

HENRIQUE GONÇALVES DANTAS DE MEDEIROS

A ESPERANÇA RESISTE NA ARIDEZ DO SERTÃO:

DEZ ANOS DO CURSO DE MEDICINA DA UFCCG EM CAJAZEIRAS



HENRIQUE GONÇALVES DANTAS DE MEDEIROS

**A ESPERANÇA RESISTE
NA ARIDEZ DO SERTÃO:**
DEZ ANOS DO CURSO DE MEDICINA DA UFCG EM CAJAZEIRAS



Cajazeiras – PB

2020

M488e Medeiros, Henrique Gonçalves Dantas de.
A esperança resiste na aridez do sertão [livro digital] : dez anos do curso de medicina da UFCG em Cajazeiras / Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros. - Campina Grande : EDUFCG, 2020.
113 p.

E-book
ISBN 978-65-86302-02-8
Referências.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Educação Médica. 4. Educação em Saúde. I. Título.

CDU 614

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - EDUFCG
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
editora@ufcg.edu.br

Prof. Dr. Vicemário Simões
Reitor

Prof. Dr. Camilo Allyson Simões de Farias
Vice-Reitor

Prof. Dr. José Helder Pinheiro Alves
Diretor Administrativo da Editora da UFCG

Simone Cunha
Revisão

Yasmine Lima
Projeto gráfico

CONSELHO EDITORIAL

Anubes Pereira de Castro (CFP)
Benedito Antônio Luciano (CEEI)
Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)
Janiro da Costa Rego (CTRN)
Marisa de Oliveira Apolinário (CES)
Marcelo Bezerra Grilo (CCT)
Naelza de Araújo Wanderley (CSTR)
Railene Hérica Carlos Rocha (CCTA)
Rogério Humberto Zeferino (CH)
Valéria Andrade (CDSA)

AGRADECIMENTOS

Agradeço e dedico este livro a toda à comunidade acadêmica da Universidade Federal de Campina Grande campus Cajazeiras, aos estudantes, servidores técnico-administrativos e docentes do curso de medicina, e muito especialmente àqueles professores e ex-professores que compartilharam comigo, de maneira mais próxima, a condução do curso durante alguns anos: Vinícius Ximenes Muricy da Rocha, Ana Carolina de Souza Pieretti, Andreia Cristina Campigotto, Sofia Dionizio Santos, Veruscka Pedrosa Barreto, Emmanuelle Lira Cariry, Francisco José Gonçalves Figueiredo, Róbson Alberto Freire Vieira da Silva, José Cezario de Almeida e Osmar Luiz da Silva Filho.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
AS ORIGENS DO CURSO: AS DORES DE UM PARTO	21
OS PRIMEIROS ANOS: A EXISTÊNCIA EM RISCO.....	37
A RESIDÊNCIA MÉDICA EM CAJAZEIRAS.....	43
OS PRIMEIROS ANOS DE INTERNATO MÉDICO: O GARGALO DO CURSO	49
O MOMENTO ATUAL E AS PERSPECTIVAS DE FUTURO: CORPO DOCENTE E SERVIÇOS	57
DE SAÚDE PRÓPRIOS.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	103

INTRODUÇÃO

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

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

Por seu turno, o Sistema Único de Saúde, inspirado nas ideias do Movimento pela Reforma Sanitária, procura operar na lógica de uma rede assistencial articulada, com a atenção primária à saúde como principal porta de entrada, fundamentada num con-

ceito ampliado do processo saúde-doença de modo a dar respostas complexas a problemas de saúde também complexos, intervindo desde a promoção até a reabilitação da saúde, privilegiando o trabalho inter e transdisciplinar, buscando superar o paradigma biomédico (ANDRADE, 2009).

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

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

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

cursos tradicionais e a criação de novos cursos dentro de uma nova proposta pedagógica, visando a um profissional com:

[...] formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2002).

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

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

R\$212,75 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

A cidade originou-se de um sítio de mesmo nome. Nela nasceu o padre Inácio de Sousa Rolim que, depois de ordenado em Olinda, retornou à propriedade dos pais, onde fundou um colégio em 1843, em torno do qual nasceu a povoação, posteriormente desmembrada do município de Sousa e elevada à condição de cidade em 1876 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). O colégio, onde Cícero Romão Batista (o famoso padre Cícero) estudou na infância, passou a ser referência para a educação das crianças da região, especialmente aquelas ligadas às elites latifundiárias, fazendo com que a cidade se singularizasse como aquela que “ensinou a Paraíba a ler”. Essa “vocação” histórica se perpetuou no momento da criação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras – FAFIC em 1970, ligada à diocese de Cajazeiras e que buscava a formação de profissionais para o ensino de 1º e 2º graus, contando à época com seis cursos de licenciatura. Em 1979, o patrimônio da FAFIC foi doado à Universidade Federal da Paraíba - UFPB, motivando-a a abrir o Campus V de Cajazeiras, que absorveu todos os cursos da FAFIC, exceto Licenciatura em Filosofia (FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE CAJAZEIRAS, 2015). Em 2002, foi criada a Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, a partir do desmembramento de quatro dos sete *campi* que compunham a UFPB - Campina Grande, Patos, Sousa e Cajazeiras (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, 2015).

Nesse ínterim, outras instituições de ensino superior surgiram, de sorte que hoje, além do Centro de Formação de Professores da UFCG, a cidade conta com um câmpus do Instituto Federal de

Educação Tecnológica da Paraíba e outras três instituições privadas de ensino superior, adquirindo um caráter de cidade universitária. Em 2006, o Centro de Formação de Professores – CFP/UFCG abre vestibular para a primeira turma de Enfermagem e, em 2007, é a vez do curso de graduação em Medicina, o qual formou nove turmas até outubro de 2017. Num local reconhecido por sua trajetória alicerçada sobre a educação, um novo curso de Medicina a partir de uma proposta curricular avançada e assentada nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais lança luz a novas reflexões no campo da educação médica.

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

2,00. A situação do sertão é agravada ainda mais pelo fato de que 72,79% dos médicos da Paraíba residem na capital João Pessoa, onde a razão de médico registrado (CFM)/1.000 habitantes é de 5,22. Contudo, utilizando-se dos dados do CNES (149 médicos) e do IBGE (61.030 habitantes), respectivamente, a estimativa de razão de médicos por 1.000 habitantes em Cajazeiras chega a 2,44.

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

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

Na condição de Médico de Família de Comunidade, de docente do curso de graduação em Medicina, de ex-coordenador de curso e de atual coordenador da Comissão de Residência Médica, é possível visualizar como todas essas mudanças são amplamente reconhecidas pelos diversos atores locais. A residência médica conta com aprovação por parte da gestão municipal de saúde, a qual recorrentemente destaca a qualidade superior do trabalho desenvolvido nas unidades de saúde contempladas com a presença de médicos residentes. Estudantes em estágio supervisionado em outras cidades, especialmente em instituições mais tradicionais, são corriqueiramente lembrados por docentes e médicos preceptores de modo lisonjeiro pela relação humanizada e pela maior capacidade de se relacionar com o contexto da atenção primária à saúde, quando comparados aos estudantes da própria instituição que os recebeu como internos.

Contudo, a experiência do curso de medicina da UFCG em Cajazeiras, ao longo desses 10 anos de existência, não guarda importância apenas no plano local, mas dela se podem extrair reflexões importantes para se pensar o processo de interiorização da medicina e alimentar políticas públicas que apontem nesse sentido.

Sabe-se que um dos principais focos de resistência ao processo de mudanças levado adiante com a criação do Sistema Único de Saúde tem sido a corporação médica. Temas como a regulação do mercado de trabalho e dos programas de residência médica, a

criação de novas vagas e de novos cursos de medicina, a interiorização do profissional médico, o trabalho na atenção primária à saúde, entre outros, demonstram recorrentemente a contraposição dessa categoria profissional, a qual vê neles a diminuição de seu poder, sustentado principalmente pela reserva de mercado de trabalho.

Experiências recentes promovidas pelo Ministério da Saúde no sentido de enfrentar os problemas do acesso ao profissional médico, em especial na atenção básica e, sobretudo, nas áreas de difícil fixação (cidades do interior, principalmente no Norte, Nordeste e Centro-Oeste; e periferias de grandes centros urbanos), como é o caso do programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), bem como do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), têm colocado no centro dos debates o problema do provimento e da adequação do profissional médico ao trabalho em saúde na atenção primária.

Dentro do próprio PMMB, prevê-se um processo de expansão do número de vagas e de novos cursos de Medicina, especialmente em regiões interioranas, como forma de fixação de profissionais médicos, valorizando a atenção básica e os serviços de urgência e emergência como cenários prioritários na formação (BRASIL, 2013d). Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais passaram por novas mudanças de modo a adequar-se às necessidades de enfrentamento desse quadro. Em 20 de junho de 2014, foi publicada a Resolução nº 03, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, que institui as novas diretrizes em substituição às de 2001, aprofundando e detalhando melhor os eixos de mudança da formação médica em torno da atenção à saúde, da gestão em saúde e da educação em saúde. Normatiza ainda algumas questões estruturais dos currículos no sentido de

valorizar o cenário da atenção básica, a exemplo do artigo 24. Este define que o mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, com predominância de carga horária no primeiro cenário, o qual deverá ser coordenado e voltado para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade. Além disso, os demais 70% incluirão aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental (BRASIL, 2014a). Isso denota que o movimento de mudanças na educação médica não se esgotou e se encontra em plena efervescência, suscitando novas dúvidas, hipóteses, argumentos e contra-argumentos.

A análise do curso de medicina do Centro de Formação de Professores (CFP) da UFCG se justifica por trazer elementos que colaboram no processo de repensar a formação médica dentro do Sistema Único de Saúde. Afinal, trata-se de um curso localizado em uma das áreas que mais sofre com as iniquidades em saúde, o sertão nordestino, surgido após a promulgação das DCN de 2001 e a elas adequado, tendo a Saúde da Família e Comunitária como área preponderante em seu Projeto Pedagógico e o cenário da Atenção Primária à Saúde como espaço privilegiado de formação, num contexto de nova reforma das Diretrizes Curriculares Nacionais, desencadeada pelo Programa Mais Médicos em 2014.

Portanto, este trabalho buscou analisar a experiência do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande - câmpus Cajazeiras - à luz dos acúmulos teóricos e práticos na área da educação médica, e, especificamente, fazer um relato histórico do mesmo, identificando e analisando os principais desafios e difi-

culdades na atualidade, e extraíndo, a partir dessa experiência, possíveis generalizações ou elementos universais que possam embasar as políticas públicas relacionadas à educação médica.

Para tanto, partiu-se da perspectiva do materialismo histórico e dialético e se trabalhou a partir dos seguintes métodos de procedimento, descritos por Marconi e Lakatos (2003): o histórico, que consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar a sua influência na sociedade de hoje, pois as instituições alcançaram sua forma atual através de alterações de suas partes componentes, ao longo do tempo, influenciadas pelo contexto cultural particular de cada época; o monográfico, que se caracteriza pelo estudo de determinados indivíduos, profissões, condições, instituições, grupos ou comunidades, com a finalidade de obter generalizações; e o comparativo, pelo qual se realizam comparações, com a finalidade de verificar similitudes e explicar divergências, utilizado aqui, por exemplo, no paralelo entre os corpos docentes do curso de Medicina de Cajazeiras e o de duas outras escolas médicas.

O trabalho tem uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, tendo como técnicas específicas de coleta de dados a Documentação Indireta (pesquisa documental – a partir de documentos públicos, relatórios e publicações legislativas e administrativas, como leis, portarias, resoluções, ofícios, etc.; e pesquisa bibliográfica – por meio de documentos da imprensa escrita em meio virtual ou portais de notícias) e a Observação Direta Intensiva (observação participante, pela qual se utilizam os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade da qual o pesquisador faz parte, vendo, ouvindo, mas também examinando os fatos ou fenômenos que se deseja estudar). Por fim, enquanto técnica

de análise de dados, utilizou-se o método hermenêutico-dialético, pelo qual se busca localizar a fala dos atores sociais (tanto daqueles observados, que constroem cotidianamente o curso, quanto dos textos dos diversos documentos) em seu contexto (o que é feito ao se remontar o percurso histórico do curso) para melhor ser compreendida. Tal compreensão tem como ponto de partida o interior da fala (ou do texto) e, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala (MINAYO, 1992 *apud* GOMES, 1999).

AS ORIGENS DO CURSO: AS DORES DE UM PARTO

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

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

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

Apesar de ser uma política governamental, com o objetivo de reenquadrar a universidade pública no projeto de desenvolvimento social do país, por diversas razões, que requerem uma investigação mais apurada, o REUNI sofreu intensa oposição de parte dos alunos, sindicatos dos docentes, professores.

Pode-se pensar que muitos dos movimentos de oposição ao REUNI aconteceram por se tratar de um Programa com tempo definido para sua existência e em fase de implementação, o que abre um leque de interrogações sobre a sua capacidade para alterar de forma substantiva a cultura burocrática das instituições e consolidar, em seu lugar, uma cultura de resultados.

No entanto, o REUNI foi um instrumento de reestruturação das universidades, sendo o responsável pela nova etapa de expansão das IFES (instituições federais de ensino superior) e pela realização de grande parte dos investimentos e por sua reestruturação interna. A expansão universitária possibilitaria maior acesso à educação a populações excluídas dela, cumprindo seu dever democrático, mas por outro lado, reconhece-se o fato de que normalmente a expansão está ligada a interesses econômicos. (BAPTISTA *et al.*, 2013, p. 7-8).

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

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

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

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

Como é do conhecimento de todos, a Universidade Federal de Campina Grande vive, neste momento, um processo de expansão de seus serviços, notadamente com a oferta de novos cursos de graduação e de pós-graduação. A referida expansão das atividades acadêmicas da Instituição, por meio da criação de novos cursos e de novos *campi*, foi

anunciada desde o período do processo eleitoral que definiu a atual reitoria desta Universidade.

[...] Dando prosseguimento ao processo de expansão e tendo em vista a necessidade de consolidar a área de saúde na Instituição, a Administração Superior desta Universidade viu, no programa empreendido pelo Ministério da Educação para a expansão das universidades federais e na recomendação do Ministério da Saúde de se promover a interiorização dos cursos da área de saúde, a possibilidade de criar, no câmpus de Cajazeiras, os cursos de Medicina, Fisioterapia e Educação Física, considerando-se que ali já existe uma Escola de Saúde, de nível médio e técnico em Enfermagem, e o curso de graduação em Enfermagem. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007e, p. 1).

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

Os inegáveis impactos econômicos e sociais de um curso de Medicina em uma região de alta vulnerabilidade como o sertão paraibano mobilizam então os mais diversos interesses e abrem uma disputa acirrada entre as cidades de Cajazeiras, Sousa e Patos, as quais tinham 58.446, 65.803 e 100.674 habitantes, respecti-

vamente, segundo o censo demográfico de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). É bastante ilustrativo do empenho do empresariado cajazeirense em vencer a batalha em torno do curso um fato notabilizado pela mídia local, na época, quando os representantes de entidades do comércio decidiram fazer a doação à UFCG da estrutura física do laboratório de Anatomia. Este, além de servir aos estudantes do curso de Enfermagem, então obrigados a se deslocarem até Campina Grande para ter aulas de Anatomia, serviria também para o curso de Medicina. A estrutura física do laboratório contemplava uma área coberta de 300m² e era orçada em aproximadamente R\$ 130 mil, sendo os recursos obtidos junto aos empresários da cidade e depositados na conta bancária da Maçonaria. O laboratório de Anatomia foi inaugurado no dia 13 de abril de 2007 (CAJAZEIRAS..., 2007).

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

O trabalho desta comissão e o conjunto de aspectos analisados foram norteados pelos seguintes princípios:

1. O ensino médico necessita de cenários de aprendizagem que deem suporte ao número médio de alunos que possam vir a ser matriculados.

2. Esses cenários devem ser múltiplos e abrangem sala de aula, laboratórios, hospitais e os espaços de organização da atenção básica à saúde.
3. O Sistema Único de Saúde deve oferecer os principais cenários de atuação e aprendizagem para os estudantes de Medicina nos quatro níveis de atenção: primária, secundária, terciária e quaternária.
4. As instituições privadas de atenção à saúde não têm condições de dar o suporte aos cursos de Medicina a menos que atendam 95% aos pacientes do SUS.
5. Os recursos humanos existentes para o curso pretendido são de especial relevância para a constituição do ambiente universitário.
6. Reconhecimento do papel docente dos profissionais da rede de serviços. (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA EM CÂMPUS DO SERTÃO, 2007, p. 8-9).

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

de hospitais de cuidados secundários, terciários e quaternários; e. equipamentos e serviços de ambulatórios de cuidados secundários, terciários e quaternários) (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA EM CÂMPUS DO SERTÃO, 2007).

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

QUADRO 1 - SÍNTESE DA AVALIAÇÃO DOS DIFERENTES ASPECTOS CONSIDERADOS NA ANÁLISE DAS TRÊS CIDADES INTERESSADAS EM SEDIAR O NOVO CURSO DE MEDICINA DA UFCG, ELABORADA PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO EM 2007

ASPECTO	MUNICÍPIO(S) EM MELHOR SITUAÇÃO NO ASPECTO
1. Infraestrutura no câmpus: salas de aula, laboratórios e biblioteca	Patos
2. Corpo docente para o curso de Medicina	Todos em condições similares, embora o câmpus de Patos apresente o maior número de professores com titulação de doutor para o curso pretendido.
3. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina	Cajazeiras e Sousa
4. Espaço físico e infraestrutura de Unidades Saúde da Família;	Todos em condições similares. Diferença no número de Unidades entre os municípios.
5. Cobertura e Serviços de Unidades Saúde da Família	Patos
6. Espaço físico de hospitais de cuidados secundários, terciários e quaternários	Patos
7. Equipamentos e serviços de hospitais de cuidados secundários, terciários e quaternários	Patos
8. Espaço físico de ambulatórios de cuidados secundários, terciários e quaternários	Sousa e Patos
9. Equipamentos e serviços de ambulatórios de cuidados secundários, terciários e quaternários	Patos

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

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

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

O relatório produzido permite, pelo significativo número de aspectos que foram analisados, leituras diversas, a partir da ênfase que pode ser dado a determinados critérios. Assim, a escolha da cidade de Patos para sediar o curso de Medicina se revela pela leitura que prioriza os aspectos externos, quantificados nas categorias “espaço físico e infraestrutura de Unidades Saúde da Família; cobertura e serviços de Unidade Saúde da Família; espaço físico de hospitais de cuidados secundários, terciários e quaternários; equipamentos e serviços de hospitais de cuidados secundários, terciários e quaternários; e equipamentos e serviços de ambulatórios de cuidados secundários, terciários e

quaternários”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007e, p. 7).

Reclamando melhor atenção na avaliação institucional que permitisse às instâncias de gestão posicionar-se sobre aspectos da administração universitária, afirma que foram desconsiderados aspectos relevantes para a análise, como o fato de que, às 27 salas de aula existentes no câmpus de Cajazeiras, outras 14 estariam sendo somadas para atender ao aumento da demanda por novos cursos, além da construção de um prédio de 383 m², destinado ao laboratório de Anatomia. Lembra que o acervo do câmpus de Cajazeiras se diferenciaria do de Patos por ser voltado, em maior quantidade, para a área de saúde e não para a área de ciências agrárias; que o câmpus de Cajazeiras tinha então 23 doutores, sendo 07 deles formados na área de saúde (Enfermagem e Odontologia) ou em áreas afins (Química e Biologia); enquanto dos 49 doutores em Patos apenas 03 eram da área de ciências biológicas, sendo o restante da área de ciências agrárias. Quanto à integração ensino-serviço, principal aspecto considerado pela comissão, contestou que ela já ocorria em Cajazeiras e em Sousa, tendo em vista as atividades do curso de Enfermagem, o que não ocorria em Patos, haja vista os cursos ali ministrados serem à época da área agrária. Além disso, haveria disponibilidade orçamentária já consignada por meio de emendas parlamentares destinadas à área de saúde do câmpus de Cajazeiras, totalizando o valor de R\$ 1.400.000,00 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007e). Assim, apresentou ao final, tal como o relatório da comissão de avaliação, um quadro (Quadro 2) em que sintetiza os critérios de avaliação de modo distinto da comissão e conclui em seguida:

QUADRO 2 - SÍNTESE DA AVALIAÇÃO DOS DIFERENTES ASPECTOS CONSIDERADOS NA ANÁLISE DAS TRÊS CIDADES INTERESSADAS EM SEDIAR O NOVO CURSO DE MEDICINA DA UFCG, ELABORADA PELA REITORIA DA UFCG EM 2007

ASPECTO	MUNICÍPIO(S) EM MELHOR SITUAÇÃO NO ASPECTO
Contexto Institucional: Projeto Pedagógico	Sousa e Cajazeiras
Corpo Docente	Cajazeiras
Instalações Salas de aula Biblioteca Laboratórios	Cajazeiras Sousa e Cajazeiras Patos e Cajazeiras
Rede SUS	Patos

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007e

Desta forma, embasados na afirmação, contida no parecer final da comissão de avaliação, de que “a Universidade Federal de Campina Grande, em princípio e desde que sejam realizados os investimentos necessários nos *campi*, poderia implantar o curso pretendido em qualquer das três cidades”, e dando o devido valor que tem a relevância social nesta escolha, defendemos, sem nos sentirmos contrários ao parecer elaborado pelos especialistas, que Cajazeiras é, entre os três municípios, aquele que deve sediar o curso de Medicina, tendo em vista, entre outros motivos já apresentados, carecer de maior atenção no que diz respeito à indução do desenvolvimento local, pedra basilar do Programa de Expansão das Universidades Federais empreendido pelo Ministério da Educação. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007e, p. 09).

A apresentação deste segundo documento elaborado pelo Gabinete do Reitor foi motivo de intensa comoção por parte dos representantes das cidades de Patos e Sousa, como noticia a imprensa local à época, acusando o reitor de, nos dias que antecederam o

anúncio, haver supostamente pressionado os membros da comissão no sentido de apresentar um relatório de seu agrado; de que nunca escondera “sua preferência pela cidade do Padre Rolim”; questionando, por fim, o estilo supostamente autocrático da administração central da UFCG, etc. (COMISSÃO..., 2007). Esse tensionamento se somava àquele decorrente da promulgação do REUNI e ampliava o quadro de dificuldades políticas e de resistências ao futuro curso, importantes de serem destacadas no contexto de dificuldades de sua consolidação.

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

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

O detalhamento desse conflito é importante, pois, em larga medida, parece antever os problemas e as dificuldades de consolidação do curso de Medicina em Cajazeiras, cujo principal gargalo está na capacidade instalada dos serviços de saúde para acolher os estudantes durante as práticas clínicas, em especial no período dos estágios supervisionados (internato médico), como aprofundaremos

mais à frente. Tanto isso é verdade que, frente à avaliação do MEC em 2011, o curso teria sua entrada anual reduzida de 80 para 30 estudantes (BRASIL, 2013a).

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

Esses Projetos foram analisados a partir dos seguintes aspectos: objetivos, habilidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais esperadas para o egresso, forma de organização dos conteúdos curriculares, adequação dos conteúdos às habilidades esperadas, pertinência e atualidade dos conteúdos, integração vertical e horizontal, flexibilidade curricular, metodologia de ensino, formas de avaliação e bibliografia sugerida.

Existem grandes semelhanças entre os Projetos apresentados pelos *campi* de Sousa e de Cajazeiras. Ambos são modulares, integram várias disciplinas em torno a sistemas ou temas específicos da área de saúde. Os conteúdos são atuais, estão perfeitamente adequados aos objetivos propostos e à formação geral do médico. Apresentam mecanismos de flexibilização curricular, permitindo que o aluno, além de cumprir o núcleo curricular obrigatório, realize um percurso paralelo de acordo aos seus próprios interesses. Essa flexibilização está evidente nas múltiplas formas de execução do currículo complementar. Ambos dão forte ênfase à Medicina Comunitária, cujos conteúdos atravessam, com crescente complexidade, todo o curso médico. A presença de módulos chamados “seminários de integração” se constituem em mais uma estratégia de articular os diversos conteúdos trabalhados. Por outro lado, esses seminários permitem a utilização

de metodologias proativas e o conseqüente treinamento do aluno no trabalho de busca autônoma do conhecimento.

Um diferencial importante apresentado nos Projetos de Sousa e Cajazeiras é a avaliação atitudinal além da clássica avaliação cognitiva. (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA EM CAMPUS DO SERTÃO, 2007, p. 18-19).

Como se vê, a proposta de PPC na época já contemplava elementos importantes dentro do que o movimento de educação médica no Brasil vinha defendendo em seus mais diversos fóruns e entidades (Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM, Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM, entre outros), e isso foi um ponto de destaque quando comparado com a proposta de Patos, a qual, segundo o relatório, apresentava estrutura tradicional, organização compartimentalizada da formação disciplinar, precária articulação entre ciências básicas e a clínica, incongruência entre a avaliação e os objetivos pretendidos e habilidades esperadas em cada uma das disciplinas, e falta de transversalidade de temas como ética, bioética e abordagem coletiva da prevenção de doenças e promoção da saúde (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA EM CÂMPUS DO SERTÃO, 2007).

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

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

Para viabilizar a entrada de estudantes no novo curso de Medicina, bem como nos cursos também recém-criados de Enfermagem e Farmácia do câmpus de Cuité; e de Engenharia Ambiental e Engenharia de Alimentos no câmpus de Pombal, ainda em junho daquele ano, é publicada a Resolução nº 14/2007 da Câmara Superior de Ensino, em que se regulamenta um processo seletivo (vestibular) especial, condicionando sua realização, em seu art. 27, à liberação de vagas docentes para os referidos *campi* por parte do Ministério da Educação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2007c). Tal liberação havia sido acordada entre o então Reitor da UFCG, Thompson Mariz, e o Departamento de Desenvolvimento da Educação Superior (DEDES/MEC). No pacto firmado com a diretora Maria Ieda Costa e a coordenadora-geral do DEDES, Sandra Sherrer, ficara estabelecida, ainda para 2007, a liberação de mais de R\$ 7,6 milhões para o prosseguimento do Plano de Expansão da UFCG e a contratação de 72 professores e 45 técnico-administrativos. As vagas para docentes (D) e técnico-

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

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

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

de Ciências da Vida - UACV, junto com os 12 docentes cujos concursos públicos foram autorizados ao final de dezembro de 2007.

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

OS PRIMEIROS ANOS: A EXISTÊNCIA EM RISCO

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

A situação agravava-se em março de 2009, quando o Conselho Nacional de Saúde (CNS), com base apenas em dados documentais, emitiu parecer insatisfatório que apontava o número de leitos hospitalares incompatível ao número de alunos ingressantes, ao quadro de professores insuficiente (então, 26 docentes), além da falta de um biotério e de acessibilidade aos portadores de necessidades especiais (ARAÚJO, 2010). Assim, antes mesmo da referida visita da comissão do MEC e em consideração às dificuldades enfrentadas pelo curso para ofertar a capacidade institucional adequada às demandas do mesmo, é aprovada a Resolução nº12/2010 da Câmara Superior de Ensino, de 19 de agosto de 2010, que

estabelece o número de vagas a serem oferecidas pelo Processo Seletivo – Vestibular 2011 para ingresso nos cursos de graduação da UFCG, cuja entrada anual de estudantes de Medicina em Cajazeiras é reduzida de 80 (40 entradas semestrais) para 30, com entrada única no primeiro semestre (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2010b), número que se mantém até hoje, como mecanismo para desafogar o curso e enquanto resposta prévia às considerações do MEC acerca da autorização do curso.

A comissão designada para avaliar o projeto de implantação do curso de Medicina de Cajazeiras visitou suas instalações durante os dias 4 e 5 de julho de 2011. Em seu relatório (protocolo: 201010968; código MEC: 391129; código de avaliação: 88480), contemplando as quatro dimensões padronizadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP, cujos resultados são sintetizados no quadro abaixo, o curso obteve a seguinte pontuação, numa escala de 1 a 5:

QUADRO 3 - SÍNTESE DA AVALIAÇÃO PARA FINS DE AUTORIZAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA DA UFCG-CAJAZEIRAS REALIZADA POR COMISSÃO DO INEP/MEC EM 2011

DIMENSÃO E RESPECTIVA NOTA	SUBDIMENSÃO E RESPECTIVA NOTA	INDICADOR	NOTA DO INDICADOR
Dimensão 1: Aspectos Gerais do Curso: Organização Didático-Pedagógica NOTA: 4	1.1 Projeto do Curso: Gerais NOTA: 4	1.1.1. Perfil do egresso	5
		1.1.2. Objetivos do curso	5
		1.1.3. Relação entre número de vagas e formação nos serviços de saúde (destaque)	3
		1.1.4. Integração com o sistema local e regional de saúde e o SUS	3
		1.1.5. Ensino na área da saúde	1
		1.1.6. Impacto social na demanda de profissionais da área de saúde	4
	1.2 Projeto Pedagógico do Curso: formação NOTA: 4	1.2.1. Matriz curricular	5
		1.2.2. Conteúdos curriculares	5
		1.2.3. Metodologia	3
		1.2.4. Estágio supervisionado	3
		1.2.5. Atividades práticas de ensino	4
		1.2.6. Processos de avaliação	4

DIMENSÃO E RESPECTIVA NOTA	SUBDIMENSÃO E RESPECTIVA NOTA	INDICADOR	NOTA DO INDICADOR
Dimensão 2: Corpo Docente NOTA: 3	2.1. Administração acadêmica NOTA: 3	2.1.1. Composição do NDE (Núcleo Docente Estruturante)	5
		2.1.2. Titulação do NDE	3
		2.1.3. Formação acadêmica do NDE	2
		2.1.4. Titulação, formação e experiência do coordenador do curso	1
	2.2. Perfil do docente NOTA: 3	2.2.1. Titulação	2
		2.2.2. Regime de trabalho	5
		2.2.3. Tempo de experiência de magistério superior	1
		2.2.4. Tempo de experiência no exercício da medicina	5
		2.2.5. Responsabilidade docente pela supervisão da assistência médica	4
	2.3. Condições de trabalho NOTA: 4	2.3.1. Número de alunos por docente equivalente a tempo integral no curso	5
		2.3.2. Pesquisa e produção científica	5
		2.3.3. Núcleo de apoio pedagógico e de capacitação docente	3
Dimensão 3: Instalações Físicas NOTA: 1	3.1. Instalações gerais NOTA: 5	3.1.1. Instalações para docentes: salas de professores, de reuniões e gabinetes de trabalho	4
		3.1.2. Salas de aula	5
		3.1.3. Acesso dos alunos a equipamentos de informática	5
	3.2. Biblioteca NOTA: 5	3.2.1. Livros	5
		3.2.2. Periódicos especializados	5
	3.3. Instalações e laboratórios específicos NOTA: 3	3.3.1. Unidades hospitalares de ensino e complexo assistencial (destaque)	1
		3.3.2. Sistema de referência e de contrarreferência	4
		3.3.3. Biotério	1
		3.3.4. Laboratórios de ensino	4
		3.3.5. Laboratórios de habilidades	4
		3.3.6. Protocolos de experimentos	4
		3.3.7. Comitê de Ética em Pesquisa	3
Dimensão 4: Requisitos Legais e Normativos Não se aplica nota	Coerência dos conteúdos curriculares com as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN (Parecer CNE/CES 1.133/2001 e Resolução CNE/CES 04/2001) O Currículo apresenta plena coerência com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) segundo o Parecer CNE/CES 1.133/2001 e a Resolução CNE/CES 04/2001.		Sim
	Estágio curricular (Resolução CNE/CES 04/2001) O estágio curricular em regime de internato ocupa 3300 horas nos últimos quatro semestres, totalizando 41% da carga horária total do curso, que é de 7950 horas.		Sim
	Adequação dos conteúdos curriculares às exigências do Dec. 5.626/2005 (Libras) O PPC prevê disciplina optativa de Libras na estrutura curricular do curso.		Sim
	Carga horária mínima e tempo mínimo de integralização (Parecer CNE/CES 08/2007 e Resolução CNE/CES 02/2007) O curso prevê carga horária igual ou superior a 7.200 horas (horas relógio) e tempo mínimo de integralização de 6 anos.		Sim
	Condições de acesso para portadores de necessidades especiais (Dec. 5.296/2004, a vigorar a partir de 2009) A IES apresenta condições de acesso para portadores de necessidades especiais, na forma de rampas e banheiros adaptados e em construção de elevadores nos locais onde não há a possibilidade de rampas.		Sim

Fonte: Autoria própria

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

É importante salientar que apenas quase quatro anos depois da realização do primeiro vestibular é que o Ministério da Educação, através do INEP, envia uma comissão para fins de autorização. De tal sorte que, em 19 de fevereiro de 2013, o MEC emite a Portaria nº 79, em que, de maneira excepcional, estabelecia um reconhecimento provisório do curso.

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

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

PPC nas considerações dos avaliadores e o impacto da rede SUS na avaliação final.

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

Do ponto de vista geral, o Projeto Pedagógico do Curso (PPC), apresenta tanto o perfil do egresso e suas competências profissionais como os objetivos do curso estão plenamente definidos e coerentes com as Diretrizes Curriculares Nacionais.

[...] A matriz curricular apresenta plena coerência com os perfis apresentados, da mesma forma que os conteúdos curriculares. É razoavelmente claro no PPC o método norteador e a interdisciplinaridade proposta. O estágio supervisionado apresenta-se nos últimos anos de maneira suficiente, e as atividades práticas de ensino estão adequadamente propostas, tendo um supervisionamento por parte de docentes na maioria destas. No que diz respeito ao processo de avaliação, a metodologia apresentada mostrou-se adequada, garantindo os processos de recuperação. (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2011, p. 3-4).

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

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

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

A RESIDÊNCIA MÉDICA EM CAJAZEIRAS

O desenvolvimento de programas de residência médica assume centralidade tanto para a sustentação do curso, garantindo preceptoria, cenários de prática e qualificação do ensino, bem como para a fixação de médicos, qualificando a assistência na rede de saúde local, uma vez que experiências internacionais demonstram que a interiorização da residência médica é um dos principais mecanismos de interiorização da medicina (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2013).

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

Em junho de 2009, a Comissão Nacional de Residência Médica aprovou seu Parecer Conclusivo nº 36/2009, referente ao credenciamento provisório do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, vinculado ao Hospital Regional de Cajazeiras. Além desse programa, os de Clínica Médica e de Pediatria, por meio do Parecer Conclusivo nº 190/2009, também têm seu credenciamento provisório junto à CNRM (DIRETORIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E RESIDÊNCIA DE SAÚDE, 2010).

Assim, em 07 de janeiro de 2010, é lançado o primeiro edital de seleção para ingresso nos programas de Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade (HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS, 2010). À época, as vagas não foram preenchidas, de tal maneira que, em 22 de outubro daquele ano, foi lançado o edital nº 01/2010, normatizando o processo seletivo unificado para programas de residência médica do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HETSHL, do Hospital Regional de Cajazeiras e da Faculdade de Medicina Nova Esperança. Foram, então, disponibilizadas pelo HRC duas vagas para Clínica Médica (ambas ocupadas), Pediatria e Medicina de Família e Comunidade (HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA; HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS; FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, 2010).

Ressalte-se que, à essa época, os programas de residência estavam sob responsabilidade do Hospital Regional de Cajazeiras, mas desde sempre contou com a participação e condução de docentes ligados ao curso de Medicina do Centro de Formação de Professores – CFP/UFCG. A título de ilustração, o então coordenador da

COREME/HRC era o professor e pediatra José Dilbery Oliveira da Silva (HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS, 2010).

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

Apesar de se ter conseguido contornar tal crise, o então coordenador do curso de Medicina e articulador institucional do curso de Medicina da UFCG câmpus Cajazeiras, professor Vinícius Ximenes Muricy da Rocha, encaminhou o Processo nº 23000.012622/2011-47 à CNRM solicitando a transferência dos programas de residência então cadastrados junto ao HRC para a UFCG, sendo o pedido acatado em 22 de setembro de 2011, conforme Parecer nº 245/2011 (DIRETORIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E RESIDÊNCIA DE SAÚDE, 2011b).

Em 2012, um novo desafio se colocou para os programas de residência médica, uma vez que em fevereiro expirava a validade deles, sendo necessário levar adiante um processo de credenciamento. Dos três programas, apenas o de Medicina de Família e Comunidade conseguiu concluir tal fase, sendo credenciado e tendo seu número de vagas ampliado de 02 para 08 entradas anuais, após visita técnica a Cajazeiras de uma subcomissão da CNRM, conforme Parecer SISCNRM nº 123/2012 (DIRETORIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E RESIDÊNCIA DE SAÚDE, 2012). Os demais, por falta de professores médicos que assumissem a condução de tais programas, tiveram o prazo expirado, de tal sorte que hoje temos apenas o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade em funcionamento.

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

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

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

Em 2015, apenas um único candidato assumiu vaga no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e, mesmo diante da política de expansão de vagas de residência médica (em especial na área de MFC) no bojo do Programa Mais Médicos para o Brasil, a coordenação da COREME manteve o quadro atual de oito entradas em 2016, tomando em consideração a vacância dos anos anteriores e a limitação objetiva do corpo docente na área. Ainda assim, apesar de quatro inscrições para o concurso, nenhum candidato assumiu vaga no programa.

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

Em 2017, foram aprovados dois candidatos no processo seletivo, sendo um deles um ex-estudante do curso de graduação, dando esperanças de que o curso e o Programa de Residência fossem capazes de fixar médicos formados em Cajazeiras. Além disso, novo processo de credenciamento do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi aberto e aguarda seu desfecho com a avaliação da Comissão Nacional de Residência Médica.

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

OS PRIMEIROS ANOS DE INTERNATO MÉDICO: O GARGALO DO CURSO

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

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

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

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

Para agravar a situação, mesmo com a diminuição de vagas por parte da UFCG para ingresso no curso de Medicina de Cajazeiras em 2011, que partia da avaliação dos limites da rede de saúde local, o MEC autorizou por meio da Portaria nº 78, de 05 de junho de 2012, a abertura do curso de Medicina da Faculdade Santa Maria (instituição privada de ensino superior localizada em Cajazeiras) com 60 (sessenta) entradas anuais (BRASIL, 2012), que no segundo semestre letivo de 2017 já se encontrava em sua décima primeira turma, concorrendo por campos de prática em diversos serviços de saúde de Cajazeiras e região com os estudantes da UFCG.

Um avanço importante nesse ínterim foi a doação, por meio da Lei Municipal nº 2.005/2011, do Instituto Júlio Maria Bandeira

de Mello, serviço de saúde municipal voltado para o atendimento de baixa e média complexidade na área de pediatria, para a UFCG, e a criação subsequente do Hospital Universitário Dr. Júlio Maria Bandeira de Mello – HUJB, com perfil materno-infantil, através da Resolução nº 02/2012, de 27 de julho de 2012, do Colegiado Pleno do Conselho Universitário (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2012b). Assim, os cursos de saúde passaram a ter um hospital próprio de ensino, com perspectivas mais concretas de desenvolver e apoiar as atividades de ensino, pesquisa e extensão na área. Todavia, o hospital contava com apenas 26 leitos à época e ainda iria iniciar a reforma de ampliação para 60 leitos. Ademais, até o fim de 2016, ainda não era capaz de ofertar os serviços na área de saúde materna e apresentava reduzidíssima capacidade de absorção de estudantes, especialmente em razão da não realização de concursos públicos para servidores técnico-administrativos (médicos e demais profissionais de saúde), funcionando, por meio de um Termo de Ajustamento de Conduta junto ao Ministério Público Federal da 8ª Região no âmbito do Inquérito Civil Público nº 1.24.002.000043/2013-19, com a contratação temporária de servidores por prestação de serviços (BRASIL, 2013c).

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

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

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

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

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

I - possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais;

II - estimular a formação de profissionais médicos de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação;

III - desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante a adequada supervisão dos estágios em serviços de saúde;

IV - contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina;

V - contribuir para a formação de profissionais médicos com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País;

VI - sensibilizar e preparar profissionais médicos para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira;

VII - induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais médicos capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e

VIII - fomentar a articulação entre ensino-serviço-comunidade na área da saúde. (BRASIL, 2010).

O PRÓ-INTERNATO reflete de maneira clara as mudanças nas políticas do trabalho e da educação em saúde num segundo momento do governo Lula, a partir de julho de 2005. Se até aquele momento, sob a gestão do ministro Humberto Costa a partir de janeiro de 2003, a prioridade no âmbito da gestão da educação na saúde fora a Educação Permanente, com foco no processo de trabalho, na formação de ativadores de mudança e na construção dos Polos de Educação Permanente como mecanismos institucionais; num segundo momento, sob as sucessivas gestões dos ministros Saraiva Felipe, José Agenor e José Gomes Temporão, a prioridade esteve na reorientação da formação profissional, a partir de estratégias como Pró-Saúde I, Pró-Saúde II e Pet-Saúde, enfatizando o binômio Ensino-Serviço, buscando ampliar a parceria com o Ministério da Educação e procurando maior protagonismo das secretarias de saúde (TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012).

Apesar de instituído em 2010, a adesão do curso de Cajazeiras, que ainda não contava com turmas em estágio supervisionado, só ocorreu após o lançamento do Edital de Convocação nº 65, de 6 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013b). O pagamento de bolsas de tutoria e de preceptoría representou uma alternativa importante no diálogo com os profissionais de saúde dos diversos serviços com que o curso estabelecia parcerias, de tal maneira que, em 2016, ainda não sendo disponibilizado todo o Internato na cidade de Paraíba e em outros estados para contemplar cenários de prática para esses discentes, já se tinha uma situação mais estabilizada, com estágios ocorrendo regularmente em Cajazeiras (Clínica Cirúrgica e Saúde Coletiva I e II) e na cidade de Patos (Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica).

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

§ 7º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar a realização de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em instituição conveniada que mantenha programas de Residência, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, ou em outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

§ 8º O colegiado acadêmico de deliberação superior da IES poderá autorizar, em caráter excepcional, percentual superior ao previsto no parágrafo anterior, desde que devidamente motivado e justificado.

§ 9º O total de estudantes autorizados a realizar estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES não poderá ultrapassar o limite de 50% (cinquenta por cento) das vagas do internato da IES para estudantes da mesma série ou período. (BRASIL, 2014a).

Tais mudanças, ao flexibilizarem o disposto no supracitado parágrafo 2º do artigo 7º da Resolução CNE/CES Nº 04, de 07 de novembro de 2001, permitiram ao curso sair de uma situação de irregularidade flagrante, que o fragilizava institucionalmente perante possíveis futuras avaliações externas, para um cenário mais confortável. Assim, tal flexibilização, a realização de concursos para docentes no Internato, bem como uma melhor relação ensino-serviço propiciada a partir do PRÓ-INTERNATO, associadas à superação do número máximo de estudantes em regime de internato (cujo pico se deu entre os semestres letivos 2013.2 e 2014.2, oscilando entre 150 e 153 internos, caindo após o ingresso das turmas de entrada anual de 30 estudantes oriundas das mudanças no vestibular 2011), tudo isso permitiu ao curso enfrentar o torniquete que representava o internato. As mudanças no cenário político atual do país, porém, colocam preocupações quanto à viabilidade do curso.

O MOMENTO ATUAL E AS PERSPECTIVAS DE FUTURO: CORPO DOCENTE E SERVIÇOS DE SAÚDE PRÓPRIOS

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

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

dos índices de infraestrutura e organização didático-pedagógica da instituição (MEC..., 2014).

Muitas dessas dificuldades o autor pôde observar e vivenciar na condição de docente do curso desde abril de 2012, inserindo-se precocemente nas esferas administrativas: imediatamente após a posse como professor, assumiu a coordenação de estágios supervisionados, permanecendo até julho de 2013, quando foi eleito e empossado na coordenação do curso de Medicina, exercendo a função até setembro de 2014. Ademais, desenvolveu as funções de professor supervisor do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade desde julho de 2013, assumindo a Coordenação da Comissão de Residência Médica a partir de setembro de 2014.

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

CORPO DOCENTE

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

Em relação aos primeiro aspecto, sabe-se que não se trata de uma demanda apenas do curso de Cajazeiras, mas aqui ganha

contornos mais dramáticos em razão de sua curta existência, enfrentando situações mais graves do que cursos tradicionais, como os das capitais e grandes centros urbanos, muitos dos quais contando com décadas de existência e com um corpo docente relativamente bem estabelecido. Essa situação se amenizou à medida que o total de discentes do curso foi diminuindo a partir de 2011, com a redução de entradas anuais de 80 para 30. Porém o problema ainda é relativamente sensível especialmente em áreas como o internato médico, que exige uma proporção docente/discente maior.

No primeiro semestre letivo de 2016, a Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, onde fica lotado o curso de Medicina, tinha um quadro docente composto por cinquenta professores (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2016), distribuídos, em relação ao regime de trabalho e à titulação acadêmica, conforme as tabelas 1 e 2 abaixo:

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DE DOCENTES DO CURSO DE MEDICINA DE CAJAZEIRAS DE ACORDO COM O REGIME DE TRABALHO (2016.1)

DOCENTES	DEDICAÇÃO EXCLUSIVA	T-40	T-20	SUBTOTAL
Médicos	01	01	34	36
Não Médicos	11	00	03	14
Total	12	01	37	50

Fonte: Autoria própria

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE DOCENTES DO CURSO DE MEDICINA DE CAJAZEIRAS DE ACORDO COM TITULAÇÃO ACADÊMICA (2016.1)

DOCENTES	DOUTORES	MESTRES	ESPECIALISTAS	SUBTOTAL
Médicos	01	09	26	36
Não Médicos	03	08	03	14
Total	04	17	29	50

Fonte: Autoria própria

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

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

No total, 53,9% dos médicos recebem mais de R\$ 12 mil mensais, enquanto 22,3% – ou quase um quarto do total – ganham entre R\$ 8 mil e R\$ 12 mil. São 20% – ou um quinto deles – que recebem até R\$ 8 mil. Ainda na média nacional, 20,1% ganham entre R\$ 12 mil e R\$ 16 mil; e 40,5% recebem entre R\$ 12 mil e R\$ 24 mil, e são 13,4% os que ganham R\$ 24 mil ou mais.

[...] Os médicos no interior ganham salários maiores que os médicos nas capitais. Na faixa inferior, que vai até R\$ 8 mil, estão 21,8% dos médicos das capitais e 17,7% do interior. Aqueles que ganham até R\$ 20 mil são 76,8% nas capitais e 73,9% no interior. Já os que ganham R\$ 24 mil ou mais são 12,1% nas capitais e 15,1% no interior. (SCHEFFER, 2015, p. 106-107).

Por sua vez, a carreira no magistério superior nas universidades federais brasileiras previa, então, para um especialista (como é o caso da maioria dos médicos, para os quais a residência médica é equivalente a uma especialização) com regime de trabalho de

dedicação exclusiva em início de carreira, o pagamento de um Vencimento Básico de R\$ 4.014,00, associado a uma Retribuição por Titulação de R\$ 616,83, totalizando apenas R\$ 4.630,83 (BRASIL, 2013e). Logo, são poucos aqueles que se dispõem a realizar concursos para esse regime de trabalho, razão pela qual a maioria de concursos para docentes médicos são destinados a regime de 20 horas, sob pena de não se inscreverem candidatos.

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

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

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DE DOCENTES DO CURSO DE MEDICINA DE CAJAZEIRAS DE ACORDO COM REGIME DE TRABALHO (2013.1)

DOCENTES	DEDICAÇÃO EXCLUSIVA	T-40	T-20	SUBTOTAL
Médicos	03	01	37	41
Não Médicos	08	00	05	13
Total	11	01	42	54

Fonte: Autoria própria

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

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

Um paradoxo que decorre dessa situação é que, em 2016, havia uma proporção discente/docente bastante reduzida no curso (2,86 estudantes para 01 professor), porém se convivia (e ainda se convive) com profundas deficiências no ensino, especialmente na oferta de aulas práticas. Uma das razões para essa proporção foi

a diminuição significativa do corpo discente nos últimos 05 anos, decorrente da redução de entradas anuais a partir de 2011 e da elevada evasão nos primeiros semestres letivos do curso, contudo certamente isso não explica o paradoxo acima relatado. Suas raízes deitam-se, em verdade, na contradição entre concepções de curso diferentes: aquela afirmada em seu PPC e outra que orienta a prática de quem conduz o curso a partir da perspectiva disciplinar, centrada nos especialistas focais.

Outro fato que agrava as dificuldades envolvendo o corpo docente do curso, relacionado tanto com a elevada proporção de professores médicos T-20 quanto com o baixo envolvimento com a condução cotidiana dele, é a elevadíssima proporção de professores que moram fora da cidade, como bem ilustrado na Tabela 4. Através dele, revela-se um fenômeno que definitivamente não ocorre em grandes centros urbanos e capitais, sendo-lhes residual. Diferentemente, em Cajazeiras, apenas 25% dos docentes médicos residiam na cidade sede do curso em 2016. Considerando ainda os que moravam nas cidades de Sousa e de Patos (respectivamente 11,1% e 16,6% dos professores médicos), onde se dá parte significativa do Internato Médico, temos pouco mais da metade dos médicos (52,7%) residindo onde há atividades do curso sendo desenvolvidas.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOCENTES DO CURSO DE MEDICINA POR LOCAL DE RESIDÊNCIA (2016.1)

	CAJAZEIRAS	SOUSA	PATOS	OUTRAS	SUBTOTAL
Médicos	09	04	06	17	36
Não Médicos	11	01	01	01	14
Total	20	05	07	18	50

Fonte: autoria própria

Observe-se que essa proporção é muito menor entre os professores não médicos, entre os quais 13 dos 14 docentes (92,8%) residiam numa das três cidades, sendo que 11 (78,5%) na cidade sede do curso. Isso poderia traduzir duas coisas: primeiro, parece confirmar a hipótese de que o regime de dedicação exclusiva (que atinge exatamente 78,5% entre os professores não médicos) é fator de fixação docente na cidade; segundo, parece confirmar que o mercado de trabalho menos diversificado e a questão salarial, sabidamente menos vantajosa entre as outras profissões da área da saúde e das ciências biológicas, é fator determinante, uma vez que frente a esse cenário a carreira no magistério superior não parece tão desvantajosa como ocorre diante dos médicos.

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

Outro aspecto a frisar quanto ao quadro de professores diz respeito à titulação acadêmica. Comparado com o semestre letivo 2013.1, o cenário melhorou significativamente, principalmente entre os professores médicos. Como fica claro na comparação entre as tabelas 5 e 2, o número de mestres nessa população aumentou 4,5 vezes em termos absolutos, aumentando de 4,8% para 25% em 2016, em termos relativos. O número de mestres também aumentou entre os docentes não médicos, subindo de 46,1% para 57,1%. O número de doutores, contudo, manteve-se inalterado em ambos.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DE DOCENTES DO CURSO DE MEDICINA DE CAJAZEIRAS DE ACORDO COM TITULAÇÃO ACADÊMICA (2013.1)

DOCENTES	DOUTORES	MESTRES	ESPECIALISTAS	SUBTOTAL
Médicos	01	02	38	41
Não Médicos	03	06	04	13
Total	04	08	42	55

Fonte: Autoria própria

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

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

3.6.27 PLANO TITULAÇÃO DO CORPO DOCENTE

Na perspectiva de melhor aproveitar suas potencialidades e alcançar resultados ainda mais expressivos, a Instituição precisa criar condições de qualificar seu quadro docente. Grande parte do corpo docente da Universidade é constituída de mestres, ou seja, há professores em número significativo que ainda não completou sua formação acadêmica. Entre os doutores, a parcela dos

que realizaram estágio pós-doutoral pode ser bem maior. Portanto, há necessidade de uma política mais efetiva de titulação docente, mediante um plano plurianual de capacitação, o que justificativa definir a seguinte ação:

3.6.27.1 Ação: Elaborar plano plurianual de afastamento para doutorado e estágio pós-doutoral e apoiar a criação de cursos de doutorado interinstitucional – Dinter.

Atualizar o levantamento de professores em afastamento, estabelecer ordem de prioridade de afastamentos. Criar critérios e aplicar vagas de professores substitutos. Meta a ser alcançada em 2016. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2014a, p. 71).

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

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

Desde a sua fundação em 2004, uma das principais justificativas para a existência do curso de Medicina do câmpus de Petrolina da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF

é a necessidade de formação de profissionais da área para atuação na região. E tão importante quanto formar numericamente esses profissionais seria uma formação voltada para as particularidades da região. Assim, no ano do primeiro vestibular, o curso de Petrolina - PE/Juazeiro - BA obteve uma concorrência de 67,35 candidatos por vaga (a maior concorrência do vestibular), no total de 80 vagas. Dos aprovados no vestibular da UNIVASF naquele ano, 48,5% eram de cidades pertencentes ao polo Petrolina/Juazeiro. Estes indicadores têm se mantido e, a cada ano, se observa um número crescente de alunos da região matriculados nos seus cursos de graduação, principalmente em Medicina, sendo, em 2015, 466 o total de estudantes ativos no curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO, 2015).

Apesar das semelhanças ao curso de Cajazeiras no que tange ao perfil do curso e do seu Projeto Pedagógico, é importante salientar que Petrolina - PE (com população estimada, em 2015, de 331.951 habitantes) e Juazeiro - BA (com estimativa de 218.324 habitantes) conformam um polo urbano de mais de 550 mil habitantes, em absoluto contraste com os cerca de 60 mil habitantes de Cajazeiras. Além disso, o curso de Medicina da UNIVASF apresenta convênios com diferentes instituições, quais sejam: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Secretaria de Saúde de Petrolina, Secretaria de Saúde de Juazeiro, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e Hospital Regional de Juazeiro (UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO, 2015). Ao todo, em Petrolina tem-se um total (menos os leitos complementares) de 349 leitos SUS, o que, somados aos 376 de Juazeiro - BA, perfaz uma soma de 725 leitos, quase cinco vezes o total de leitos disponíveis em Cajazeiras no ano

2016, que era de 148 (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2016). Evidencia-se, portanto, que a capacidade instalada da rede de saúde é muito maior naquele polo urbano do que na cidade do sertão paraibano.

Ainda assim, é interessante fazer uma correlação do quadro docente da UNIVASF com o da UFCG câmpus Cajazeiras. Em 2016, o corpo docente do curso de Petrolina era constituído por 54 professores, entre eles 24 especialistas, 19 mestres e 11 doutores. Referente ao regime de trabalho, 41 docentes se encontravam no regime de 20 horas semanais, 08 professores no regime de 40 horas e 05 professores com dedicação exclusiva (DE). Assim, havia:

TABELA 6 - PROPORÇÃO DE PROFESSORES DOS CURSOS DE MEDICINA DA UFCG - CAJAZEIRAS E DA UNIVASF DE ACORDO COM O REGIME DE TRABALHO (2016.1)

DOCENTES	DEDICAÇÃO EXCLUSIVA	T-40	T-20
UFCG – Cajazeiras	24%	2%	74%
UNIVASF	7,41%	16,6%	75,9%

Fonte: Autoria própria

TABELA 7 – PROPORÇÃO DE PROFESSORES DOS CURSOS DE MEDICINA DA UFCG - CAJAZEIRAS E DA UNIVASF DE ACORDO COM TITULAÇÃO ACADÊMICA (2016.1)

DOCENTES	DOCTORES	MESTRES	ESPECIALISTAS
UFCG – Cajazeiras	8%	34%	58%
UNIVASF	20,5%	35,1%	44,4%

Fonte: Autoria própria

Como se pode notar, a proporção de professores entre os diferentes regimes de trabalho revela um valor relativo semelhante entre as duas universidades no que diz respeito aos docentes com regimes de 20 horas semanais, de aproximadamente $\frac{3}{4}$, reforçando

mais uma vez a hipótese levantada sobre a atratividade salarial da carreira na atenção médica individual como determinante para esse cenário. Por outro lado, comparando a titulação acadêmica do quadro docente de ambas, percebe-se a profunda deficiência na quantidade de doutores no curso paraibano, reforçando a necessidade de se pensar estratégias de capacitação docente no âmbito da UFCG.

Quando comparamos o quadro docente de ambos os cursos localizados no sertão com um curso tradicional, com mais de 50 anos de existência, como é o curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em Natal, pode-se perceber alguns elementos a mais. Esse curso tinha então o seu corpo docente constituído por 194 professores, distribuídos conforme as tabelas 8 e 9 abaixo, adaptados do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UFRN em Natal (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2001):

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DE DOCENTES DO CURSO DE MEDICINA DA UFRN (NATAL) DE ACORDO COM TITULAÇÃO ACADÊMICA (2016.1)

FORMAÇÃO	DOCTORES	MESTRES	ESPECIALISTAS	GRADUADOS	SUBTOTAL
Técnica	62	30	48	03	143
Básica	39	07	05	00	51
Total	101	37	53	03	194

Fonte: Autoria própria

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DE DOCENTES DO CURSO DE MEDICINA DA UFRN (NATAL) DE ACORDO COM REGIME DE TRABALHO (2016.1)

DEDICAÇÃO EXCLUSIVA	T-40	T-20	Subtotal
74	47	73	194

Fonte: Autoria própria

De acordo com as tabelas 10 e 11 abaixo, tem-se uma proporção muito maior de doutores naquele curso do que nos outros

dois. Era mais da metade do corpo docente (52,1%) a proporção daqueles com doutorado, contra 8% e 20,5% em Cajazeiras e Petrolina, respectivamente; sendo que, entre os professores da formação técnica (supondo serem todos médicos), era de 43,3%, ou seja, cerca de 15 vezes a proporção de médicos doutores do curso de Cajazeiras (2,77%).

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

TABELA 10 - PROPORÇÃO DE PROFESSORES DOS CURSOS DE MEDICINA DA UFCG - CAJAZEIRAS, DA UNIVASF E DA UFRN - NATAL DE ACORDO COM TITULAÇÃO ACADÊMICA (2016.1)

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

Fonte: Autoria própria

TABELA 11 - PROPORÇÃO DE PROFESSORES DO ENSINO TÉCNICO/CLÍNICO DOS CURSOS DE MEDICINA DA UFCG - CAJAZEIRAS E DA UFRN - NATAL DE ACORDO COM TITULAÇÃO ACADÊMICA (2016.1)

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

Fonte: Autoria própria

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

TABELA 12 - PROPORÇÃO DE PROFESSORES DOS CURSOS DE MEDICINA DA UFCG - CAJAZEIRAS, DA UNIVASF E DA UFRN - NATAL DE ACORDO COM REGIME DE TRABALHO (2016.1)

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

Fonte: Autoria própria

Para finalizar as observações sobre o corpo docente do curso, é importante que se destaque um elemento que, longe de ser uma exclusividade de Cajazeiras, é prática corrente inclusive em cursos tradicionais, diversas vezes denunciada na imprensa através do movimento estudantil e suas representações (UNIVERSITÁRIOS..., 2016). Trata-se do absentismo de professores, principalmente dos docentes médicos. Além da experiência pessoal do autor quando à frente da coordenação do curso, diversos documentos elaborados pelo Centro Acadêmico de Medicina 16 de Julho confirmam essa realidade, que se mantém até hoje. Não à toa, as queixas se concentram nos professores dos módulos clínicos e cirúrgicos do

5º ao 8º período (CENTRO ACADÊMICO DE MEDICINA 16 DE JULHO, 2014), exatamente quando a proporção de docentes médicos aumenta e, portanto, a proporção de docentes com regime de trabalho de 20 horas semanais e que moram fora de Cajazeiras também se eleva, revelando a pertinência da relação entre esses fatores. Tratando-se de problema sério em que o componente ético tem um peso importantíssimo, parece, no entanto, que seria equívocado reduzir esse fenômeno ao aspecto individual, uma vez que é necessário dar resposta no plano institucional e político para o mesmo, o que passaria, certamente, a formulação de estratégias de fixação, valorização e capacitação docente.

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

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

A doação do antigo serviço municipal de atenção à saúde infantil para a UFCG se dá em meio à criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, por meio da Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, empresa pública, unipessoal, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio,

vinculada ao Ministério da Educação, que teria como finalidade, entre outras, a de prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições congêneres (BRASIL, 2011b).

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

- Contratação de pessoal sob as regras da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), portanto, em condições diferentes daquelas previstas no Regime Jurídico Único (RJU) dos servidores federais, ainda com possibilidade de processo seletivo simplificado durante sua implantação. Além disso, questiona-se a possibilidade da cessão dos atuais servidores para a empresa, o que teoricamente poderia submetê-los a regimes de trabalho diferenciados;
- Em relação ao financiamento, além dos recursos da União e convênios com o SUS, a EBSEH estaria autorizada a obter recursos a partir da incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro – por exemplo, venda de cursos, aluguel de instalações como enfermarias para escolas médicas e de enfermagem privadas. Outra fonte de recursos seriam aplicações financeiras. Assim, questiona-se a lógica de mercado que se incorporaria ao setor público;
- Quanto ao controle social, a empresa não teria mecanismos democráticos de gestão, eleição de gestores, conselhos deliberativos paritários, tudo o que a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde preconizam para o sistema público de saúde;

- Outros questionamentos envolvem supostos riscos ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa, da extensão e da prestação de serviços assistenciais dentro de uma lógica de mercado, bem como o desrespeito ao princípio da autonomia universitária.

No âmbito da UFCG, a resistência à EBSEH foi e ainda é enorme, especialmente em Campina Grande, dentro do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC. Considerando que a adesão à empresa se dá pela universidade, e não pelos hospitais individualmente - conforme o art. 6º da Lei nº 12.550, em que se afirma que a empresa “poderá prestar os serviços relacionados às suas competências mediante contrato com as instituições federais de ensino” (BRASIL, 2011b); e tomando-se em conta que a contratação de pessoal para os hospitais universitários, a partir de então, somente seria autorizada no âmbito da EBSEH e de acordo com seu modelo de gestão, conforme Ofício nº 099/2014-DDS/SESu/MEC-mrc, de 24 de março de 2014 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2014b), abriu-se uma profunda fratura na comunidade acadêmica.

De um lado, os servidores do HUAC e a Associação Docente da Universidade Federal de Campina Grande (ADUFCG) mobilizam forças para barrar a adesão da UFCG à empresa, uma vez que levantavam as críticas à EBSEH acima expostas, bem como reconheciam na proposta de contratação via CLT um retrocesso quando comparada com a vinculação via RJU dos servidores do HU de Campina Grande (mesmo diante da existência de 152 servidores temporários do HUAC, cujos contratos se encerrariam no início de 2013). Eles conseguem uma vitória importante na reunião extraordinária do Colegiado Pleno do Conselho Universitário rea-

lizada no dia 29 de outubro de 2012, quando, após extenso debate, 36 conselheiros declararam voto contrário à adesão à EBSEH, com apenas 04 votos favoráveis e nenhuma abstenção (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2012a).

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

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

Os próprios servidores do HUJB, todos vinculados por meio de contratos temporários de prestação de serviços, portanto, nas condições mais precarizadas de vínculo trabalhista, passaram a desejar a adesão à EBSEH, uma vez que a possibilidade de

processo seletivo simplificado e o contrato sob regime celetista eram vislumbrados como melhoria de suas condições de trabalho.

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

A decisão ainda geraria muita polêmica, questionando-se uma postura supostamente autocrática do reitor ao ir de encontro à decisão da instância máxima da UFCG. Fato é que, em 09 de dezembro de 2015, é assinado o contrato entre a UFCG e a EBSE RH

para gestão do HUAC e do HUIJB, referendado em reunião do Colegiado Pleno no mesmo dia, em cuja ata se afirma a conquista de 683 vagas efetivas para servidores a serem distribuídas entre os dois hospitais - 316 e 367, respectivamente (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, 2015). Nesse ínterim, é apresentado, ainda em dezembro de 2015, o Plano de Reestruturação do HUIJB, em que se afirma que o hospital:

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

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

De antemão, reconhecem-se aqui os limites e as insuficiências da rede local de saúde, já apontadas pelo relatório da comissão de avaliação que sugeriria em que câmpus do sertão deveria ficar

sediado o curso de Medicina. Tal situação é agravada pela concorrência com outros cursos de Medicina de instituições privadas de ensino surgidos nesse ínterim, a exemplo do curso da Faculdade Santa Maria em Cajazeiras, a partir do segundo semestre de 2012, como já abordado anteriormente, e do curso de Medicina da Faculdade Integrada de Patos, criado em 10 de junho de 2014 (BRASIL, 2014c), o que concorreu por campos de prática naquela cidade, então usufruídos pelos estudantes de Cajazeiras que lá desenvolviam seus estágios supervisionados. Porém, frente à fragilidade da rede SUS e à ameaça de concorrência por parte das instituições privadas na disputa por serviços de saúde para campo de prática de seus discentes em detrimento daqueles oriundos de uma instituição pública, “enverga-se a vara verde” no debate político e pedagógico, e alimenta-se a ideia de que é impossível a consecução de um curso de Medicina sem um hospital universitário, o qual parece assumir no imaginário coletivo de parte dos atores envolvidos na questão a ideia de uma fortaleza contra esse cenário adverso, o que, mais uma vez, está em flagrante contradição com as propostas e formulações desenvolvidas no âmbito da educação médica, em que se identificam as distorções e fragilidades do ensino a partir de uma concepção hospitalocêntrica, distante da realidade do restante da rede SUS, desvalorizando a inserção comunitária.

Aqui, assim como na questão do quadro docente, nos deparamos com um problema objetivo, mas para o qual há possibilidades de solução diferentes, moldadas a partir da concepção de curso que se quer construir. Adiantando o que iremos aprofundar mais à frente, se é inegável a relevância de um hospital universitário (no caso, dois) para uma cidade com tamanha vulnerabilidade social, num estado que tem concentrado seus serviços de alta complexidade em Campina Grande e João Pessoa (distantes 350 e 460 km

de Cajazeiras, respectivamente); se é promissora a perspectiva de qualificação tanto da assistência quanto do ensino e da pesquisa na área da saúde na região; ao mesmo tempo não se pode cair na cantilena de que os hospitais universitários são a salvação do curso, pois expressar isso seria afirmar, em última instância, o modelo flexneriano de educação médica e o modelo médico hegemônico de atenção à saúde (LAMPERT, 2009).

EVASÃO ESTUDANTIL

O curso de Medicina da UFCG em Cajazeiras, desde seus primórdios, teria enquanto sua razão de ser, explicitada tanto nos discursos dos mais diferentes atores dentro da universidade quanto nos textos introdutórios do seu Projeto Pedagógico, o desenvolvimento local a partir da identificação das necessidades sociais para cujo enfrentamento o curso teria um papel de extrema relevância. Coerente com essa perspectiva, o curso buscou apontar, ao longo desses 10 anos de existência, para aspectos que extrapolam simplesmente a graduação, a exemplo da educação continuada e de programas de desenvolvimento profissional, das residências médicas, da participação comunitária e da parceria com os gestores locais (integração ensino-serviço-comunidade), colaborando ainda com as estratégias nacionais de interiorização da medicina, que no contexto brasileiro a partir de 2013, tem como principal política pública o Programa Mais Médicos para o Brasil.

Contudo, quanto aos aspectos voltados mais estritamente para o âmbito da graduação, seria interessante frisar que o curso absorveu apenas parcialmente em sua organização as experiências internacionais bem-sucedidas de interiorização, na perspectiva da

chamada Medicina Rural. O mais evidente tange à formação e prática rural: além do perfil de ruralidade que Cajazeiras ainda mantém, que molda seus serviços de saúde, especialmente os de Atenção Primária, prevê-se o desenvolvimento do estágio supervisionado em Saúde Coletiva II em cidades ainda menores do entorno ou em Unidades Básicas de Saúde em zonas rurais propriamente ditas, como veremos adiante. Porém o curso não conta com nenhuma estratégia de seleção ou recrutamento de estudantes provenientes das áreas rurais, umas das mais impactantes medidas no sentido da fixação de futuros médicos.

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

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

Entretanto, mesmo após a adesão ao SiSU, esses números, embora relativamente melhores, ainda mantêm índices de evasão preocupantes, já que isso reduz o impacto social do curso, como previsto em seu PPC. Assim, as turmas 2014.1, 2015.1, 2016.1 e 2017.1 contaram, respectivamente, com 23, 14, 28 e 29 estudantes. Portanto, as raízes para tal fenômeno deveriam ser investigadas na própria dificuldade de consolidação do curso, o que mantém parcela do corpo discente nos anos seguintes ainda em busca de aprovação em outras escolas médicas; e essa é a parte que interessa aqui: a baixa capacidade de absorção de estudantes da própria região. Apenas a título de ilustração, a porcentagem do corpo discente que é oriunda

de capitais na turma concluinte em 2016.1, quando de sua entrada em 2010.2, foi de 69,2%, sendo que 38,4% eram de Fortaleza-CE e absolutamente nenhum de Cajazeiras ou das cidades que compõem a 9ª Região de Saúde da Paraíba.

QUADRO 4 - DISTRIBUIÇÃO DE ESTUDANTES QUE INGRESSARAM NO SEMESTRE LETIVO 2010.2 DE ACORDO COM A CIDADE DE ORIGEM

ESTUDANTES ORIUNDOS DE CAPITAIS – 27	ESTUDANTES ORIUNDOS DE OUTRAS CIDADES – 12
Fortaleza – 15	Juazeiro do Norte – CE – 03
João Pessoa – 05	Crato – CE – 03
Natal – 03	Campina Grande – PB – 01
Recife – 01	Areia – PB – 01
Maceió – 01	Sobral – CE – 01
Aracaju – 01	Caicó – RN – 01
Salvador – 01	Assu – RN – 01
	Picos – PI – 01

Fonte: Autoria própria

Experiências em todo o mundo mostram que os estudantes de origem rural são muito mais propensos a se inserir na prática rural após a graduação. Na maioria dos cursos de Medicina atuais, a proporção de estudantes de origem rural é significativamente menor do que a proporção da população que vive no país. Claramente, uma estratégia importante para aumentar o número de médicos rurais envolve o recrutamento de mais estudantes de Medicina advindos do âmbito rural.

[...] A fim de assegurar que uma proporção adequada dos estudantes de origem rural seja recrutada em escolas de Medicina, é necessário que haja mecanismos específicos incluídos no processo de seleção. Critérios para a seleção com base em

metas além de outros critérios estão evoluindo. Processos de seleção que incluem entrevistas de candidatos, nas quais é oferecido reconhecimento e crédito para aqueles provindos de ambientes rurais, devem ser incentivados. Metas específicas para a admissão de alunos de origem rural podem ser necessárias.

[...] Escolas médicas descentralizadas que permitam ao estudante de Medicina realizar a maior parte ou todo o seu estudo em centros localizados fora das principais áreas metropolitanas são mais susceptíveis de atrair estudantes de áreas rurais e de serem bem-sucedidas na produção de médicos para a prática nas áreas rurais. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2013, p. 28-29).

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

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Nesse sentido, ao esmiuçar as particularidades da história do curso de Medicina da UFCG - Cajazeiras, uma contradição se encontra presente desde o início, e seu desenvolvimento posterior certamente é a chave explicativa para a maioria dos problemas hoje enfrentados pelo curso: trata-se da tensão entre fatores externos e internos na sua implementação e consolidação, ou, dito de outra forma, o peso relativo entre os aspectos relacionados à capacidade instalada da rede de saúde local, à integração ensino-serviço e àqueles de caráter institucional inerentes à universidade. Essa contradi-

ção estava expressa já no debate em torno de qual cidade deveria sediar o novo curso, em que a comissão designada para aquele fim afirmava que “a dificuldade para o funcionamento de um bom curso de Medicina reside muito mais no eficiente funcionamento de uma rede que dê o correto suporte às atividades profissionalizantes” (COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE CURSO DE MEDICINA EM CAMPUS DO SERTÃO, 2007, p. 39), enquanto a Reitoria centrava sua argumentação sobre a capacidade física instalada de Cajazeiras, o corpo docente e o Projeto Pedagógico, além da relevância e do impacto social numa cidade com maiores debilidades de desenvolvimento.

Como se viu, o aspecto relacionado à rede local foi o polo principal da contradição nos primeiros anos de existência do curso e determinou, em larga medida, o foco das intervenções nele. Para responder a isso, reduziu-se o número de entradas anuais, viabilizaram-se estágios supervisionados em outras instituições (de modo a reduzir a pressão por campos de prática) e buscaram-se articulações de modo a tornar factível a construção de serviços próprios, como é o caso do Hospital Universitário Dr. Júlio Maria Bandeira de Mello e de um segundo HU, negociado junto à EBSEH, aumentando a capacidade assistencial instalada na cidade. Somente quando a tensão gerada pela insuficiência da rede local foi minimamente aliviada com essas medidas, os aspectos institucionais, em especial aqueles relacionados ao desenvolvimento docente, passaram ao primeiro plano e ganharam principalidade.

Essa contradição ao longo dessa década de desenvolvimento do curso parece ter bastante relevância do ponto de vista de políticas de expansão e interiorização do ensino de graduação em Medicina. Ora, se a capacidade de absorção da rede local é elemento prepon-

derante para o suporte a novos cursos, resta claro que isso deve ser considerado na sua abertura e que, portanto, o Estado brasileiro deve refletir no plano institucional e normativo essa relação entre os setores educação e saúde.

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

Art. 3º A autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina, **por instituição de educação superior privada**, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre:

I - pré-seleção dos Municípios para a autorização de funcionamento de cursos de Medicina, ouvido o Ministério da Saúde;

II - procedimentos para a celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS;

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

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

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

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

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

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

- a) atenção básica;
- b) urgência e emergência;
- c) atenção psicossocial;
- d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- e) vigilância em saúde.

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

necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em Medicina.

(...)

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

I - os seguintes critérios de qualidade:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Todavia, apesar dos avanços reconhecidos do ponto de vista das políticas públicas, sabe-se que não basta apenas a normatização e os rearranjos institucionais para que o processo de mudança na educação médica ocorra, pois este, enquanto processo político, depende da capacidade de conquistar hegemonia na sociedade em torno de seu projeto alternativo. Isso também se depreende da experiência de Cajazeiras, a qual, tendo no plano teórico de seu PPC (tanto em sua fundamentação quanto em sua estrutura curricular)

uma proposta avançada, apresenta dificuldade na sua materialização e operacionalização.

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

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

[...] na perspectiva althusseriana, a “estrutura” é o “conjunto particular de valores” que orienta – limitando-a – a prática social. Mas a análise althusseriana da relação entre “estrutura” e “prática” não se esgota com a proposição dessa fórmula. Para a corrente althusseriana, é imperativo qualificar a natureza da relação existente entre os dois termos: uma causalidade metonímica. Essa expressão indica que a “estrutura” (causa) só existe concretamente através de seus efeitos: práticas dotadas de uma certa orientação valorativa. O caráter metonímico da causalidade estrutural reside, portanto, no fato de que a estrutura é imanente a seus efeitos, isto é, de que “toda existência da estrutura consiste em seus efeitos”. É nesse sentido que a estrutura se configura sempre uma “causa ausente”.

As estruturas que compõem a “totalidade social” só existem concretamente, portanto, através das práticas, na medida em que é nas ações humanas que se corporificam - ou seja, se materializam – os valores estruturais (imateriais). Isso não significa, entretanto, que, para a corrente althusseriana, os agentes incorporem conscientemente tais valores e que, conseqüentemente, conheçam as estruturas. Os agentes são orientados inconscientemente pelas estruturas; estas permanecem, portanto, *opacas* – não transparentes – para aqueles. Só a prática científica viabiliza o verdadeiro conhecimento das estruturas. Ao pesquisador praticante do materialismo histórico dialético, incumbe buscar indícios das estruturas através da análise científica das *instituições* ou dos *aparelhos*: conjuntos de práticas regulares e organizadas que se desenvolvem em diversos terrenos da vida social, como o econômico, o ideológico, o jurídico-político, etc. As instituições ou aparelhos não coincidem com as estruturas. Estas se exprimem *de modo refratado e enviesado* naqueles; as regras institucionais – ou “regras de aparelho” – ao mesmo tempo ocultam (para os agentes) e indicam (para o cientista) a existência de valores estruturais subjacentes. (SAES, 2007, p. 32-33).

Assim, compreende-se por que parte significativa do corpo docente e discente do curso, diante de seus desafios, alimenta resistências a uma proposta pedagógica diferenciada, questionando inclusive a viabilidade de uma escola médica em regiões interioranas como a de Cajazeiras, e enveredando por saídas que, em última instância, reproduzem o modelo flexneriano de educação médica. Tal modelo se caracteriza por: predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas; processo de ensino-aprendizagem centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas; predominância da prática desenvolvi-

da em hospital; capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica; e referência ao mercado de trabalho a partir do tradicional consultório e do exercício da medicina de forma privada e médico-centrada (LAMPERT, 2009).

O equívoco fundamental é que a prática rural é, de alguma maneira, uma “prática médica de segunda classe”. A maioria dos estudantes de Medicina tem um perfil urbano e, assim, não têm nenhuma experiência pessoal de vida e trabalho rurais. Além disso, a maioria dos professores “sênior” nas escolas médicas tem uma experiência e visão da medicina que os faz enxergar a prática hospitalar de ensino como a ideal. Consequentemente, eles assumem que a prática médica em áreas rurais, sem as mesmas instalações e apoio, como hospitais de ensino, é de menor padrão.

Um problema importante de atitude é a de “desamparo aprendido”. O mais alto que muitos dos novos graduados em Medicina aspiram, ao lidar com problemas de saúde, é o de ser capaz de avaliar até para qual especialista encaminhar o paciente. Consequentemente, é uma perspectiva assustadora para eles contemplar a prática rural na qual eles têm de gerir eles mesmos os problemas, sem acesso imediato às instalações de alta tecnologia médica e a especialistas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2013, p. 26-27).

É dessa maneira que a “estrutura” econômica capitalista, por meio do modelo médico hegemônico, reproduz-se nas “instituições” (ou “aparelhos”) saúde e educação. Um modelo de atenção define-se como a “lógica que orienta a ação e organiza meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde”, indicando “um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos

existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde” (PAIM, 2012, p. 463). A reprodução do capital na saúde, portanto, molda, dentro desse modelo médico hegemônico, valores e comportamentos (“práticas”: individualismo, consumismo médico, superespecialização, hospitalocentrismo, biologicismo, centralidade no profissional médico, participação passiva e subordinada de usuários tomados como consumidores, privilégio dos aspectos curativos do cuidado, etc.), voltados a atender a esse objetivo precípua.

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

Assim, enfrentar essa tendência de ressurgimento de uma concepção pedagógica tradicional exige respostas que, longe de fazer concessões ao modelo flexneriano, aprofundem o potencial transformador do PPC. Tais respostas, por sua vez, não se restringem ao âmbito de um curso de Medicina isoladamente, mas devem contemplar medidas em órbitas institucionais mais amplas, dentro da

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

a) Quadro docente: Tomando como premissa o fato de que uma formação generalista não é a simples superposição da intervenção de diversos especialistas focais ao longo dos seis anos do processo formativo de um médico, o Ministério da Educação deveria adotar medidas no sentido de induzir as escolas médicas a montarem um quadro docente composto majoritariamente por médicos de família e comunidade e especialistas gerais (pediatras gerais, cirurgiões-gerais, especialistas em clínica médica, ginecologistas e obstetras), reservando espaço menor para especialistas focais, naquilo que for demanda da própria rede de saúde local. Evidentemente isso encontraria dificuldades de materialização em escolas tradicionais, cujos quadros se encontram formados de longa data, mas poderia ser um eixo importante na conformação de novos cursos em instituições públicas, cujos concursos ainda estão em aberto, e das escolas privadas, que têm maior maleabilidade na contratação de pessoal docente. Considerar esse aspecto como um dos critérios de avaliação para autorização e reconhecimento do curso poderia ser uma estratégia de indução de uma proporção mais equilibrada entre especialistas e generalistas na formação médica.

b) Seleção dos professores médicos: Além do perfil acadêmico mais equilibrado entre generalistas e especialistas, e considerando as particularidades de cursos interiores relacionadas à fixação dos docentes médicos, tais como descritas para o curso de Cajazeiras, mereceria maior atenção a valorização, nos concursos públicos, de aspectos que permitissem uma maior presença e participação desses médicos nas atividades do próprio curso e na relação com a rede de saúde, a exemplo do local de moradia e de trabalho do candidato, com maior reconhecimento para aqueles que moram ou desenvolvem suas atividades assistenciais na cidade sede do curso.

c) Integração docente-trabalho: Considerando as especificidades do mercado de trabalho médico, em especial os múltiplos vínculos empregatícios e as profundas diferenças de rendimento entre o exercício de atividades assistenciais e a prática docente, discrepâncias ainda maiores em regiões interioranas; e tomando em conta a necessidade cada vez mais premente de integração entre docência e assistência, entre ensino e serviço, é preciso criar mecanismos que aprofundem a chamada integração ensino-serviço-comunidade. A articulação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde surge como necessidade nas últimas décadas do século XX e, inicialmente, foi abordada a partir do conceito de integração docente-assistencial. Tal conceito previa a participação de professores em outros serviços de saúde que não aqueles vinculados à estrutura universitária, a exemplo dos hospitais universitários, porém de maneira ainda muito pontual, irregular e numa perspectiva

bastante unilateral. Ele passou a ser substituído pelo de integração ensino-serviço e, posteriormente, por integração ensino-serviço-comunidade, na perspectiva de que essa articulação se tornasse mais intensiva e duradoura e de que tanto os serviços como os seus usuários não constituíssem um polo passivo na relação, mas pudessem interferir no próprio processo formativo dos estudantes. O que se desenha, no entanto, a partir das demandas levantadas anteriormente, é um aprofundamento ainda maior nessa relação, em que se fusionem a perspectiva docente e a do trabalho na assistência. Isso exige a criação de mecanismos institucionais que permitam o reconhecimento do exercício da medicina em serviços de saúde como parte da carreira acadêmica, como critério para progressão funcional e reconhecido dentro de plano de cargos, carreiras e salários do magistério superior. Ou seja, não basta ao docente médico a perspectiva do ensino, da pesquisa e da extensão, mas também a do exercício da profissão para a qual foi formado e pela prática com a qual pode colaborar para a formação de novos médicos. Enquanto isso não for enfrentado, se manterá a contradição de novos cursos com altas proporções de professores de dedicação parcial, com sérias debilidades na relação com a rede de saúde local.

- d) Titulação docente: Para além das iniciativas próprias das instituições públicas de ensino superior a partir de seus planos de desenvolvimento institucional, é cada vez mais urgente a necessidade de uma política em nível interministerial para a oferta de pós-graduação *stricto*

sensu e de programas de doutorado especificamente para escolas médicas em regiões interioranas, articulando Ministério da Educação, Ministério da Saúde, bem como instituições científicas de renome, como a Fundação Oswaldo Cruz.

- e) Capacitação gerencial e didático-pedagógica: Não basta que se registre nos projetos pedagógicos do curso a adoção de novos formatos pedagógicos, é preciso “saber fazer”. Programas de pós-graduação *lato sensu*, bem como eventos regionais, oficinas e cursos de capacitação na área da administração e no âmbito das metodologias ativas de ensino-aprendizado, precisam ser fomentados. Parcerias com entidades científicas, a exemplo da Associação Brasileira de Educação Médica, devem ser construídas, visando à oferta regular de capacitação para os gestores e professores dos cursos de Medicina, para a qual as chamadas tecnologias da informação aplicadas no ensino a distância podem ser de grande valia.
- f) Rede hospitalar: Preservar e aprofundar o processo de integração das escolas médicas com as redes de saúde locais é fundamental. Nesse sentido, é importante que a integração ensino-serviço continue sendo aspecto relevante nos critérios de avaliação das propostas pedagógicas dos cursos. Porém, quando da identificação de lacunas assistenciais e da possibilidade de construção de hospitais universitários, em especial em regiões que historicamente sofrem com iniquidades na oferta de leitos e serviços de alta complexidade, como é o caso do sertão nordestino e da Amazônia legal, seu planejamento e inserção devem contemplar o atendimento da

demanda real dessa rede, em profundo diálogo com os gestores municipais e estaduais, bem como a comunidade, de modo a evitar a conformação de uma “fortaleza” ou uma “ilha” de assistência, ensino e pesquisa, sem interlocução com a realidade do SUS.

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

Considerando que o objetivo precípua das profissões na área da saúde é o cuidado, logo habilidades e atitudes relacionadas aos aspectos emocionais deveriam também ser contempladas, a exemplo de determinados cursos que exigem certas habilidades prévias, como Arquitetura e Música.

A agenda acima aponta algumas medidas concretas na direção da mudança do ensino médico, com propostas razoáveis cuja viabilidade, evidentemente, depende de iniciativa política dos diversos agentes envolvidos. Nesse sentido, é preciso reforçar a ideia de que o aprofundamento das transformações na educação médica depende eminentemente da ação política de sujeitos comprometidos com a transformação social em torno de um projeto societário que tenha na igualdade de oportunidades, na justiça social e na solidariedade os referenciais éticos de um novo padrão de sociabilidade.

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria nº 29, de 12 de fevereiro de 2014**. Homologa o resultado do processo de seleção das Propostas de Instituições Federais de Educação Superior (IFES) que se candidatarão para participação no programa de apoio ao internato médico em universidades federais - PRÓ-INTERNATO e dispõe sobre o prazo para adequação das Propostas e apresentação de documentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 fev. 2014d. Seção 1, p. 80. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=80&data=13/02/2014>. Acesso em: 7 jul. 2016.

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

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

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

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

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

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm. Acesso em: 8 jul. 2016.

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

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

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

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

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

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Recursos Humanos:** Profissionais segundo CBO 2002 - Médicos de ago. 2007 – mar. 2015. Disponível em: <http://tabnet>.

datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02pb.def. Acesso em: 18 maio 2015b.

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

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

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

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

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

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

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

DIRETORIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E RESIDÊNCIA DE SAÚDE. **Ofício nº 850/2011-MEC/SESu/**

DHR/CGRS, de 23 de agosto de 2011. Encaminha Parecer CNRM nº 147/2011, de 28 de junho de 2011. Brasília, 2011a.

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

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

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

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

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA; HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS; FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA. **Resolução Unificada nº 01/2010, de 22 de outubro de 2010**. Estabelece as normas do Processo Seletivo Unificado ao ingresso no curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*, modalidade Residência Médica, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, Hospital Regional de Cajazeiras e da Faculdade de Medicina Nova Esperança, para o ano de 2011. [João Pessoa], 2010. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/10/ResolucaoUnificadaResMed2011.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2016.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA. Política de formação para a prática rural. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p.

25-34, jan./mar. 2013. Suplemento. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/730/544>. Acesso em: 6 jul. 2016.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Conselho Universitário. Câmara Superior de Ensino. **Resolução nº 07/2010, de 20 de julho de 2010**. Regulamenta o Concurso Vestibular 2011, para ingresso nos cursos de graduação da Universidade Federal de Campina Grande, e dá outras providências. Campina

Grande, 2010a. Disponível em: http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res_16072010.pdf. Acesso em: 4 ago. 2010.

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

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

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

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

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

em Medicina de Família e Comunidade da primeira instituição. Cajazeiras, PB, 3 maio 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE; PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS. **Termo de Cooperação**. Termo de Cooperação que entre si celebram a Universidade Federal de Campina Grande, por intermédio do programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade vinculado ao curso de Medicina do CFP/UFCG, e a instituição Prefeitura Municipal de Cajazeiras, representada pela Secretária Municipal de Saúde de Cajazeiras, referente ao funcionamento do programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da primeira instituição. Cajazeiras, PB, 8 nov. 2013.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. **UFRN aprova argumento de inclusão regional para graduação no interior**. Natal, 12 nov. 2013. Disponível em: <https://sistemas.ufrn.br/portal/PT/noticia/11532741#.V40qkaJijjY>. Acesso em: 18 jul. 2016.

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

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

FORMATO *15x21 cm*

TÍPOLOGIA *Adobe Garamond Pro e Cordelina*

Nº DE PÁG. *115*

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- EDUFCG

