paulo: Editora Senac, p.17-3, 2004.

BATISTA, N.A; SILVA S.H.S. **O professor de Medicina**. Conhecimento, Experiência e Formação. São Paulo: Edições Loyola. 2001.

BEHRENS, M.A. A formação pedagógica e os desafios do mundo moderno. In: MASSETTO, M. (Org.) **Docência na Universidade**. Campinas, SP: Papyrus, p.57-68, 1998.

BIZERRA, M. da C. Formação continuada de professores dos cursos de graduação: um desafio institucional. **Educação. Teorias e Práticas**. Recife: Universidade Católica de Pernambuco. Ano 2; n.2, p.61-79, dezembro 2002.

BLEJMAR, B.; ALMEIDA, M. Mudança organizacional e transformação social. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (Orgs) **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de movimento de mudança. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, v.1, p.17- 45, 1999.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto, 1994.

BONNEWITZ, P. **Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu**. Tradução de Lucy Magalhães. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BOURDIEU, P. **Homo Academicus**. Paris; Lês Editions De Minuit, 1984.

_____. **Escritos de Educação.** Org. Maria Alice Nogueira e Afrânio Catani. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

_____. **Esboço de uma Teoria da Prática.** In: ORTIZ, R.(org) **A Sociedade de Pierre Bourdieu.** São Paulo: Olho D'água, p.39-72, 2003.

_____. O Campo Científico. In: ORTIZ, R. (org).**A sociologia de Pierre Bourdieu.** São Paulo: Olho D'água, p.112-143. 2003a.

_____. **Coisas Ditas.** Trad. Cássia R. da Silveira e Denise Moreno Pegorim. São Paulo: Brasiliense, 2004.

_____. **Os usos sociais da ciência. Por uma sociologia clínica do campo científico.** Texto revisto pelo autor com a colaboração de Patrick Champagne e Etienne Landais; tradução Denice Barbara Catani. São Paulo: Edt. UNESP, 2004a.

_____. **Esboço de auto-análise.** Tradução, introdução, cronologia e notas Sergio Micelli. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

_____. **Razões Práticas.** Sobre a teoria da ação. Trad. Mariza Correa. Campinas, SP: Papyrus. 6.ed. 2005a.

_____. **O Poder Simbólico.** Trad. Fernando Tomaz. Rio de Janeiro, Edt. Bertrand Brasil, 2007.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J. **A Reprodução. Elementos para uma teoria do sistema de ensino.** Trad. Reynaldo Bairão. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

BRANDÃO, Z; ALTMANN, H. **Algumas hipóteses sobre a transformação do habitus.** (sd). Disponível em: <<http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br>>. Acesso em: 16 de junho de 2008.

BRASIL. **8ª Conferencia Nacional de Saúde.** Brasília. **Relatório Final.** Ministério da Saúde, Brasília, 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília; Senado Federal. 1988.

_____. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area.169>. Acesso em: 4 de agosto de 2007.

_____. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 de julho de 2005.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 49 de 5 de março de 1991**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/civil_03/decreto/1990/DOO49.htm>. Acesso em: 8 de Janeiro de 2008.

_____. Ministério da Administração e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**, Brasília, 1995.

_____. Presidência da República. **Lei nº 9.131 de 24 de novembro de 1995**. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. 1995a Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9131.htm>. Acesso em: 8 de janeiro de 2007.

_____. **Lei nº 9394**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1996a.

_____. Decreto Federal nº 2208 de 17/04/1997. **Diário Oficial de 18 de abril de 1997**; seção 1, 1997.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Parecer nº CNE/CES 776/97 de 03 de dezembro de 1997. **Orientações para as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação**. 1997a. Disponível em: <www.Portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/PCS77697.pdf>. Acesso em: 5 de agosto de 2007.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. **Edital nº 4/97**. Torna público e convoca as Instituições de Ensino Superior a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, que serão elaboradas pelas Comissões de Especialistas da Sesu/MEC. 1997b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>>. Acesso em: 10 de Dezembro de 2007.

_____. **11ª Conferencia Nacional de Saúde**, Brasília. Efetivando o SUS; acesso, qualidade e humanização na atenção á saúde, com controle social **Relatório Final**. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.

_____. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília Cadernos de Atenção Básica. Caderno I. Brasília, DF, 2000a.

_____. Conselho Nacional de Educação – **Res. nº 4. CNE/CES DE 7/11/2001** – Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces04.pdf>>. Acesso em: 10 de junho de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001a.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde - Ministério da Saúde; Secretaria de Educação Superior – Ministério da Educação. **PROMED Programa Nacional de Incentivos a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde.** Brasília, 2002.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 324 de 3/07/2003, publicada no **Diário Oficial de 15/07/2003**. Dispõe sobre a suspensão total da abertura de novos cursos superiores da área da saúde por um período mínimo de 180 dias, a partir desta data, incluindo os processos de solicitação de abertura de novos cursos em andamento neste Conselho Nacional de Saúde-CNS. 2003. Disponível em: <www.conselhosaude.gov.br/resoluções/reso_03.htm>. Acesso em: 10 de dezembro de 2005.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 325 de 3/07/2003, publicada no **Diário Oficial de 15/07/2003**. Dispõe sobre a realização de Audiência Pública específica para a Área da Saúde com a Comissão Especial de Avaliação e definições relativas à avaliação das condições de ensino para as profissões da área da saúde sejam construídas mediante trabalho intersetorial da Educação e da Saúde. 2003a. Disponível em: <www.conselhosaude.gov.br/resoluções/reso_03.htm>. Acesso em: 10 de dezembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente.** 2003b. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 18 de janeiro 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário sobre: Incentivos às Mudanças na graduação das carreiras da saúde. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS.** Brasília. 5 de Maio 2003c.

_____. **12.^a Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: Relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 626/GM de 8 de abril de 2004.** Cria a Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira Cargos e Salários no âmbito do SUS. 2004a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portal>>. Acesso em: 18 de junho de 2008.

_____. Ministério de Educação. Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes, **ENADE.** Medicina Relatório do Curso, 2004b.

_____. Ministério da Saúde e Ministério de Educação. **Portaria Interministerial nº 2.101 de 3 de novembro de 2005** Pró-saúde; programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Diário Oficial da União. Edição nº 212 de 4/11/2005. Seção 1. Brasília; Ministério da Saúde, 2005, 77 p.

_____. Ministério da Saúde e Ministério de Educação. **Pró-saúde; programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília; Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Saúde da Família. **Avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.530, de 22 de dezembro de 2005. Homologa o resultado dos cursos que se candidataram ao Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Brasília, 2005. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2005c.

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS(NOB RH SUS)**. 3.ed.rev.anual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 5 de outubro de 2007.

_____. **Portaria Interministerial nº 2.118 de 3 de Novembro de 2005**. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de Recursos Humanos para Saúde. 2005e. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>>. Acesso em: 15 de março de 2007.

_____. Presidência da República **LEI nº 11.096 de 13 DE JANEIRO DE 2005**. Institui o Programa Universidade para Todos - Prouni, regula a atuação de entidades beneficentes de assistência social no ensino superior, altera a Lei nº 10.981, de 9 de julho de 2004, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 14 jan. 2005f.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Convocatória pública nº.1 de 16 de novembro de 2005. Convocação para a apresentação de propostas das Instituições de Ensino Superior que desejem participar do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 nov 2005g.

_____. INEP/MEC. **Sinopse da Educação Superior 2005**. Brasília 2006.

_____. Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da Educação Superior de 1991 a 2005**. Disponível em: <www.inep.gov.br/superior/censo_superior>. Acesso em: 25 fevereiro de 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos e Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde** (proposta para discussão e avaliação). Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido acto. 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 12 de novembro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006.** 2006d. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para PSF e PACS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM648.htm>>. Acesso em: 25 fevereiro de 2007.

_____. **Portaria MEC nº 569, de 23 de fevereiro de 2006.** 2006e. Disponível em: <www.prolei.inep.gov.br>. Acesso em: 9 de julho de 2007.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 5773 de 9 de maio de 2006.** 2006f. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5773.htm>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2007.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Reforma da Educação Superior.** Disponível em: <http://mecsrv04.mec.gov.br/reforma/Noticias_Detalhe.asp?Codigo=8214>. Acesso em: 21 de julho de 2007.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró Saúde.** Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial. Brasília-DF. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Estrutura Institucional. Deges.** Disponível em: <http://200.214.130.38/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25005>. Acesso em: 10 de dezembro 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital de Convocação nº. 13 de 11 DE DEZEMBRO DE 2007. Seleção para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional Em Saúde - Pró-Saúde. Brasília. **Diário Oficial da União, nº 238** de 12 de dezembro de 2007c.

_____. Ministério da Educação. **MEC define novo instrumento para abertura de cursos de medicina.** 23 abr 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=10378>. Acesso em: 18 de junho de 2008.

_____. Ministério da Educação. Residência Médica. **Consulta em Sistema de Instituições x Programas x Vagas.** Disponível em: <http://mecsrv04.mec.gov.br/sesu/SIST_CNRM/APPS/cons_res_inst.asp>. Acesso em: 20 de janeiro de 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#equipes>>. Acesso em: 20 de janeiro 2008b.

_____. Ministério de Estado da Educação. Portaria nº 474., de 14 de abril de 2008. Aprova em extrato, o instrumento de avaliação para autorização de curso de graduação em Medicina no âmbito do SINAES, 2008. **Diário Oficial da União**, Seção 1. nº 72. Poder Executivo, Brasília, DF, 15 de abril de 2008c.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 7, DE 27 de MARÇO DE 2008. Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde e dispõe sobre prazo para apresentação de documentos e adequação dos Projetos. **Diário Oficial da União**, nº 60 de 28 de março de 2008d.

BRAVO, M.I.S. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde; Formação e Trabalho Profissional. Disponível em: <www.fnepas.org.br/pdf/serviçosociaisau%C3%A9/text1.5.pdf>. Acesso em: 18 de junho de 2007.

BRIANI, M. C. O ensino médico no Brasil está mudando? **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: ABEM. v. 25, n.3, p.73-77, set/dez 2001.

_____. **História e Construção Social do Currículo na Educação Médica**; A trajetória do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. 2003. 204 f. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

BUENO, R. L. E PIERUCCINI, M. **Abertura de escolas de medicina no Brasil**: relatório de um cenário sombrio. Janeiro de 2004. Disponível em: <www.amb.org.br/escolas_abertura.pdf>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2005.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu-SP, Fundação UNI Botucatu/Unesp, v.5, n.9, p.133-142, ago. 2001.

CAMPOS, G. W. S. Sobre a reforma da reforma: repensando o SUS. In: **Reforma da Reforma**: repensando a saúde, 2. ed.. São Paulo: Hucitec, cap. 4. Saúde em Debate, 52. 1997.

CAPAZZOLO, AA. **No olho do furacão. Trabalho Médico e o Programa Saúde da Família**. Campinas: UNICAMP, 2003. 269p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CARNOY, M. **Estado e teoria política**. Tradução pela equipe de tradutores do Instituto de Letras da PUC-Campinas. Campinas, SP: Papyrus, 12ª ed. 2006.

CARVALHO, C.H.A.de. Política para o ensino superior no Brasil (1995-2006). Ruptura e continuidade nas relações entre o público e o privado. In: SILVA JR; OLIVEIRA, J.F.; MANCEBO, D.(Org) **Reforma Universitária**. Campinas, SP: Editora Alínea, p.125-139, 2006.

CASTANHO, M.E.L.M. Professores e inovações. In: CASTANHO,S; CASTANHO.M.E. M.(Orgs). **O que há de novo na Educação Superior**. Do projeto pedagógico à prática transformadora. Campinas, SP: Papyrus, p.75-91, 2000.

CATANI,A.M.; GILIOLI, R.S.P. O PROUNI na encruzilhada: entre a cidadania e a privatização. **Linhas Críticas**, v.11, n.20, jan/jun. 2005.

CATANI, A; OLIVEIRA, J. As políticas de diversificação e diferenciação da Educação Superior no Brasil: Alteração no sistema e nas universidades publicas. In; SGUISSARDI, V. (org.) **Educação Superior velhos e novos desafios**, São Paulo:Xamã, p.73-81, 2000.

CATANI, A.F.; OLIVEIRA,J.F.; DOURADO,L.F. Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular dos cursos de graduação no Brasil. **Educ. Soc.** Campinas, vol.22, n.75, p.67-83, agosto 2001.

CATTANI, A. D. **Trabalho e Tecnologia: Dicionário Crítico**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

CAVALCANTE, J. F. **Educação superior; conceitos, definições e classificações**. Brasília; Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 2000.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** - Comunicação, Saúde e Educação. São Paulo. v.9, n.16, p.161-177, set.2004-fev/2005.

CECCIM, R. B. Por que uma Lei Orgânica da Educação Superior precisa contemplar de maneira especial e dedicada à articulação com o setor saúde. **Olho Mágico**; 12(1). p.35-45, 2005a.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T, B.; ROCHA, C G. 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. In: **Ciênc. Saúde Coletiva**. vol.7, n.2, p.373-383, 2002.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, M. Y. de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R; CECCIM, R.B.; MATTOS,R.A.(Orgs) **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESQ:ABRASCO, p.69-92, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.20, n.5. Set/out. 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. O Quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS**. Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. p.41-65.14(1), 2004a.

CECCIM, R. B.; PINTO, L. F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: ABEM, 04/2007. Disponível em: <www.educaçao medica.org.br/edições/index.php>. Acesso em: 18 de janeiro/2008.

CHAVES, M.; ROSA A. R. **Educação Médica nas Américas: o desafio dos anos 90**. São Paulo; Cortez, 1990.

CHAVES, M.; KISIL, M. Origens, concepções e desenvolvimento In: ALMEIDA, M.et. alli (Orgs) **A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança..** São Paulo; Hucitec; Buenos Aires: Lugara Editorial; Londrina: Ed.UEL, 1999.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2001.

COLLUCCI, C.; CAPRIGLIONE, L. Hospitais: Pesquisa inédita do Datafolha revela quais os melhores hospitais de São Paulo na opinião dos médicos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 20 ago.2007, Caderno Especial, 2-21 p.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO – CINAEM **Avaliação das escolas médicas no Brasil**. Segunda Fase – Primeiro Módulo. Brasília, 1994. (mimeo).

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENISNO MÉDICO. **Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira**. Projeto CINAEM III fase. Relatório 1999-2000; 2000. (mimeo).

CONASEMS. **Tese e Plano de Ação -2005-2007**. 2005, Brasília. Disponível em: <www.conasems.org.br/files/teses_conasems_menor.pdf>. Acesso em: 18 de junho de 2008.

_____. **Estatuto**. 2008. Disponível em: <www.conasems.org.br/files/ESTATUTO%20CONASEMS.06052008.pdf>. Acesso em: 24 de junho de 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **O médico e seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados no Brasil**. CARNEIRO, M. B. e GOUVEIA.V.V (Coord.).Brasília, 2004.

CORREA, M.V.C. O controle social na saúde. **Serviço Social e Saúde; Formação e Trabalho Profissional**. Disponível em: <www.fnepas.org.br/pdf/serviço_social_saúde/text 1.6.pdf>. Acesso em: 22 de junho de 2007.

COSTA NETO, M M. Enfoque Familiar na Formação de Profissional de Saúde. **Olho Mágico**. v.6, n.22, p.5-9, 2000.

COSTA, N. do R.. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. **Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação. Saúde e Saneamento na Agenda Social.** São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

COSTA, N.M.da S C. **A formação e as práticas educativas de professores de medicina: uma abordagem etnográfica.** São Paulo: PUCSP, 2005. 201p. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós - Graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

_____. Docência no Ensino Médico: por que è tão difícil mudar? In: **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro. ABEM v.1.n.1, p.21-33, 2007.

CRUZ, K T. da. **A Formação Médica no Discurso da CINAEM.** Campinas: UNICAMP, 2004. 334 p. Dissertação (Mestrado) do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP. 2004.

CUNHA, L.A. O ensino superior no octênio FHC. **Educ. Soc.** Campinas, vol.24, n.82, p. 37-61, abril 2003.

CUNHA, M.I. **O professor universitário na transição de paradigmas.** Araraquara. JM Editora, 1998.

DA ROS, M.A. A Ideologia nos cursos de Medicina. In: MARINS, J. J. N.et. alii, (orgs) **Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.** São Paulo: Editora Hucitec, p.224-244, 2004.

DEL PORTO, E.B. **A trajetória do Programa Comunidade Solidária 1995-2002.** Campinas: UNICAMP, 2006. 233p. Dissertação (Mestrado em Economia) – Programa de Pós – Graduação em Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.
DINIZ, M. **Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais.** Rio de Janeiro; Revan, 2001.

DOURADO, L. F. Reforma do Estado e as políticas para a educação superior no Brasil nos anos 90. In: **Educação e Sociedade,** Campinas, vol.23, n.80, p.234-252, setembro/2002.

DOURADO, L F., CATANI, A M., OLIVEIRA, J F. Políticas Públicas e reforma da educação superior no Brasil: impasses e perspectivas. **Pro-Posições,** Faculdade de Educação, UNICAMP, Campinas, v.15, n.3 (45), p.75-90, set./dez., 2004.

ELIAS, P.E. Estado e Saúde. Os desafios do Brasil Contemporâneo. **São Paulo Perspec,** São Paulo. 01.18, n.3, p.41-46, Julho /Setembro 2004.

FERREIRA, A.B.de H. **Novo Dicionário Aurélio** da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro. Edt. Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, J. R. O médico do século XXI. In: ARRUDA, B.K.G de (Org). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife. Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde, p.27-47, 2001.

_____. PROMED. Da utopia a realidade. **Boletim ABEM**, Rio de Janeiro, vol xxx, n.6, p.6-8, novembro/dezembro de 2002.

_____. A interface entre o PROMED e o PRÓ-SAÚDE. **Cadernos da ABEM**, ABEM Rio de Janeiro, vol 2, p.93-94. junho/2006.

FEUERWERKER, L. C. **Mudanças na Educação Médica & Residência Médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.

_____. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: processos e resultados**. São Paulo, HUCITEC/ Rede Unida/ Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

_____. Estratégias para mudança na graduação das profissões da saúde. **Cadernos da ABEM**, ABEM. Rio de Janeiro; vol 2, p.78-80, junho/2006 .

_____. Por que a cooperação com o SUS é indispensável para os cursos universitários na área da saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v.13, n.32, p.32-38, jan/mar 2006a.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Plano Editora, 2003.

FREITAS, M.A.de; SEIFFERT, O.M.L.B. Formação docente e o ensino de pós graduação em saúde: uma experiência da UNIFESP. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. 60(6); nov-dez, p.635-49, 2007.

FREITAS, R.de C.M. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Rev. Katálysis**. Florianópolis, v.10, n.1, p.65-74, 2007.

FUHRMANN, N L. Programa Saúde da Família: viabilizando a saúde pública universalizada no Brasil. **Revista Virtual Textos & Contextos**. n.2, anoll, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/textos/anteriores/ano2/programa.pdf>>. Acesso em: 11 de abril de 2007.

GODINHO, I. R. **Médicos e Medicina em Goiás**. Do séc. XVIII aos dias atuais. Goiânia: Ed. da UCG; Contato Comunicação, 2005.

JORGE, L. **Inovação curricular: além da mudança dos conteúdos**. 3ª ed. Piracicaba: Unimep, 1996.

KOIFMAN, L. A teoria de currículo e a discussão no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: ABEM. 22: p.37-47, 1998.

KOMATSU, R; ZANOLLI, M; LIMA, V. Aprendizagem baseada em problemas In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L.(Coord.). **Educação médica**. São Paulo: Sarvier, p.223-235, 1998.

LAMPERT, J.B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil.** Tipologia das escolas. São Paulo. Hucitec. Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

_____. Avaliação do processo de mudança na formação médica. In MARINS, J. J. N.et. alii, org. **Educação Médica em transformação:** instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Editora Hucitec, p.245-266, 2004.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L D.de; MACHADO, C. V: Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas **Ciências & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: ABRASCO vol.6(2), p.269-291, 2001.

LIMA, A.; PEREIRA, L. A. FNEPAS: articulação e parceria na construção de mudanças na graduação. **Boletim Informativo da Rede Unida.** Londrina, ano XX, n.44, p19, jan./abr 2005.

MACÊDO et alii. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos de trabalho e de formação. In: PINHEIRO, R. CECCIM. R.B; MATTOS, R.A.(org) **Ensinar Saúde: A integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro. IMS/UERJ:CEPESQ;ABRASCO, p.229-249, 2006.

MACHADO, J.L.M. A participação da ANDES-SN na CINAEM o processo de transformação das escolas médicas brasileiras. **Interface.** Comunicação, Saúde e Educação. São Paulo, vol.3, n.5 , p.177-180, Agosto,1999.

MACHADO, C. V. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. **Rev Panam. Salud Publica,** Washington, v.20, n.1, p.44-49, 2006.

MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos no Brasil: análise preliminar.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD. 1996.

_____. Diretrizes Nacionais PCCS-SUS. Guarapari, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>>. Acesso em: 25 de junho de 2008.

MARANHÃO et.alii. Medicina. In: **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004.** In: HADDAD, A. S.et. alii (Org). Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

MARINS, J.J. N. Formação e atenção básica de saúde – pacto de gestão para territórios de aprendizagem. **Cadernos da ABEM,** Rio de Janeiro: ABEM, v.3, p.11-23, outubro de 2007.

MARINS, J.J. N et.alii. **Formação de Médicos no Brasil: estudos dos egressos no período de 1982 a 2003.** Rio de Janeiro: ABEM, 2005.

MARSIGLIA,R.G. **Relação Ensino/Serviços dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil.** Saúde em Debate 90. São Paulo. Editora Hucitec, 1995.

MASSETTO, M. Inovação na Educação Superior. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.** São Paulo, 197-202p, set. 2003 – fev. 2004.

MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** Disponível em: <http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf>, Acesso em 12 de dezembro de 2007.

MENDES, E.V. **A atenção primária á saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Publica do Ceará, 2002.

MEYER, D.E; KRUSE, M.H.L. **Acerca das diretrizes curriculares e projetos pedagógicos:** um início de reflexão. Disponível em: <www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_forma07.pdf>. Acesso em: 16 de agosto de 2007.

MICELLI, S. Introdução: A Força do Sentido. In **Pierre Bourdieu. A economia das trocas simbólicas.** Introdução, organização e seleção Sergio Micelli. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa Social – teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **O Desafio do Conhecimento pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, ABRASCO, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde. Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.3, p.375-378, 2002.

MOURA, L C S. de. **A Face Reversa da Educação Médica: um estudo sobre a formação do *habitus* profissional no ambiente da escola paralela.** Porto Alegre, RS: AGE: SIMERS, 2004.

NORONHA, A.B. de. Formação Profissional em Saúde. **RADIS . Comunicação em Saúde.** Brasília. FIOCRUZ; ENSP; Ministério da Saúde. n.3. out/2002.

OLIVEIRA,E. dos S.; PINTO, L.F. **Quem são os médicos especialistas no Brasil?** Disponível em: <www.abep.nepo.unicamp.br/doi/anais/pdf.2000>. Acesso em: 12 de dezembro de 2007.

ORTIZ, R.(org). Introdução. In: **A sociologia de Pierre Bourdieu.** São Paulo: Olho D'água, 2003.

PACHECO, P. Só os médicos se salvam. **Carta Capital**, São Paulo, 15 fev.2006. Ano XII, n.380. Disponível em: <www.cartacapital.com.br>. Acesso em: 16 de agosto de 2006.

PADILHA, R de Q. PROMED – Programa de incentivo a Mudanças Curriculares nas escolas médicas. **Políticas de recursos humanos em saúde**. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; Ministério da Saúde, p.156-161, 2002.

PAIM, J.; TEIXEIRA, C. **Conjuntura atual e formação de pessoal em saúde: problemas, desafios e oportunidades**. Texto elaborado para o Seminário Nacional de Rede UNIDA, Londrina, dez., 2002.

PEDROSA, J. I.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev. **Saúde Pública**. São Paulo, vol.35, n.3, p.303-311, Jun. 2001.

PEREIRA, L. A.; ALMEIDA, M. J. Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 415-458, 2003.

PEREIRA, L.C. B.; GRAU, N. C. Entre o Estado e o mercado: o público não-estatal. In: PEREIRA, L. C. B.; GRAU, N. C. (Orgs). **Reforma do estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro. Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.

PIERANTONI, C R.; RIBEIRO, E.C.DE O. A importância do processo de educação permanente na formação do médico: o docente como invador/mediador/indutor de condições de auto-aprendizagem. In: ARRUDA, B.K.G. de (Org). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Ministério da Saúde, p.179-200, 2001.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L.das G.C. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 2002.

PINTO, L. F. e MACHADO, M. H. Médicos migrantes e a formação profissional: um retrato brasileiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro: ABEM, v.24, n.2, p.53-64, 2000.

PLANO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (PNE). **Apresentação** Vital Didonet. Brasília: Editora Plano, 2000.

REDE UNIDA. Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde. **Olho Mágico**. 16, 1998.

_____. **Carta de Belo Horizonte**, VI Congresso Nacional Rede Unida. Disponível em: <www.redeunida.org.br>. Acesso em: 19 de julho de 2005.

REDE UNIDA. Os Projetos PROMED: Processos, Resultados e Avaliação. **Relatório Oficina n.44 do VI Congresso Nacional da Rede UNIDA**. Belo Horizonte, julho de 2005a.

RIBEIRO, E.C.de O. Educação permanente em saúde. In: MARINS, J.J.N. et.alii (orgs). **Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo, Editora Hucitec, Associação Brasileira de Educação Médica, p.285-303, 2004.

RIBEIRO,V.M.B. Discutindo o conceito de inovação curricular na formação dos profissionais de saúde: o longo caminho para as transformações no ensino médico. **Trabalho, Educação e Saúde**. Brasília, v.3, p.91-127, 2005.

RISTOFF, D; GIOLO, J. Introdução – A educação superior no Brasil – panorama geral. **Educação Superior Brasileira 1991-2004. Mato Grosso**. Brasília: Inep/MEC, 2006.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. 10. n.1, jan - jul /2001. s.p.

SANTOMÉ,J.T. **Globalização e interdisciplinariedade: o currículo integrado**. Trad. Claudia Schilling. Porto Alegre. Artes Médicas, 1998.

SANTOS, N. T. V. **Programa Saúde da Família como cenário para implementação de ações de promoção da saúde: processo em construção no município do Cabo de Santo Agostinho – PE**. 2001. 139 f. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães /Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde, Recife, 2001.

SAVIANI, D. A filosofia da educação e o problema da inovação em educação. In: GARCIA, Walter (org.). **Inovação educacional no Brasil: problemas e perspectivas**. São Paulo: Cortez, p.15-29, 1980.

SETTON, M.da G.J. A Teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**, n.20, p.60-70, 2002.

SILVA JR., J dos R; SGUISSARDI, V. **Novas Faces da educação superior no Brasil**. São Paulo: Cortez, Bragança Paulista, SP: USF-IFAN, 2001.

SILVA, J da; RAMOS, M.M. da. **Prática pedagógica numa perspectiva interdisciplinar**. Disponível em: <http://www.ufpi.br/mesteduc/eventos/ivencontro/GT3/pratca_pedagogica.pdf>. Acesso em: 22 de janeiro de 2008.

SILVA, M. A. da. **Intervenção e consentimento: a política educacional do Banco Mundial**. Campinas, SP: Autores Associados: SP: FAPESP, 2002.

SILVA, I. F.da. Dicotomia básico-profissional no ensino superior em saúde: dilemas e perspectivas. In: BATISTA, N.A; BATISTA, S.H. **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo. Editora Senac, p.135 -152, 2004.

SILVEIRA, C.H Algumas considerações a respeito das políticas de saúde no Brasil. In: MACHADO, P. H. B.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S (Org). **Saúde Coletiva um campo em construção**. Curitiba: Ibpex, p.31-69, 2006.

SIQUEIRA, B.P. PROMED; Alguns parâmetros adotados para avaliação dos projetos. **Boletim ABEM** Rio de Janeiro; ABEM, vol xxx; n. 6.; p.5 novembro/dezembro 2002.

_____. CINAEM – um pouco de sua história. **Cadernos da ABEM**. Coletânea de artigos originais e publicados nos Boletins Informativos da Abem. Rio de Janeiro: ABEM, vol.2, p.54-56, Junho de 2006.

SOARES, L.T.R. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

SONZOGNO, M. C. Metodologias no ensino superior: algumas reflexões. In: BATISTA, N.A; BATISTA, S.H (Orgs). **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo. Editora Senac, p.75-84, 2004.

STAKE, R. E. Case Studies. In: **DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y.S.** (orgs).Handbook of qualitative research. 2nd.ed. Thousand Oaks: Sage, p.435-454, 2000.

STELLA, R. C. R. O ensino médico precisa ser reformulado. **Conselho Federal e Medicina**. Entrevista. Brasília, ano XIV, n.104, p.26-7, abr. 1999.

STELLA, R. C. R. CAMPOS, J. J. B. Histórico da construção das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Brasil. **Cadernos da ABEM**. Rio de Janeiro: ABEM, v.2 jun, p.73-77, 2006.

TEMPORÃO, J.G. Entrevista. **Revista Conasems**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Anoll, n.23, maio/junho 2007.

TESTA, M. **Pensamento Estratégico e Lógica de Programação**. O caso da saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS – Faculdade de Medicina **Projeto Técnico Final PROMED**, Goiânia, 2002 (mimeo).

_____. Faculdade de Medicina - **Relatório Técnico** do primeiro período de atividades do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares do Curso de Medicina – PROMED, 2003 (mimeo).

_____. Pró Reitoria de Ensino de Graduação – Coordenação de Seleção. **Relatório** Questionário Sócio Econômico - Curso Medicina – 2003a.

_____. Faculdade de Medicina – **Relatório Técnico do segundo período de atividades do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares do Curso de Medicina** – PROMED, 2004 (mimeo).

_____. Pró Reitoria de Ensino de Graduação – Coordenação de Seleção. **Relatório Questionário Sócio Econômico - Curso Medicina – 2004a.**

_____. Faculdade de Medicina - **Projeto de Avaliação da implantação do currículo do curso de Medicina - resultados parciais, 2005 (mimeo).**

_____. Faculdade de Medicina - **Projeto Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE, Goiânia, 2005a (mimeo).**

_____. Faculdade de Medicina - **Relatório Técnico do terceiro período de atividades do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares do Curso de Medicina – PROMED, 2005b (mimeo).**

_____. Pró Reitoria de Ensino de Graduação – Coordenação de Seleção. **Relatório Questionário Sócio Econômico- Curso Medicina – 2005c.**

_____. Faculdade de Medicina - **Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina, 2006 (mimeo).**

_____. Faculdade de Medicina Histórico. 2008. Disponível em:
<http://www.medicina.ufg.br/page.php?menu_id=2172&pos=esq>. Acesso em: 30 de junho de 2008.

VEIGA, I.P.A. Projeto Político Pedagógico: continuidade ou transgressão para acertar? In: CASTANHO, S.; CASTANHO, M.E.L.M. (Orgs). **O que há de novo na educação superior.** do projeto pedagógico á prática transformadora. Campinas, SP. Papirus, p.183-219, 2000.

VELOSO, T.C.M.A. A(re) configuração dos cursos de graduação **em Saúde a partir da legislação educacional no período 1991-2005.** 45º Congresso Brasileiro de Educação Médica – COBEM, Uberlândia, 2007.

VIANA, A. L. D; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro. P.225-264, 2005.

WORLDBANK. **Constructing Knowledge Societies: New Challenges for Tertiary** Washington,DC,2002. Disponível em:
<<http://www1.worldbank.org/publications/pdfs/15143execsum.pdf>>. Acesso em: 25 de fevereiro 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE – A

Roteiro – Grupo Técnico Gerencial – Administração da Faculdade

Fale sobre sua trajetória na Faculdade de Medicina

Qual a sua função na FM na vigência do PROMED e Pró Saúde.

1. Quais os principais fatores que influenciaram a Faculdade de Medicina a submeter-se ao PROMED?
2. Por que a necessidade de um Programa de incentivo a mudanças na graduação da Medicina?
3. Que etapas foram vencidas no processo de elaboração da proposta do PROMED, até sua emissão ao Ministério da Saúde?
4. Qual a sua avaliação do papel do Ministério da Saúde na indução da reorientação dos profissionais da saúde?
5. Como foi o envolvimento dos docentes e discentes da Faculdade na elaboração e implantação do PROMED? Houve resistências? Como foram superadas?
6. Sobre a avaliação da implementação do PROMED, no que se refere ao perfil do profissional formado pela FM, quais as principais diferenças desse novo profissional em relação ao anterior?
7. Como a produção de conhecimento voltada para o SUS e a Educação Permanente, dentro dos objetivos do Ministério da Saúde na reorientação dos profissionais da saúde, vem sendo articuladas pela FM a partir do PROMED?
8. Como avalia a estratégia da Faculdade de Medicina, com relação à abordagem pedagógica do projeto (mudança pedagógica e a integração entre o ciclo básico e o ciclo profissional?
9. Como avalia a estratégia da Faculdade de Medicina, com relação aos cenários de prática?
10. Quais foram as dificuldades da FM na operacionalização do PROMED, e como essas foram superadas?
11. Houve mudança na relação da FM, com as Secretarias Estadual e Municipais de saúde com a adoção do PROMED? No que?
12. A participação no PROMED possibilitou um trabalho integrado com as demais categorias profissionais de saúde?
13. Como a experiência do PROMED, repercutiu na elaboração do PRO SAUDE?
14. Como o srº avalia a implementação do PROMED na concretização da proposta do Sistema único de Saúde?
15. Em que a sua participação no PROMED, alterou a sua prática enquanto profissional da saúde? E enquanto docente?

Fique a vontade para acrescentar outro comentário sobre os questões que não foram aqui abordados, mas que o Sr considera relevante.

APÊNDICE – B

Roteiro Entrevista – Grupo Técnico Gerencial – Docentes convidados

Fale sobre sua Função no Projeto PROMED e no Projeto Pró-SAÚDE -

- 1- Como foi a sua participação no PROMED, da Faculdade de Medicina da UFG?
- 2- Por que a necessidade de um Programa de incentivo a mudanças na graduação da Medicina?
- 3- Qual a sua avaliação do papel do Ministério da Saúde na indução da reorientação dos profissionais da saúde?
- 4- Como convidado a participar do programa, mas não lotada na Faculdade, como avalia a receptividade e participação dos docentes e discentes da Faculdade? Quais foram as maiores resistências?
- 5- Como avalia a estratégia da Faculdade de Medicina para atingir as metas do PROMED, em relação a abordagem pedagógica?
- 6- Como avalia a estratégia da Faculdade de Medicina, com relação aos cenários de prática?
- 7- Em sua avaliação quais foram as maiores dificuldades da FM, para atingir as metas propostas no PROMED?
- 8- A participação da FM no PROMED possibilitou um trabalho integrado com as demais categorias profissionais de saúde?
- 9- Como o Sr avalia a implementação do PROMED, na concretização da proposta do Sistema Único de Saúde?
- 10- Como membro externo a Faculdade de Medicina, como avalia o Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina? Como o PROMED, contribuiu para a construção desse projeto?

Fique a vontade para acrescentar outro comentário sobre os projetos que não foram aqui abordados, mas que o Sr^a considera relevante em sua avaliação.

APÊNDICE – C

Roteiro - Docente

Fale sobre sua Trajetória na Universidade

- 1 - Como avalia a iniciativa da Faculdade de Medicina em participar o PROMED e Pró-Saúde?
- 2 - Por que a necessidade de um Programa de incentivo a mudanças na graduação?
- 3 - Qual a sua avaliação do papel do Ministério da Saúde na indução da reorientação dos profissionais da saúde?
- 4 - Como foi o envolvimento dos docentes do seu Departamento e dos discentes na elaboração e implantação do PROMED? Houve resistências? Como foram superadas.
- 5 - Como avalia a estratégia da Faculdade de Medicina, com relação a abordagem pedagógica do projeto (mudança pedagógica e a integração entre o ciclo básico e o ciclo profissional?
- 6 – Como a produção de conhecimento voltada para o SUS e a Educação Permanente, dentro dos objetivos do Ministério da Saúde na reorientação dos profissionais da saúde, vem sendo considerados pela FM a partir do PROMED?
- 7-Como avalia a estratégia da Faculdade de Medicina, com relação aos cenários de prática?
- 8-Sobre a avaliação da implementação do PROMED, no que se refere ao perfil do profissional formado pela UFG, quais as principais diferenças desse novo profissional em relação ao anterior?
- 9 - A participação no PROMED possibilitou um trabalho integrado com as demais categorias profissionais de saúde?
- 10- Houve mudança na relação da FM, com as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde com a adoção do PROMED? No que?
- 11- Como o Sr avalia a implementação do PROMED, na concretização da proposta do Sistema Único de Saúde?
- 12-Em que a sua participação no PROMED, alterou a sua prática enquanto profissional da saúde? E enquanto docente?

Fique a vontade para acrescentar outro comentário sobre questões que não foram aqui abordadas, mas que, em sua opinião, são relevantes.

APÊNDICE – D

Roteiro Discente

Fale sobre sua trajetória na Universidade

Que série esta cursando atualmente:

Tem assento em algum Conselho na Universidade? Qual e como é essa representação?

Como foi a sua escolha para o curso de graduação? O que mais influenciou?

Em que área pretende se especializar?

1- Como foi a sua participação no PROMED, da Faculdade de Medicina da UFG?

2- Qual a sua avaliação do papel do Ministério da Saúde na indução da reorientação dos profissionais da saúde?

3 - Por que a necessidade de um Programa de incentivo a mudanças na graduação?

4 - Como você percebeu o envolvimento dos docentes da Faculdade na elaboração e implantação do PROMED? Houve resistências? Como foram superadas?

5 - Fale um pouco sobre receptividade e participação dos discentes, no PROMED? Houve resistências? Como foram superadas?

6 - O PROMED tinha como objetivo a reorientação da formação médica, com ênfase nas mudanças de modelo de atenção à saúde, voltadas ao fortalecimento da atenção básica. Você considera que a sua formação atendeu a esse objetivo? Como?

7 - Houve mudança na relação da FM, com as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde com a adoção do PROMED? No que?

8 - A participação no PROMED possibilitou um trabalho integrado com as demais categorias profissionais de saúde?

9 - Como você avalia a implementação do PROMED, na concretização da proposta do Sistema Único de Saúde?

10 - Em sua opinião quais os valores que devem estar presentes na formação do médico? Foram contemplados pelo curso?

11 - Das mudanças ocorridas na Faculdade de Medicina, através do PROMED, quais delas você considera mais relevante?

12 - O que a sua participação no PROMED influenciou na sua trajetória dentro do curso? E no seu futuro?

Fique a vontade para acrescentar outro comentário sobre questões que não foram aqui abordadas, mas que, em sua opinião, são relevantes.

APÊNDICE –E

Roteiro - Representante da Secretaria Municipal de Saúde

1. Fale sobre sua participação no PROMED/ Pró Saúde, da Faculdade de Medicina?
2. Qual a sua avaliação do papel do Ministério da Saúde na indução da reorientação dos profissionais da saúde?
3. Como foi a recepção e participação dos gestores da Secretaria Municipal no PROMED?
4. O PROMED tinha como objetivo a reorientação da formação médica, com ênfase nas mudanças de modelo de atenção à saúde, voltadas ao fortalecimento da atenção básica. Como avalia as estratégias utilizadas pela FM para esse objetivo?
5. Houve mudança na relação da FM, com as Secretarias Municipais de Saúde com a adoção do PROMED? No que?
6. A participação no PROMED possibilitou um trabalho integrado com as demais categorias profissionais de saúde?
7. Quais foram as dificuldades da operacionalização do PROMED, dentro da sua função, e como essas foram superadas?
8. Em que a sua participação no PROMED, alterou a sua prática como profissional da saúde?
9. Quais são os desafios e as perspectivas da FM e da Secretaria Municipal de Saúde, que o Sr, considera a partir dessa experiência.
10. Como o Sr, avalia a implementação de programas como o PROMED e Pró-Saúde, na concretização da proposta do Sistema Único de Saúde. O que precisa ainda ser feito?

Fique a vontade para acrescentar outro comentário sobre questões que não foram aqui abordados, mas que o Sr considera relevantes.

Tocando em frente

*Ando devagar porque já tive pressa.
 Levo este sorriso porque já chorei demais.
 Hoje me sinto mais forte,
 mais feliz quem sabe?
 Só levo a certeza
 de que muito pouco eu sei.
 Eu nada sei...*

*Conhecer as manhãs e as manhãs...
 O sabor das massas e das maçãs.
 É preciso amor pra poder pulsar...
 É preciso paz pra poder sorrir...
 É preciso a chuva para florir.*

*Penso que cumprir a vida
 seja simplesmente...
 ...compreender a marcha
 ir tocando em frente.
 Como um velho boiadeiro
 levando a boiada,
 eu vou tocando os dias,
 pela longa estrada
 eu vou...
 Estrada eu sou...*

*Todo mundo ama um dia...
 Um dia todo mundo chora.
 Um dia a gente chega
 e no outro vai embora.*

*Cada um de nós
 compõe a sua história.
 Cada ser em si carrega
 o dom de ser capaz
 de ser feliz!*

Almir Sater e Renato Teixeira

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)