



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM SAÚDE COLETIVA



RAFAELA GOMES RIBEIRO DE SÁ

A EXPANSÃO DOS CURSOS DE MEDICINA EM PERNAMBUCO E OS IMPACTOS  
PARA A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO PERÍODO 2000 A 2018

RECIFE  
2022

RAFAELA GOMES RIBEIRO DE SÁ

A EXPANSÃO DOS CURSOS DE MEDICINA EM PERNAMBUCO E OS IMPACTOS  
PARA A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO PERÍODO 2000 A 2018

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Saúde Coletiva

**Linha de pesquisa:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

**Orientadora:** Profa. Dr.<sup>a</sup> Heloisa Maria Mendonça de Moraes

**Coorientadora:** Profa. Dr.<sup>a</sup> Raquel Santos de Oliveira

RECIFE  
2022

Catálogo na fonte:  
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

S111e	<p>Sá, Rafaela Gomes Ribeiro de A expansão dos cursos de medicina em Pernambuco e os impactos para a integração ensino-serviço no período 2000 a 2018 / Rafaela Gomes Ribeiro de Sá . – 2022. 102 f.; il.</p> <p>Orientadora: Heloisa Maria Mendonça de Moraes. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2022. Inclui referências, apêndices e anexos.</p> <p>1. Serviços de integração docente-assistencial. 2. Educação médica. 3. Educação superior. 4. Privatização. I. Moraes, Heloisa Maria Mendonça de (orientadora). II. Título.</p> <p>614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2022 - 081)</p>
-------	---

RAFAELA GOMES RIBEIRO DE SÁ

A EXPANSÃO DOS CURSOS DE MEDICINA EM PERNAMBUCO E OS IMPACTOS  
PARA A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO PERÍODO 2000 A 2018

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Saúde Coletiva

**Linha de pesquisa:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

**APROVADA EM: 24/02/2022**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr<sup>a</sup> Heloísa Maria Mendonça de Moraes  
Presidente da banca  
Orientadora – PPGDC – DMS – CCS – UFPE

---

Dr<sup>a</sup> Raquel Santos de Oliveira  
Co - orientadora – PPGDC – DMS – CCS – UFPE

---

Dr<sup>a</sup> Maria do Socorro Veloso de Albuquerque  
Avaliadora interna

---

Dr<sup>a</sup> Bernadete Perez Coelho  
Avaliadora externa

*“Dedico este trabalho aos meus pais.”*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e por me permitir trilhar todos os caminhos que um dia sonhei. Por ter me sustentado nessa caminhada, se fazendo presente em todas as fases desse sonho. Me fazendo acreditar que tudo é possível!

Aos meus pais, que são minha força diária e que mesmo distante foram combustíveis para não me fazer desistir.

A minha família que é torcida certa em tudo que desejo, sonho e realizo.

Ao meu companheiro de vida, Anderson, por todo apoio, paciência e orientação. Obrigada por segurar minha mão, enxugar as minhas lágrimas, sonhar comigo o meu sonho.

A minha amiga, irmã, Cleidiane, que foi e sempre será escuta atenta e norte, para todos os momentos e para esse momento não foi diferente. Obrigada pelas incansáveis conversas, pelos estímulos diários e por se fazer presente em minha vida.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), que foi espaço de tanta construção e aprendizado. Deixo um agradecimento especial a todos os docentes que contribuíram nessa formação.

Ao secretário José Moreira, que como pai, esteve sempre atento e disponível em nos ajudar.

Aos colegas de turma de mestrado, parceiros nessa roda vida, sem vocês nada disso teria acontecido. Eu não teria dado conta diante de tanta demanda e tão pouco tempo.

As minhas orientadoras, Profa. Heloisa e Prof. Raquel, que estiveram ao meu lado nessa construção, segurando a minha mão e me fazendo refletir diante das inúmeras vivências que tivemos.

Aos meus colegas de trabalho, em especial, Adriana, Jéssica e Josy, pelas trocas e por todo o apoio para que eu conseguisse cumprir as demandas solicitadas.

A todas e todos que, que contribuíram direta e indiretamente, para a realização desse sonho e que incidiram na conclusão desta etapa. Meu muito obrigada!

“A persistência é o caminho do êxito”

(CHAPLIN, 1997 p. 118)

## RESUMO

O objeto dessa investigação se justifica pela relevância do tema da integração ensino-serviço, quando objetiva problematizar os desafios decorrentes da importante expansão dos cursos de medicina públicos e sobretudo, privados, sobre a capacidade instalada da rede especializada de serviços de saúde do estado de Pernambuco. A análise dos resultados obtidos na investigação esteve orientada pelos pressupostos da integração ensino-serviço conforme preconizados por documentos oficiais do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, além da literatura especializada. Trata-se de uma análise exploratória que utiliza técnicas de pesquisa quantitativa e qualitativa do tipo estudo de caso, a partir de fontes documentais e de entrevistas semiestruturadas. A fonte dos dados secundários foram os registros do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação a partir do ano de 2010 do Sistema e-Mec, no marco temporal do período 2000 a 2018. Foram realizadas dez entrevistas com coordenadores dos estágios dos cursos públicos e privados e dos núcleos de ensino-serviço dos hospitais da rede de atenção especializada (todos eles situados na Região Metropolitana do Recife), e com representante da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde. Para a análise dos dados das entrevistas e da pesquisa documental utilizou-se a técnica de análise de conteúdo Kvale (1996). Os resultados da investigação demonstraram que o processo de privatização do ensino superior vem ocorrendo desde os anos noventa, acentuando-se em um contexto de flexibilização do marco regulatório desse nível educacional, desde a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases de 1996, da criação do Fundo de Financiamento Estudantil – Fies (2001), do Programa Universidades para Todos – Prouni (2005) e do Programa Mais Médicos (2013). Foi nesse cenário que ocorreu a expansão dos cursos de medicina em todo o país, os quais em 2000 eram 51,6% públicos e 48,4% privados; em 2018, essa relação demonstra uma notável mudança, quando os cursos públicos são reduzidos a 35,4% do total e os privados passam a 64,6%. No estado de Pernambuco, no mesmo período, essa relação também se altera. Se no ano 2000 os cursos públicos representavam 100% do total (dois cursos), em 2018 eram seis os públicos e onze os privados. Até 2021, esses últimos aumentaram 40%, resultando em 14 cursos. Da mesma forma como registrado para o Brasil, também no estado se observa os fenômenos da interiorização e da feminização. Das entrevistas se sobressaem: a preocupação com o caráter descomedido da expansão dos cursos de medicina com repercussão imediata na alocação dos alunos nos campos de estágio; a falta de planejamento integrado entre o aparelho formador, os serviços de saúde e a gestão do SUS reduzindo o processo de integração ensino-serviço à mera distribuição de vagas; a disponibilidade de um conjunto de decisões políticas respeitantes à

integração ensino-serviço, mas que não se faz acompanhar da necessária materialização, ao que pese algumas contradições existentes entre elas, sendo o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) um caso paradigmático. Ao mesmo tempo em que fundamenta os processos participativos para formação e desenvolvimento profissional de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o COAPES favorece as Instituições de Ensino Superior privadas ao lhes facultar a realização de investimentos para a aquisição de equipamentos, material permanente e outros bens, em troca do que tem sido compreendido enquanto um beneficiamento para os serviços públicos de saúde. Em Pernambuco, a não implementação do COAPES correspondeu a ênfase na criação do FormaSUS. Portanto, se de um lado, o surgimento quase concomitante desses instrumentos legais pode sugerir a intencionalidade do setor público de ordenar a presença crescente do setor privado no ensino médico, por outro, a estratégia desses arranjos de negociação também pode ser interpretada enquanto intenções facilitadoras, mas nem sempre explicitadas, para a expansão do setor privado.

**Palavras-Chave:** serviços de integração docente-assistencial; educação médica; educação superior; privatização.

## ABSTRACT

The object of this investigation is justified by the relevance of the theme of teaching-service integration, when it aims to problematize, the challenges arising from the important expansion of state and, above all, private medical courses, on the installed capacity of the specialized network of health services in the state of Pernambuco. The outcome analysis obtained in the research was guided by the assumptions of teaching-service integration as recommended by official documents of the Ministry of Health and the Ministry of Education, as well as the specialized literature. This is an exploratory analysis that uses quantitative and qualitative research techniques of the case study type, from documentary sources and semi-structured interviews. The source of the secondary data were the records of the National Institute of Educational Studies and Research Anísio Teixeira from the Ministry of Education and from the year 2010 of the e-Mec System, in the period 2000 to 2018. Ten interviews were conducted with coordinators of the internships of state and private courses and teaching-service centers of hospitals in the specialized care network (all of them located in the Metropolitan Region of Recife), and with representative of the Executive Secretariat of Labor Management and Health Education of the State Department of Health. For the interview data analysis and the documentary research, the content analysis technique Kvale (1996) was used. The results of the research showed that the privatization process of higher education has been occurring since the 1990s, emphasizing itself in a context of flexibility of the regulatory framework of this educational level, since the enactment of the Guidelines and Bases Law of 1996, the creation of the Student Financing Fund – Fies (2001), the Universities for All Program - Prouni (2005) and the More Doctors Program (2013). It was in this scenario that medical courses expanded throughout the country, which in 2000 were 51.6% state and 48.4% private ones; in 2018, this relationship demonstrates a remarkable change, when state courses are reduced to 35.4% of the total and private courses go up to 64.6%. In the state of Pernambuco, in the same period, this relationship also changed. If in 2000 state courses represented 100% of the total (two courses), in 2018 there were six state courses and eleven private courses. Up to 2021, the latter have increased 40%, resulting in 14 courses. In the same way as recorded for Brazil, the phenomena of interiorization and feminization can also be observed in the state. From the interviews, the following ones stand out: the concern with the excessive nature of the expansion of medical courses with immediate repercussions on the allocation of students in the internship education; the lack of integrated planning among the training system, health services and SUS management, reducing the teaching-service integration process to the mere distribution of vacancies; the availability of a set of political decisions regarding the teaching-service

integration, but which is not accompanied by the necessary materialization, despite some existing contradictions among them, with the Organizational Contract for Teaching-Health Public Action (COAPES) being a paradigmatic case . At the same time, it supports participatory processes for training and professional development according to the principles and guidelines of the Unified Health System, COAPES favors private Higher Education Institutions by allowing them to make investments for the acquisition of equipment, permanent material and other goods, in exchange for what it has been understood as a benefit to public health services. In Pernambuco, the non-implementation of COAPES corresponded to the emphasis on the creation of FormaSUS. Therefore, if, on the one hand, the almost concomitant emergence of these legal instruments may suggest the intention of the public sector to order the growing presence of the private sector in medical education, on the other hand, the strategy of these negotiation arrangements can also be interpreted as facilitating intentions, but not always explicit, for the expansion of the private sector.

**Keywords:** teaching-assistance integration services; medical education; higher education; privatization.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1** – Percentual de Instituições de Ensino Superior de graduação em medicina segundo natureza jurídica (pública e privado) Brasil, 2000-2018 67
- Gráfico 2** – Número de matrículas por gênero em IES públicas em Pernambuco, 2000-2018 68
- Gráfico 3** – Número de matrículas por gênero em IES privadas em Pernambuco, 2000-2018 69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS –	Atenção Primária a Saúde
BM –	Banco Mundial
CIES –	Comissões de Integração Ensino-Serviço
CNE –	Conselho Nacional de Educação
CNS –	Conselho Nacional de Saúde
COAPES –	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
DCNS –	Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde
DSS –	Determinantes Sociais da Saúde
FAEC –	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FIES –	Fundo de Financiamento ao Estudante de Ensino Superior
FORMASUS	Programa de Formação do Sistema Único de Saúde
IDA –	Programa de Integração Docente Assistencial
IES –	Instituições de Ensino Superior
INEP/ME –	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação
LDB –	Lei de Diretrizes e Bases
MAC –	Média e Alta Complexidade
MEC –	Ministério da Educação
MS –	Ministério da Saúde
OCDE –	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS –	Organização Mundial de Saúde
OPAS –	Organização Pan-Americana da Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMM –	Programa Mais Médicos
PNEPS –	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROMED –	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE –	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROUNI –	Programa Universidade para todos
REUNI –	Plano de Reestruturação das Universidades Federais
RMR –	Região Metropolitana do Recife
SEGTES –	Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

SES –	Secretaria Estadual de Saúde
SESU –	Secretaria de Educação Superior
SIA –	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH –	Sistema de informação Hospitalar
SINAES –	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS –	Sistema Único de Saúde
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE –	Universidade Federal de Pernambuco
UNI –	Projeto Uma Nova Iniciativa
UPA –	Unidades de Pronto Atendimento
UPAE –	Unidades Pernambucana de Atenção Especializada
UPE –	Universidade de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	16
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	20
2.1	OBJETIVO GERAL	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	21
3.1	O CENÁRIO DA EXPANSÃO DOS CURSOS DE ENSINO SUPERIOR NO CAMPO DA SAÚDE	21
3.2	A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO	28
3.3	A REDE DE SERVIÇOS ESPECIALIZADA: ABORDAGEM INICIAL	37
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	40
4.1	TIPO DE ESTUDO	40
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS PRIMÁRIOS E SECUNDÁRIOS	40
4.3	CHAMAMENTO DOS PARTICIPANTES	44
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	44
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	45
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	45
	<b>REFERÊNCIAS</b>	46
	<b>APÊNDICE A - EXPANSÃO E PRIVATIZAÇÃO DOS CURSOS DE MEDICINA E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO</b>	57
	<b>APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE</b>	82
	<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	83
	<b>APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>	86
	<b>APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>	88
	<b>APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>	90
	<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO</b>	92

<b>ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA DA FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA DA UNINASSAU</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO F – CARTA DE ANUÊNCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO G – CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL METROPOLITANO OESTE PELÓPIDAS SILVEIRA</b>	<b>102</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, nas últimas três décadas, o ensino superior tem vivenciado um crescimento importante de cursos públicos e privados, em um contexto de intensa privatização da educação superior no país. À luz dessas transformações, a presente investigação problematiza as repercussões do crescimento dos cursos de medicina públicos e, sobretudo privados no estado de Pernambuco, na rede especializada de atenção à saúde sob os pressupostos da integração ensino-serviço.

Faz-se necessário demarcar que o processo de privatização desse nível educacional foi intensificado na década de 1990 e, desde então, um conjunto de dispositivos legais tem possibilitado a flexibilização do seu marco regulatório, ganhando destaque inicialmente a Lei de Diretrizes e Bases de 1996 (Decreto no 2.306/97) durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (SGUISSARDI, 2013).

Esse decreto viabilizou a “diversificação das formas de organização das instituições de ensino superior” (SAVIANI, 2011) ao determinar a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão para as universidades, podendo as demais instituições de ensino, denominadas de estabelecimentos não-universitários, dedicar-se apenas à função de ensino (BRASIL, 2007a).

Outros dispositivos legais que devem ser destacados para a compreensão do fenômeno da privatização do ensino superior, referem-se à transferência do fundo público para o setor privado, sejam os considerados lucrativos ou os sem fins lucrativos, tais como, as instituições comunitárias, as confessionais ou as filantrópicas (CHAVES, 2015; SGUISSARDI, 2013; PAULA, 2017).

Esse fomento à iniciativa privada vem ocorrendo através do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) estabelecido pela Lei n. 10.260 em 2001 e do Programa Universidade para Todos (ProUni) instituído pela Lei n. 11.096 no ano de 2005. O primeiro concede financiamento para o pagamento das mensalidades e o segundo bolsas de estudo, integrais e parciais, para estudantes matriculados em instituições privadas de ensino superior (SALATA, 2018).

Um conjunto de estudos (CHAVES, 2015; CHAVES, 2016; SGUISSARDI, 2013; PAULA, 2017; CHAVES *et al.*, 2020) atestam que tais medidas vêm contribuindo para o processo de ampliação do acesso ao ensino superior por meio do fortalecimento das instituições privadas em detrimento das públicas. Em decorrência dessa decisão política, vivencia-se a presença marcante do setor privado nesse nível educacional.

Por outro lado, não se deve desconsiderar que o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), instituído pelo Decreto nº 6.096, de 24 de 2007, promoveu o processo de expansão das universidades públicas federais. Os efeitos dessa iniciativa podem ser percebidos pelos percentuais de crescimento de 60% no número de matrículas entre os anos de 2003 e 2011 (BRASIL, 2007a).

Para o caso específico da expansão dos cursos de medicina, o Programa Mais Médicos (PMM) – instituído pela Lei nº 12.871 de 2013 - deve ser introduzido nesse debate. Isso porque, um dos seus eixos norteadores refere-se à expansão do número de vagas de graduação em medicina e de especialização/residência médica (BRASIL, 2013).

Entretanto, os eixos concernentes à melhoria em infraestrutura e equipamentos para a saúde e a chamada de médicos para regiões prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (ALVES, 2017) não devem ser desconsideradas enquanto propostas para a ampliação do acesso ao Sistema Único de Saúde, em especial para a Atenção Primária à Saúde.

Faz-se necessário, igualmente, destacar que a proposta dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) é mencionada pela primeira vez no PMM e instituída em 2015 pela Portaria Interministerial nº 1.127. Essa Portaria ganha destaque na presente análise, ao definir as diretrizes para o fortalecimento da integração ensino-serviço no âmbito do SUS (BRASIL, 2015a).

O caráter privatista do ensino superior também se faz presente nos da área da saúde, conforme bem apontado por Dal Poz, Couto & Franco (2016) quando demonstraram o acréscimo da participação privada nas matrículas presenciais dos cursos da saúde, as quais passaram de 53% em 1993 para 73% em 2013.

Quanto ao curso de medicina, até o ano de 2004, as 33.864 matrículas no setor público ainda eram superiores as 31.101 do setor privado. Entretanto, a partir de 2006 esse cenário se reverte e o setor privado corresponde a 51,4% do quantitativo dessas matrículas, totalizando 38.047 em comparação às 35.987 matrículas no setor público (HADDAD *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2019). Em outubro de 2020, o Brasil contava com 357 escolas médicas com 37.823 vagas. Nos últimos dez anos, 84% das novas vagas foram disponibilizadas por instituições privadas, indicando que a expansão recente da oferta em graduação de medicina foi delegada principalmente ao setor privado (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Apesar desse expressivo crescimento no número de matrículas no curso de medicina em todo o país, o qual vem impulsionando um aumento importante no número absoluto de médicos destaca-se a permanência de duas questões importantes. A primeira, se refere à distribuição desigual desses profissionais entre as macrorregiões do país, as capitais e o interior. A razão

médico/habitante para todas as capitais do Brasil é igual a 5,65, no interior de todos os estados, essa razão cai para 1,49 médico por 1.000 habitante, ou seja, a população das capitais tem quatro vezes a proporção de médicos do interior. No caso de Pernambuco, na capital Recife essa razão é de 8,18 e cai para 0,74 médicos no interior (SCHEFFER *et al.*, 2020).

A segunda questão está relacionada com o objeto dessa investigação e diz respeito à integração ensino-serviço. De acordo com a Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), a ordenação da formação dos médicos e dos demais profissionais da saúde é uma das atribuições do SUS. Assim, o processo formativo desses profissionais depende da capacidade física e pedagógica da infraestrutura assistencial disponibilizada para as atividades de ensino, pesquisa e extensão nos três níveis de atenção à saúde do SUS.

A formação médica e dos demais profissionais de saúde devem estar orientada para as necessidades em saúde e as demandas da comunidade, de modo que esse processo pedagógico seja voltado para problematização, transformação da realidade e qualificação dos profissionais para o SUS. Para tanto, o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem e formação no âmbito do SUS deveriam estar ancorados nos pressupostos da integração ensino-serviço.

Desse modo, entende-se que a integração ensino-serviço pressupõe o diálogo permanente entre as instituições de ensino, a gestão do SUS, os trabalhadores da assistência, os estudantes/residentes e os usuários, com o objetivo de alcançar o planejamento integrado das ações em desenvolvimento nos distintos cenários das práticas e mais qualidade no processo formativo (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2015b).

Nessa mesma direção, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina (DCN) de 2014, reforçam a necessidade de uma formação de médicos generalistas com habilidades gerais, crítica, reflexiva e ética em todos os níveis de atenção em saúde (MEIRELES *et al.*, 2019).

Moretti-Pires (2009) acrescenta que para alcançar essas mudanças na formação médica faz-se necessária a articulação ensino-serviço com a integração de conhecimentos dos pares, das áreas de formação e dos serviços oferecidos pelo SUS, permitindo uma formação interprofissional e flexível que respeite as necessidades reais da população.

Essa tentativa de mudança visando aproximar o campo de prática da formação antecede e precede o SUS, considerando que várias iniciativas e programas foram formulados e instituídos com graus diferentes de implementação e datam da década de setenta do século vinte, tais como o Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA) criado em 1981 e o Projeto Uma Nova Iniciativa (UNI) de 1993 (ELLERY, 2013; DIAS *et al.*, 2013).

As iniciativas mais recentes formuladas e implementadas no âmbito da integração ensino-

serviço foram impulsionadas pela criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e pela articulação do Ministério da Saúde (MS) com Ministério da Educação (MEC). Destaques especiais devem ser dados ao COAPES, citado anteriormente, e à versão mais recente da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2018).

Outro documento de grande importância é a Resolução nº 350 de 2005 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), porque define e fundamenta um conjunto de critérios técnicos educacionais e sanitários relativos à abertura e ao reconhecimento de novos cursos na área da saúde. Entre esses critérios, destaca-se que a regulação da abertura e o reconhecimento de novos cursos deve prever a demonstração da oferta de vagas coerente com a capacidade instalada para a prática, o número de docentes existentes e a capacidade didático-pedagógica (BRASIL, 2005).

Entretanto, o que se tem observado é que a abertura dos cursos na área da saúde não tem levado em consideração esses condicionantes imprescindíveis para garantir a formação dos profissionais de saúde orientados pelos preceitos da integração ensino-serviço. Oliveira, Lima e Pereira (2019), ressalta a existência da pressão do aparelho formador sobre as redes municipais/estaduais de saúde para oferta de campos de prática. Considerando as questões acima expostas, essa pesquisa se justifica pela relevância do tema da integração ensino-serviço e objetiva problematizar os desafios decorrentes da grande expansão dos cursos de medicina privados sobre a capacidade instalada da rede especializada do estado de Pernambuco.

Esse estudo parte do pressuposto que o Estado de Pernambuco acompanha a tendência nacional de privatização do ensino superior; que há um descompasso entre a expansão vertiginosa dos cursos superiores de medicina e a capacidade instalada da rede especializada de serviços; que o processo de formação dos profissionais e a relação entre a gestão em saúde e as instituições de ensino que haveria uma tensão entre o aparelho formador e o aparelho prestador de serviço no que diz respeito aos princípios da integração ensino-serviço

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

- Analisar as repercussões da expansão dos cursos de medicina públicos e privados no estado de Pernambuco (2000 – 2018) sobre a rede de serviços especializados, a partir dos pressupostos da integração ensino-serviço.

### 2.2 Específicos

- Dimensionar a expansão dos cursos de graduação em medicina, em instituições de ensino superior públicas e privadas no estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2018.
- Identificar a rede especializada de serviços disponibilizada para campos de estágios aos cursos de medicina públicos e privados e sua adequação (ou não) às necessidades dos cursos existentes.
- Compreender como vem se estabelecendo o diálogo sobre a integração ensino-serviço, entre a Secretaria de Saúde, os núcleos hospitalares de ensino-serviço e as coordenações dos cursos de medicina das instituições públicas e privadas do estado.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O cenário da expansão dos cursos de ensino superior no campo da saúde

No Brasil, o conceito de Educação Superior como um bem público, direito humano universal e dever do Estado é preconizado pela Constituição Federal de 1988. Outro documento que reafirma o direito à educação é a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) (1996), o qual enfatiza também aspectos como acesso igualitário; a permanência do aluno em sala de aula e o incentivo ao crescimento da educação superior através da diversificação dos processos seletivos de ingresso (FREITAS & SANTOS, 2014).

A partir desses marcos legais, o governo federal vem instituindo, desde o final da década de noventa do século vinte, várias políticas públicas visando a expansão do ensino superior, tanto no setor público quanto no privado. Entre elas destacam-se, o Programa de Financiamento Estudantil (FIES) criado pela Lei 10.260/2001 destinado a financiar a graduação na educação superior de estudantes matriculados em cursos superiores privados; o Programa Universidade para Todos (ProUni) instituído pela Lei 11.096/2005, o qual oferta bolsas de estudos integrais (100%) e parciais (50%), em instituições particulares de educação superior; o Plano de Reestruturação das Universidades Federais (Reuni), criado pelo Decreto 6.096/2007, adotando condições necessárias para ampliação do acesso e permanência na educação superior nas universidades federais e a Lei das Cotas, instituída pela Lei 12.711/2012, garantindo a reserva de 50% das matrículas por curso e turno nas universidades federais e instituições federais de educação a alunos que cursaram integralmente o ensino médio em escolas públicas, em cursos regulares ou da educação de jovens e adultos (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2005; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2012; BRASIL, 2014a).

Conforme anunciado anteriormente, a década de noventa e início dos anos 2000 foram marcados pela implementação de várias políticas públicas no âmbito do governo federal visando a continuidade dessa expansão que ocorreu tanto no setor público quanto no privado, com uma predominância nesse último setor. Dados recentes do INEP (2018) revelam que no ano de 2018 de um total de 8.450.755 matrículas para os dois setores, 6.373.274 pertenciam ao setor privado, representando um percentual de 75,4% da totalidade das matrículas naquele período.

Entretanto, um conjunto de autores avalia que essa expansão, nesse nível de ensino está longe de democratizar-se às amplas camadas populacionais em decorrência, sobretudo, das desigualdades estruturais do Brasil (SAVIANI, 2011; GOMES 2012; FREITAS & SANTOS, 2014).

Para Gomes (2012), a desigualdade social e de renda existente no país é identificada como um dos principais impasses para a democratização do ensino superior, tendo em vista que implica e gera outras problemáticas como, por exemplo, a discrepância nos níveis de ensino, que por sua vez contribui para que apenas uma pequena parcela da população consiga galgar instituições de ensino superior.

Zainko (2003) acrescenta que,

A democratização da educação superior não pode ser confundida com massificação, democratizar o ensino implica pensar novas formas de acesso, garantindo àqueles que chegam à universidade uma permanência com qualidade acadêmica e pertinência social.

É importante deixar claro que democratizar é garantir uma educação superior pública, gratuita e de qualidade para todos os segmentos, particularmente para as classes vulneráveis. Fora disso falaremos de massificação da educação, que acaba sendo difundida pela expansão dos centros universitários de baixo custo, como uma mitigação das universidades de ensino (SAVIANI, 2011).

Nessa mesma direção, Santos e Freitas (2014) argumentam que a formulação de políticas públicas se faz necessária para que o direito à educação seja consolidado e devem buscar a transversalidade do tema e não só garantir o acesso e a permanência do aluno em sala de aula. Para os autores, tais políticas devem assegurar inclusive condições favoráveis que permitam quebrar barreiras que possam limitar o aprendizado ou contribuir para a evasão.

Um importante estudo sobre o processo de expansão do ensino superior no Brasil – desenvolvido por Trow (2005) – refere que tal processo pode ser identificado em três fases, quais sejam: o sistema de elite; o sistema de massa e o sistema de acesso universal.

Bourdieu (2001) define o sistema de elite a partir da relação direta com o nascimento e renda familiar constituindo privilégios sociais, seleção social e mecanismos meritocráticos da escolarização (*apud* GOMES, MORAES, 2012). O sistema de elite ao privilegiar a meritocracia enquanto forma de ingresso nesse nível de ensino, “permite diferenciar, excluir e punir os não merecedores ao mesmo tempo em que promove e recompensa os que comprovam mérito” (KREIMER, 2000).

Portanto, a meritocracia parte do princípio que todos os indivíduos de uma dada sociedade usufruem das mesmas oportunidades econômicas, sociais e culturais, escamoteando as desigualdades estruturais que marcam a sociedade brasileira. Trata-se de uma ideologia que justifica a desigualdade social e atenta contra o princípio das políticas públicas universais. Para o caso específico da educação, os defensores da ideologia meritocrática, as gigantescas diferenças no rendimento escolar e o acesso ao sistema de ensino superior são justificados

exclusivamente pelo interesse e esforço individual (BARBOSA, 2014).

Por outro lado, o sistema de acesso universal se caracteriza por um volume de matrículas que compreende mais de 50% da coorte de 18 a 24 anos. O acesso ao ensino superior, portanto, passa a ser definido como forma de justiça social, apresentando-se como uma conquista da igualdade entre grupos e classes do que de igualdade de oportunidades individuais (TROW, 2005).

Trow (2005) avalia que a fase atual que caracteriza o ensino superior no Brasil estaria em um processo de transição entre a fase de sistema de elite para a fase de massificação, quando 16% a 50% desse grupo etário entre 18 e 25 anos acessa o ensino superior por exames de ingressos e critérios estabelecidos por políticas públicas.

A inserção da população brasileira no ensino superior apresenta, ao longo da história, percentuais baixos, em especial, no que se refere à população mais pobre. Por isso, o processo de massificação pode visto como um ponto positivo na mudança do cenário de acesso ao ensino superior, mesmo que estejamos longe do cenário ideal, o sistema universal.

Para a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a educação superior no Brasil ainda é considerada restrita, pois apenas 21% dos brasileiros de 25 a 34 anos têm ensino superior completo, enquanto a média dos países que fazem parte da OCDE é em torno de 44% (OECD, 2019).

Outro fenômeno que vem caracterizando a expansão do ensino superior no país é a predominância de instituições privadas nesse nível de ensino, assim como o maior número de matrículas. Até meados da década de 70, o ensino superior foi predominantemente público e a partir desse período o setor público apresentou um crescimento limitado em oposição ao aumento progressivo no número de matrículas no setor privado, caracterizando, assim, o primeiro ciclo de expansão no âmbito do ensino privado (NEVES, MARTINS, 2009; GOMES, MORAES, 2012).

Outra característica dessa expansão se deu pela consolidação de pequenas instituições de ensino superior isoladas, dedicadas exclusivamente ao ensino cujos padrões de qualidade eram bastante heterogêneos. Saviani (2011) caracteriza essas instituições como centros universitários, eufemismo das universidades de ensino, isto é, uma universidade de segunda classe, que não entendem como obrigatoriedade desenvolver pesquisa e extensão enquanto alternativa para viabilizar a expansão, e, por consequência, a democratização da universidade a baixo custo.

Essa expansão do ensino superior privado permaneceu na década seguinte quando o número de IES saltou de 463 nos anos de 1970 para 682 nos anos de 1980, representando já

nesse período 77, 3% do total de instituições no país (CARVALHO, 2013). Mas, esse crescimento não foi apenas no setor privado, o setor público também cresceu substancialmente. A matrícula no setor público aumentou, nesse período, de 185.060 a 490.078, ou seja, teve um incremento e 260%. Não houve, portanto, privatização do ensino, mas uma expansão mais rápida no setor privado (DURHAM, SAMPAIO, 1995).

Desde sua promulgação no ano de 2005, o ProUni vem fomentando o crescimento do setor privado na educação superior. Faz parte da política nacional de educação e tem como função promover a expansão do acesso da população de baixa renda a esse nível de ensino. Nasceu dentro de um contexto de fortes debates ideológicos em torno do papel do Estado na política de educação superior, cujo financiamento para formação superior de sua população poderia ser aplicado a recursos tanto nas instituições públicas, quanto nas entidades privadas (SOUZA, MENEZES, 2014).

Na formulação desse programa, as instituições privadas de educação superior, encontraram uma forma de pressionar o governo em busca de recursos para superar as taxas de ociosidade de vagas que andavam acima de 740 mil. Influenciaram a decisão governamental no processo de formulação do programa, fazendo com que o governo federal abrisse mão de arrecadar receitas tributárias em troca de vagas para estudantes de baixa renda na rede privada de educação superior, restringindo os direitos estudantis e aumentando as vantagens das instituições de educação superior privadas (CARVALHO, 2006; NEVES, *et al*, 2007).

Nesse contexto e numa perspectiva crítica, um conjunto de autores chama a atenção para os processos de privatização e de oligopolização do ensino. Para Dal Poz, Couto e Franco (2016) o processo de privatização tem sido caracterizado pela predominância de matrículas na rede particular, e alimentado por uma clientela de menor renda, que não consegue acesso no ensino superior público.

O processo de privatização se deu com maior velocidade a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso através de sanções legislativas que permitiam o financiamento público a estabelecimentos privados, naturalizando a convivência de recursos públicos na esfera privada. O aumento de IES privadas foi de 74,4% em 1994 para 88,1% em 2001 (MANCIBO, LEDA, 2009).

A oligopolização do ensino superior também é um fenômeno que vem se consolidando no país (FREITAS & SANTOS, 2014). Para esses autores, a oligopolização se deu pelo aumento de créditos e consumo da população mais pobre, pela estabilidade econômica do país, a partir de 2003, e pelas estratégias de intervenção de financiamento estudantil, as quais impulsionam a fusão de grupos empresariais de pequeno porte da educação, por grandes grupos

empresariais. Por consequência, presenciou-se o aumento de cursos, do lucro e a abertura e de novas instituições particulares de ensino superior alimentando o processo de privatização.

Segundo os autores, Silva *et. al* (2012), a intensa e acelerada expansão dos serviços educacionais de ensino superior privado, altamente lucrativos, vem contribuindo para a consolidação do modelo empresarial de educação. Nessa perspectiva, Sguissardi (2013) analisa que a educação entendida enquanto um direito e um bem público vêm sendo transformado em serviço comercial.

Para Filipak e Pacheco (2017), a expansão das IES privadas é também alimentada pelo discurso de que o ensino público é um ensino falido e que as escolas possuem uma educação básica fragilizada, e os seus alunos não conseguem acessar o ensino público, buscando as IES privadas por meio de financiamentos estudantis.

Por outra perspectiva, Chaves e Amaral (2016) acrescentam que a privatização do ensino superior pode satisfazer a demanda cada vez maior da educação fazendo com que os sistemas de ensino melhorem e se adequem as necessidades de mercado. O Banco Mundial divulga que o ensino superior deveria ser espaço de ação exclusiva do setor privado, indicando um sistema de bolsas de estudo, destinadas a alunos competentes, mas com renda insuficiente (SEGUNDO, JIMENEZ, 2015).

Neste contexto o Banco Mundial (1994 p. 5) defende que:

Os institutos universitários deveriam ser privadas: poupariam os recursos públicos e seriam mais sensíveis "às necessidades mutantes do mercado de trabalho (...) e ampliam as oportunidades educacionais com pouco ou nenhum custo adicional para o Estado.

Demonstrando uma “imposição” dos organismos internacionais nos acordos firmados entre os governos brasileiros e o BM, compartilhando a educação como ensino terciário e desestimulando veementemente o investimento em políticas públicas.

Por fim, cabe ressaltar que nesse movimento de expansão dos cursos superiores, os cursos de saúde vêm ganhando destaque. O percentual de matrículas para os cursos de saúde, em IES privadas, foi de 22% em 2013, para 83,4% em 2019 segundo o mapa de ensino superior no Brasil, com destaque para os cursos de Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia e Farmácia (FRANCO, POZ, 2018; SEMESP, 2019). Esse mesmo crescimento também foi visto no período de 2003 a 2014 com as universidades públicas. Dentro de uma perspectiva de interiorização foram criadas 16 universidades que contribuíram para a fixação do homem nas cidades menores, e a ampliação das demandas sobretudo por serviços de saúde e educação (CAMARGO, ARAUJO, 2018).

Entre os cursos de saúde, o curso médico também apresentou importante expansão ao longo dos anos, assinalado por diferentes marcos, contextos políticos, econômicos e sociais (CUNHA, 2018). O Brasil já conta com 200 anos de curso médico. As primeiras escolas de formação médica no Brasil datam de 1808, na Bahia, e no Rio de Janeiro. Foram instituídas num momento político e econômico de estruturação do Brasil, com a chegada da família real, que estimava a importância da formação de médicos no Primeiro Reinado. É sobretudo um curso que é influenciado pela conjuntura econômica, política e social das diferentes gestões públicas e que marcam essa distribuição ao longo dos anos no país (OLIVEIRA *et al.*, 2019; PRATA, 2010).

Importa destacar que uma grande expansão das escolas de medicina aconteceu na década de sessenta, resultando na abertura de 35 novas escolas. Destas, 19 são de categoria administrativa pública (11 federais, 06 estaduais e 2 municipais) e 16 de administração privada. Essa década é marcada pela expansão do ensino superior, alimentado pelo desenvolvimento econômico do país, e a concentração de renda gerada a partir de uma política expansionista que impulsionava desenvolvimento tecnológico, político e social, tendo em vista que o Brasil possuía uma relação médico população de 1/1963, necessitando assim de mais médicos para atender a população brasileira (HADDAD *et al.*, 2010; BUENO, PIERUCCINI, 2005).

O Brasil inicia a década de 70 com 62 cursos de medicina em funcionamento, levando Associação Médica Brasileira a elaborar um documento que repercutiu junto ao MEC suspendendo por 13 anos a criação de novas escolas médicas no Brasil. Na década de noventa, a partir da aprovação da LDB (1996), a educação foi chamada a dar conta de um projeto político com vistas ao desenvolvimento nacional, com a abertura de 17 novas escolas de medicina (BUENO, PIERUCCINI, 2005).

A expansão dos cursos continuou acontecendo ao longo dos anos 2000 - 2005, e no final do século vinte somava 113 escolas de medicina. Em 2015, tínhamos no Brasil, 257 cursos médicos em IES públicos e privados, grupos nos quais estão inseridas instituições classificadas como municipais, mas que cobram mensalidades de seus alunos, alcançando a marca de 323 escolas em 2018 (OLIVEIRA *et al.*, 2019; SCHEFFER, 2015).

O Programa Mais Médico, em 2013, foi um importante marco para expansão dos cursos de medicina, contribuindo para suprir a carência de médicos e ampliar a atenção primária em saúde. Foram criadas 5,3 mil novas vagas de graduação, sendo 1,7 mil em universidades públicas e 3,6 mil em instituições privadas em todas as regiões do país. Essas novas vagas foram criadas em 81 municípios de 24 estados e no Distrito Federal, proporcionando assim a criação do maior número de escolas médicas. As regiões Sul e Nordeste concentram 69% dos cursos

em funcionamento no país (FACCHINI *et al.*, 2016; BRASIL, 2013).

Apesar da expansão dos cursos de medicina, a distribuição dos médicos pelo território brasileiro ainda é desigual e especialmente difícil em determinadas localidades, cidades como Vitória no Espírito Santo, contam com mais de 12 médicos por mil habitantes, em contrapartida regiões do interior do Nordeste tem um médico por mil habitantes. O total de médicos em todo território brasileiro é de 496.340, tendo Roraima como a unidade federativa com menor número de médicos, 963 inscritos e a maior, São Paulo, com 151.584 inscritos (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Todavia, o progresso das escolas médicas foi em sua magnitude de modo privatista, instalando-se em médios e grandes centros populacionais do país. Em Pernambuco, esse percurso não foi diferente, até 2010, existiam no estado, 4 escolas de medicina, sendo três públicas e uma privada. A partir de 2011, houve um importante crescimento com a implantação de um curso por ano até 2013. Até 2018, mais quatro cursos de medicina foram implantados no estado, totalizando 1210 vagas anuais distribuídas em 11 IES (CAVALCANTE *et al.*, 2019).

As mudanças que ocorrem diante da expansão dos cursos superiores, implicam na reorganização dos currículos, com práticas que envolvam todos os níveis de atenção à saúde, de modo a sensibilizar e garantir que os profissionais possam ter uma formação que contribua com os serviços de saúde e com as necessidades e demandas comunitárias de acordo com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

A reorganização dos currículos e práticas e a interação educação e saúde, que será abordada no capítulo seguinte, é incentivada pela Constituição Federal de 1988, estimulando o ensino médico como fator estratégico para a formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde brasileiro (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Essa discussão traz uma pauta que verdadeiramente transpassa os níveis da saúde, pois precisa superar questões político-partidárias de modo a oferecer aos estudantes, infraestrutura, equipamentos e clínicas, oportunizando um cenário que garanta a formação apropriada no que diz respeito à atualização do processo de formação de seus estudantes (FRANCO, POZ, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Deste modo é importante que a formação nos cursos de medicina esteja alinhada ao cenário de prática e as demandas da comunidade, e entendidos como um processo permanente entre os serviços de saúde, instituições de ensino e setores da sociedade civil.

Para isto, o processo de formação deve ter como preceito a integralidade que aponta também para a interdisciplinaridade – enquanto integração de diferentes campos de conhecimentos; para a interprofissionalidade – em que há intensa interação entre diferentes

núcleos profissionais; e para a intersectorialidade - envolvimento de diferentes setores da sociedade no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde (BRASIL, 2018).

Logo a integração ensino - serviço constituirá a ponte para a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional. Esse movimento ampliará a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção à saúde, em sua concepção ampliada, enquanto exercício de cidadania determinado pela dinâmica sócio-histórica.

### 3.2 A integração ensino-serviço

No Brasil, desde a concepção dos primeiros cursos de graduação na área da saúde os serviços são considerados locais de práticas e ensino para os futuros profissionais. Porém, uma discussão mais efetiva sobre a integração ensino-serviço surgiu na década de 70 do século vinte, quando a importância da formação profissional conectada a prática foi enfatizada pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social (KUABARA *et al.*, 2014).

Nesse período, o debate sobre a integração ensino-serviço ganha destaque com os movimentos Integração Docente-Assistencial (IDA) e o Programa UNI (Uma nova iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a comunidade) ao ser iniciada uma discussão sobre a necessidade de mudanças dos processos formativos no campo da saúde.

O Programa de Integração Docente Assistencial, que desencadeou iniciativas de reformulação do sistema de saúde e dos currículos universitários para a formação de profissionais, embora tenha sido um avanço, apresentou fragilidades quanto a sua limitação aos serviços básicos de saúde, com pouca repercussão nas mudanças curriculares (DIAS *et al.*, 2013; KUABARA *et al.*, 2014).

Ceccim & Carvalho (2005, p. 82) acrescentam que as experiências propostas pelo movimento IDA foram de fundamental importância para embasar as “noções de atenção integral à saúde, de integração entre formação e trabalho, de integração entre ensino e pesquisa em saúde coletiva e de invenção de projetos interprofissionais na graduação, na extensão e nas especializações em serviço sob supervisão”.

Esse debate nos anos noventa ganha novos contornos quando o Projeto UNI propõe a inclusão da representação popular nas estratégias de mudanças, tanto para a formação em saúde quanto para a assistência em saúde. Essa proposta representava uma iniciativa de transformação na formação de médicos e outros profissionais de saúde com discussões que iriam mobilizar a

universidade e associações profissionais.

O ideário reformista desse período não envolvia mais uma reforma conteudista, mas os aspectos formativos, nos quais a articulação com os serviços era fundamental e também a articulação com os representantes da população. Não se trabalharia com a montagem de unidades-escola pertencentes à universidade, mas com as redes locais de saúde (CECCIM, CARVALHO, 2005, p. 84).

Feuerwerker & Sena (2002) ao realizarem um estudo sobre as contribuições do projeto UNI avaliaram que, por um lado algumas universidades aprofundaram o processo de mudança curricular em curso, por outro verificaram que as potencialidades do programa foram limitadas em várias instituições de ensino, considerando a baixa sustentabilidade da integração do processo de ensino-aprendizagem à rede de serviços. Isso porque, “dependiam de uma adesão ideológica de docentes e estudantes, e, mesmo estando institucionalizados, mostravam-se vulneráveis às conjunturas políticas locais”.

Em 1996, o Projeto UNI passou a integrar a Rede IDA, que passou a se chamar Rede UNI IDA expressando a compreensão de que era necessário ultrapassar o espaço de uma profissão, de um departamento, instituindo o multiprofissionalismo, dando lugar aos usuários e ampliando a interação com o sistema de saúde (ELLERY, 2013; SILVA, 2016).

Nessa busca o Programa IDA reforçou a dinâmica de formação profissional por meio da inserção dos alunos em unidades de atenção primária, favorecendo a articulação entre academia e serviços de saúde, porém esteve limitado à assistência em saúde, com baixa participação de docentes e segmentação das ações, não resultando em mudanças na construção dos currículos (DIAS *et al.*, 2013).

Esses projetos foram importantes à medida que destacaram o agente comunitário de saúde, além da ênfase dada ao trabalho comunitário e a articulação entre os vários setores de desenvolvimento social, embora não se tenha atingido o objetivo final, de integração para o aprendizado. Segundo Gonzalez e Almeida (2010) muito se caminhou na direção de um ensino e de uma assistência mais adequada à realidade da sociedade, porém não foram capazes de provocar mudanças no processo formativo.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis orgânicas da saúde 8080/90 e 8142/90. A partir de então, discussões a respeito da formação e desenvolvimento dos recursos humanos para saúde, começaram a fazer parte das pautas e diálogo das políticas públicas (BRASIL, 2003).

Sem dúvida, a institucionalização do SUS ensejou a intensificação e o aprofundamento desse debate, considerando que suas prerrogativas demandaram profundas mudanças no âmbito da educação em saúde. As alterações requeridas no processo de formação em saúde, as quais

estão amparadas pela reorientação do modelo assistencial, visa a superação da prática biomédica vigente para o modelo de atenção integral em saúde.

Desde a publicação do Relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos, tem-se uma formação dos profissionais de saúde que privilegia os aspectos individuais, curativo, biológicos e a hegemonia da atenção hospitalar no campo do ensino saúde. Essa perspectiva de formação biomédica vem contribuindo, desde então, para a precoce especialização e a utilização excessiva de tecnologias por equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (CECCIM, CARVALHO, 2005 p. 73).

No processo de formação o modelo biomédico acabou por formar profissionais que “patologizam” as queixas e os sofrimentos de seus pacientes, tendo em vista que a concepção médica se encontra reduzida a modelos mecanicistas, individualistas e voltados para a doença. Mesmo que alguns médicos tentem fazer a inserção deste indivíduo doente no seu contexto socioeconômico, terminam por regressar ao reducionismo (BARROS, 2002).

Isto tem como consequência uma posição autoritária, unidisciplinar e com intenso uso do aparato que lucra com a doença: hospitais, exames, remédios, a segregação do multiprofissionalismo e a medicina altamente especializada, distante da família e da comunidade (JUSTO, 2010).

Em oposição ao modelo biomédico, as prerrogativas das diretrizes curriculares nacionais exigem transformações na educação da saúde “em direção às práticas cuidadoras, ao trabalho em conjunto dos profissionais da equipe de saúde e ao máximo compromisso com o SUS” (CECCIM, CARVALHO, 2005 p. 73-89). Nessa perspectiva, tanto o modelo de formação quanto o de atenção à saúde estão alicerçados na conceituação dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) ao considerar não só as causas biológicas da doença, mas, sobretudo as causas sociais quando relaciona às “situações de vida e de trabalho da população com suas condições de saúde, indo além da associação óbvia, e largamente documentada, entre pobreza e doença” (OLIVEIRA, 2015, p. 48).

Portanto, o processo de ensino-aprendizagem nessa perspectiva crítica pressupõe a integração ensino-serviço com a inserção dos discentes no serviço de saúde e a relação de troca de saberes formada entre discentes, docentes, preceptores e usuários visando contribuir para a formação de um novo perfil de profissionais (BALDOINO, 2016).

Autores como Morán (2015) e Marin et al (2014) entendem que o processo de ensino-aprendizagem com a inserção dos discentes no serviço de saúde se constitui em um dos nós críticos da integração ensino-serviço. Por isso sugerem que as instituições de ensino que trabalham com metodologias ativas parecem favorecer a execução precoce de atividades de

ensino nos serviços de saúde.

Finkler, Caetano & Ramos (2011) defendem que uma verdadeira materialização da integração ensino-serviço poderá “acontecer quando existir, tanto para a escola quanto para a rede, uma intencionalidade complementar e convergente, com objetivos comuns e peculiares, capazes de constituir espaços pedagógicos com vivências que possibilitem para ambas, ganhos reais”, exigindo mudanças das práticas de atenção à saúde e nas formas de cuidar.

É a partir do contato *in loco* que a construção das relações interpessoais vai acontecendo e desenvolvendo habilidades para trabalhar em uma equipe interdisciplinar, estabelecendo relações com mais de uma disciplina do currículo estudado, além de valorizar a empatia. Essa prática permite, assim, explorar as possibilidades de operacionalização dentro do sistema, entendendo como é possível centrar o cuidado na pessoa mesmo que existam limitações de infraestrutura e de pessoal (NALOM *et al.*, 2019).

Para Khalaf *et al.* (2019), a formação necessita também de mudanças metodológicas com conteúdo problematizadores, buscando integralizar os contextos educacionais e de saúde, permitindo ao profissional em formação, a aproximação com os serviços de saúde e com as necessidades e demandas comunitárias.

Desde o movimento da Reforma Sanitária Brasileira até o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1996, até as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde (DCNs), em 2001, várias foram as experiências que promoveram avanços na aproximação entre universidades e instituições de saúde, entre elas: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (BRASIL, 1996; BRASIL, 2001a; BRASIL, 2007b; ZARPELON *et al.*, 2016).

O Promed, em 2002, foi a primeira iniciativa conjunta dos ministérios da Saúde e da Educação com o propósito de integrar as universidades e instituições de saúde por meio das mudanças curriculares nas escolas médicas. Sua proposta estava relacionada às necessidades da sociedade e do setor saúde, em consonância com as diretrizes curriculares nacionais. Contribuiu no avanço de propostas subsequentes com a ampliação da proposta para outros cursos da área da saúde, consubstanciados no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde I e II (SOUZA, 2010; ALVES *et al.*, 2015).

Em 2003 é lançada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e institucionalizada com a publicação da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004

surge buscando a resolução de problemas, por meio de supervisão dialogada e oficinas de trabalho realizadas, preferencialmente, no ambiente de trabalho, sensibilizando e gerando compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários para com o desenvolvimento institucional do SUS, na melhoria do desempenho das equipes de saúde e no desenvolvimento individual dos profissionais e trabalhadores de saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007a).

Em consonância com as diretrizes e princípios do SUS e contribuindo como estratégia de aproximação da saúde e da educação foi criada em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde. Mas, somente em 2005, por meio da Portaria interministerial N. 2.118, o Ministério da Saúde e o MEC, passam a fazer cooperação técnica, no âmbito da formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. A colaboração se dava por meio de projetos, incentivos e disseminação de conhecimento, voltados à formação e especialização profissional, dentro da demanda de mudanças nas práticas de saúde com a qualificação da força de trabalho por meio de ações de educação permanente (BRASIL, 2005; DIAS *et al.*, 2013).

Ainda em 2005, é instituído, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), indutor de mudanças, a partir do maior protagonismo das Instituições de Ensino Superior, orientado pelos eixos: orientação teórica a partir dos determinantes sociais de saúde; fortalecimento dos serviços de saúde enquanto cenários de prática; efetivar a integração ensino-serviço-comunidade e reorientação curricular para a adoção de metodologias ativas e formação crítica e reflexiva. Esse programa foi inspirado no PROMED, que discutia a formação médica, estimulando a reforma do currículo (HADDAD *et al.*, 2010).

O Pró-saúde foi outro programa que merece destaque no âmbito da integração ensino-serviço, essa iniciativa foi proposta por uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior (SESU), o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no ano de 2005 e visou intervenção e modificação do processo formativo dos profissionais da área de saúde, deslocando o eixo de formação geralmente centrada na assistência individual para um processo em que a formação esteja sintonizada com as necessidades sociais e os princípios e diretrizes do SUS para os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. Em 2007, a partir da permanência de incentivos na educação superior esse programa foi ampliado para os demais cursos de saúde.

Nesse contexto de mudanças, em 2008, surge Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) que tem o foco na qualificação da graduação e da pós-graduação, na rede de serviços, por meio de vivências, estágios, iniciação ao trabalho e programas de aperfeiçoamento e especialização (BRASIL, 2008). Se deu a partir de ações direcionadas ao fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), em conformidade com as necessidades do SUS e como fio condutor da interação ensino-serviço-comunidade, eixo básico para reorientar a formação na área da saúde (FONSECA, JUNQUEIRA, 2014).

Mesmo com todos os esforços para a aproximação dos Ministérios da Saúde e da Educação, a formação na área médica carrega críticas relevantes relacionadas ao aproveitamento e à adequação dos futuros profissionais no campo de estágio. Por exemplo: a forma como a dimensão integral da saúde é negada, tendo em vista que a conexão entre a ciência e tecnologia, e o avanço tecnológico, muitas vezes, utilizadas como premissas irrefutáveis, acabam criando resistência ao reconhecimento do outro a partir de uma visão integral (RUDNICK, CARLOTTO, 2014). Além da burocratização dos processos que envolvem o estágio, em que acadêmicos e professores-formadores focam sua atenção em elementos organizacionais e se esquecem de refletir e analisar o processo de formação. Desse modo, os alunos acabam repetindo modelos pragmáticos sem problematizar a atividade realizada comprometendo a reflexão do processo formativo (SILVA *et al.*, 2012; CORTE, LEMKE, 2015).

O processo de formação a partir da integração ensino e serviço pode ser facilitado se os docentes, atores desse processo, fizerem parte do sistema de saúde, seja por meio de vínculo empregatício na rede de saúde; atuação como membros instâncias municipais de saúde ou participação no planejamento de saúde local. Essa interação pode gerar reflexão relacionada ao seu papel na formação no âmbito da integração ensino-serviço, permitindo reconhecer as incoerências da rede e favorecer a organização das atividades de ensino nos diversos cenários de prática (VENDRUSCOLO, PRADO E KLEBA, 2016; SILVA, 2018)

Por essa razão, as DCN dos cursos de medicina afirmam claramente em seu artigo 34 que os cursos devem manter um programa permanente de formação e desenvolvimento docente em saúde, enfatizando e planejando programas que valorizem o trabalho docente comprometido com a transformação da escola médica e com o processo de integração ensino-serviço (BRASIL, 2014b).

Além disto, outra importante questão que se levanta é a necessidade de ampliação do número de médicos e a fixação destes em regiões especiais, a fim de garantir o atendimento às demandas nos serviços de saúde. No enfrentamento desta problemática surge o Programa Mais

Médicos para o Brasil, criado em 2013, vem com o intuito de formar recursos humanos na área médica para o SUS (BRASIL, 2009). Fora o objetivo de reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas de residência médica priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde com condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, foi estabelecido também novos parâmetros para formação médica no país, em que o funcionamento dos cursos de medicina sujeitava-se à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) para atendimento ao disposto na Lei 12.781 (BRASIL, 2013).

Em 2014 por meio da resolução nº 3 o Conselho Nacional de Educação instituiu adequações nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de medicina, na tentativa de comprometer mais a formação médica realizando a integração do ensino, pesquisa e extensão ao serviço, além de tentar consolidar a formação médica com a consolidação do SUS (ZARPELON *et al.*, 2016).

É importante lembrar que constitucionalmente, os hospitais públicos que fazem parte do arcabouço institucional SUS, servem de prática para o ensino e pesquisa, como preconizado na Portaria Ministerial Nº 285, de 24 de março de 2015 e contribuem para aproximação do profissional em formação com a prática assistencial, minimizando os possíveis gargalos e impasses na formação de recursos humanos. Por isso, a integração ensino-serviço, busca integrar a assistência à saúde as universidades, aproximando efetivamente o saber, do saber fazer e saber ser (CAVALHEIRO, GUIMARÃES, 2011; BREHMER, RAMOS, 2014; BRASIL, 2015c).

Essa aproximação foi impulsionada a partir da publicação de mudanças nas diretrizes curriculares dos cursos de medicina orientando para o progresso da integração ensino-serviço, na tentativa de superar a formação médica centrada apenas no tradicional modelo do aparato (GONZALO *et al.*, 2016).

Portanto, as universidades devem focar na identificação de necessidades de atendimento e cenários de prática, estabelecendo acordos de responsabilização com a rede de integração ensino-serviço e promovendo engajamento coletivo entre professores/alunos e trabalhadores da rede de serviço. Nessa relação, é fundamental que os produtos e práticas dos serviços de saúde possam fazer parte do ensino institucional, rompendo a lógica hegemônica dos serviços replicando o modo acadêmico (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Diante do que foi exposto até aqui, reafirma-se que a integração ensino-serviço se trata de uma interface coletiva entre professores, profissionais que fazem parte das equipes dos serviços de saúde e estudantes que interagem entre si para contribuir para a formação

(PIZZINATO *et al.*, 2012). O aluno utiliza o espaço da prática para trabalhara as habilidades e competências consideradas essenciais, a partir da cooperação das relações horizontais existentes entre os atores (CECCIM, FEUEWERKER, 2004; SANTANA *et al.*, 2016).

Todavia, nem sempre esse objetivo é alcançado, tendo em vista que a articulação ensino-serviço ainda é pequena e muito pontual necessitando de uma maior construção em parceria, entre gestores, trabalhadores, docentes e alunos, a partir de um projeto político-pedagógico participativo (PEREIRA, FRACOLLI, 2011; KHALAF *et al.*, 2019).

Até então a integração ensino-serviço esteve atrelada a projetos e programas isolados e limitados e a divulgação das novas Diretrizes Curriculares passa a orientar os cursos médicos para uma nova proposta do que seria a integração ensino-serviço, conferindo assim o status de uma política permanente, que exige mais do que, contratos/convênios de estabelecimentos, entre as IES e o aparato assistencial (ZARPELON *et al.*, 2016).

Importa acrescentar, ainda, que a interação proporcionada pela integração de profissionais do serviço, professores e alunos, contribuem também na qualificação do serviço, uma vez que essa parceria e articulação promovem e impulsionam a troca de saberes, a elaboração de planos terapêuticos em equipe e a intervenção conjunta e ações de educação permanente (CAVALCANTE *et al.*, 2019). Para tanto, a rede e os profissionais que compõe o serviço de assistência à saúde de uma região, deve estar integrado e aberto para as discussões na contribuição do ordenamento da formação dos recursos humanos para o SUS, incentivando e implementando as políticas setoriais, tais como política de preceptoria, de educação permanente.

Essas duas políticas e os investimentos são tripés para integração ensino-serviço. O preceptor é protagonista do processo formativo, interlocutor entre o ensino-serviço, e tem como desafio promover a prática das atividades conduzindo os alunos num processo de supervisão e orientação, que repercutirá na formação. Esse papel na maioria das vezes é exercido pelo profissional de saúde que somada a sua atividade exerce também a atividade de preceptoria, desempenhando uma “nova” função, além de lidar com mais um agente no processo de cuidado, o aluno (AUTONOMO *et al.*, 2015).

Desse modo o preceptor deve ser sensível para levantar as necessidades, além de possuir, ou buscar, as ferramentas para alcançar essa formação, contribuindo com desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados, como também auxiliar na formação ética dos novos profissionais.

Além das relações horizontais dada pelo preceptor enquanto protagonista do processo formador, a integração ensino-serviço implica condicionantes relacionados ao trabalho

conjunto, com alinhamento de atividades, adequação das necessidades e desenvolvimento das potencialidades. Para isso exige-se a criação de espaços para diálogo entre instituições de ensino, o SUS e a comunidade (BREHMER, RAMOS, 2014).

Esse movimento deve acontecer pactuado a partir de instrumentos de gestão e planejamento balizados por um colegiado composto pelos entes envolvidos, que no âmbito da educação em saúde tem sido feito pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), criadas a partir de 2007 pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, momento em que se redefiniram as diretrizes da PNEPS (BRASIL, 2007c). Essas comissões são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes compostas por Gestores estaduais e municipais de educação, trabalhadores do SUS, instituições de Ensino com cursos de saúde e movimentos sociais ligados à gestão de políticas públicas de saúde.

Outra questão importante quando tratamos de integração ensino-serviço e que corrobora na agilidade da construção de instrumentos de gestão e planejamento que ordene esse processo, está no que diz respeito ao envolvimento dos gestores locais do SUS no processo de abertura de novas escolas médicas, em sua quase que totalidade, privadas. Esse processo exige uma necessidade de se aprofundar para além das experiências vividas até o momento, justificando a preocupação em reorganizar as práticas de saúde a partir da formação de recursos humanos conscientes do seu papel na consolidação do SUS (SANTOS, ANDRADE, 2011).

Com o movimento de expansão dos cursos de medicina a integração ensino-serviço, antes restrita a acordos entre duas instituições, uma da saúde e outra da educação, ganha, agora, novos e mais complexos contornos, exigindo superar dificuldades identificadas nas instabilidades políticas originadas pelas frequentes mudanças dos gestores; a infraestrutura limitada dos serviços de saúde; o isolamento das IES em relação à rede de serviços e à sociedade; as falhas na compreensão de ambos os atores nos reais objetivos da integração ensino-serviço; a dificuldade em ordenar, pactuar e absorver a demanda de campo de práticas dado o maior número de escolas de saúde; além do recente e possível conflito de interesses que deveriam ser resolvidos a partir de relações horizontais, não hierárquicas e policêntricas, tendo na negociação e no consenso as únicas formas de avanço (SANTOS, ANDRADE, 2011; ZARPELON *et al.*, 2016).

Nesse sentido novos instrumentos de gestão e planejamento seguem sendo criados, na tentativa de garantir as instituições formadoras no âmbito da graduação e pós-graduação, o acesso a todos os estabelecimentos de saúde, como cenários de prática, sob responsabilidade governamental.

O Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), instituído por

Portaria Interministerial se estabelece enquanto dispositivo orientado para o processo de negociação e articulação na construção da integração ensino-serviço/serviço-ensino, tendo a Educação Permanente em Saúde enquanto referencial ético e político. A contratualização viabiliza o fortalecimento da integração ensino-serviço ao colocar todos estes atores para discutirem a organização dos cenários de prática de seu território, assumindo responsabilidades mútuas (BRASIL, 2015c).

Por fim, reafirma-se que os campos de prática formados pelas redes de atenção à saúde nos três níveis de atenção constituem os espaços de ensino e aprendizagem que busca contribuir na qualificação da formação profissional em consonância com os princípios do SUS. Compreender a relação de diálogo e organização entre os setores do ensino superior e do serviço são de fundamental importância para que se possa identificar problemas relacionados à não adesão dos preceptores ao projeto pedagógico, a superlotação de alunos e a capacidade física e pedagógica da infraestrutura assistencial disponibilizada para os campos de prática com o objetivo de subsidiar discussões a respeito de novos modelos e estruturas para formação visando melhorias na articulação ensino-serviço e sobretudo na formação.

### 3.3 A rede de serviços especializada: abordagem inicial

A rede de serviços especializados (média e alta complexidade) é constituída enquanto marco na criação dos princípios e diretrizes do SUS. A diretriz da hierarquização a qual segmentou o sistema de saúde em níveis de complexidade, teve como objetivo aumentar a abrangência do atendimento médico, otimizando sua prática e proporcionando a qualidade aos usuários, além de reduzir os custos para o Estado (TASCA, 2011). Esse modelo trouxe para saúde enorme benefícios, garantindo ao cidadão acesso aos serviços do sistema público de saúde, desde o mais simples até o mais complexo, de modo ordenado, de acordo com as reais necessidades do tratamento, além de reduzir os custos para o Estado.

Esse modelo de organização segue os padrões determinados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo os quais os serviços de saúde devem ser agrupados e organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população (LAVRAS, 2011).

Porém o que se percebe é que a atenção especializada tem assumido inadequadamente um espaço que reduz a sua capacidade de modelo assistencial dentro de uma proposta de rede de atenção à produção de consultas e procedimentos, desconstituindo a perspectiva de

regionalização e de garantia da integralidade da assistência (CARMO, 2017).

Esse processo de regionalização adquiriu maior destaque entre as diretrizes nacionais que orientaram a implantação do SUS nos anos 2000 dentro de uma concepção constituída e baseada na constituição da rede de saúde e na garantia da integralidade assistencial. Baseado nessa rede regionalizada e hierarquizada, com diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento, o sistema de saúde deveria operar de forma articulada no território de modo a atender às necessidades da população.

Assim, mesmo entendendo a atenção básica como porta de entrada prioritária e base orientadora para o sistema, ela não consegue atender a todas as necessidades dos usuários (BASTOS, 2015; CAMPOS *et al.*, 2014). Essa circunstância permite que os usuários sejam referenciados, por meio de fluxo existente para os demais níveis de atenção.

É importante refletir que a Atenção Básica como ordenadora do cuidado, não tem cumprido, em boa parte, o seu papel. Nessa direção, a atenção especializada, fica reduzida a um espaço de produção de consultas e procedimentos. Entretanto, o que deveria ser estabelecido é a continuidade do cuidado, de modo que não houvesse quebra desse fluxo assistencial (CARMO, 2017).

À medida que o usuário caminha dentro desse modelo de saúde, na busca por procedimentos de maior complexidade, os procedimentos em saúde se tornam mais caros, tendo em vista sua maior complexidade tecnológica (BRASIL, 2007d). De modo especial, a regionalização permite que essa situação seja redirecionada e novas portas de entrada sejam restabelecidas. a partir da hierarquia tecnológica e com base em parâmetros de necessidade e utilização dos recursos disponíveis pode-se utilizar com eficiência os recursos humanos e tecnológicos disponíveis na região objetivando desbloquear fluxos e garantir resolutividade na atenção.

Os diversos contextos regionais, as diferenças sócias econômicas entre as regiões, a pressão sobre o mercado na área da saúde além do desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, qualidade, e custo, o sistema de saúde acaba caracterizando intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, que dificulta o acesso dos usuários aos níveis mais elevados de atenção (ROVER *et al.*, 2016).

Esses níveis de atenção e procedimentos são definidos pelo Ministério da Saúde (2009), como média e alta complexidade:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e

tratamento. Alta complexidade é conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Os Serviços elencados como de média e alta complexidade foram selecionados pelo Ministério da Saúde, a partir da complexidade, tecnologia e custo e estão dispostos em listas no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e no Sistema de informação Hospitalar (SIH), entre eles: cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédico, cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista (BRASIL, 2007d).

Na maior parte dos estados brasileiros, esses procedimentos são contratados ou conveniados, de serviços particulares ou filantrópicos ou ainda disponíveis em hospitais universitários e ofertados à população por meio de cotas. Essa oferta acaba gerando gargalos na assistência à saúde, problema que o SUS ainda não conseguiu solucionar (BRASIL, 2007d).

As ações de média e alta complexidade são ordenadas por sistemas de informação, pagamento, controle, avaliação e regulação e constituem serviços e procedimentos relevantes na garantia da resolutividade e integralidade da assistência. Esses serviços correspondem a cerca de 40% dos recursos da União no orçamento da saúde (Média e Alta Complexidade- MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC) (BRASIL, 2007d).

No estado de Pernambuco, essa rede está estruturada por níveis de complexidade das unidades, compondo uma das maiores redes de hospitais públicos do Brasil, com 58 serviços de atendimento sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde, 15 Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA's), 9 Unidades Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE), 12 hospitais de alta complexidade e 22 hospitais regionais. Atualmente, essa rede conta com 4924 leitos de internação e 955 leitos de terapia intensiva, distribuídos nas 4 macrorregiões (PERNAMBUCO, 2016).

Dentro dessa rede ainda temos 84 serviços de Urgência e Emergência sob gestão estadual, sendo 22 em Clínica Médica, 16 em Pediatria, 16 em Obstetrícia, 9 em Traumatologia, 8 em Cirurgia Geral, 3 em Cardiologia e 3 em Neurologia, 2 em Neurocirurgia, 1 em Oftalmologia, 1 em Vascular, 1 em Otorrinolaringologia, 1 em Urologia e 1 em Saúde mental (PERNAMBUCO, 2016). Os serviços estão dispostos de acordo com as necessidades de cada região de saúde, e os recursos pactuados.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma análise exploratória, que se estrutura a partir da abordagem qualitativa, mas que também se vale de técnicas da pesquisa quantitativa. Segundo Gil (2010), a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema. Pode envolver levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado.

Por conseguinte, é essencial que a escolha da abordagem esteja em consonância com o objeto da pesquisa, e não o contrário, com o propósito de daí tirar, o melhor possível, os saberes desejados.

Nesse sentido, essa pesquisa foi estruturada pela abordagem qualitativa que envolve uma abordagem interpretativa do mundo, significando que os pesquisadores estudam as coisas em seu ambiente natural, tentando entender os fenômenos em termos do significado que as pessoas lhes atribuem (DENZIN E LINCOLN, 2006).

Seguindo esse raciocínio, Vieira e Zouain (2005) apontam que a pesquisa qualitativa dá grande importância às expressões dos atores sociais envolvidos, bem como às palavras e significados que eles veiculam. Desse modo, esse tipo de pesquisa valoriza a descrição detalhada do fenômeno e seus elementos circundantes.

Com o objetivo de aprofundar a descrição de um fenômeno específico, elegeu-se o estudo de caso enquanto técnica de pesquisa, o qual se caracteriza pelo estudo profundo e exaustivo dos fatos que são objetos de investigação e permite um amplo e pormenorizado conhecimento da realidade e dos fenômenos pesquisados (YIN, 2001).

Ainda segundo Godoy (1995), os pesquisadores que pretendem utilizar os estudos de caso devem encontrar-se abertos as suas descobertas. Tendo em vista que novos elementos ou dimensões podem surgir no processo de trabalho, eles devem explorar a multiplicidade de dimensões das distintas circunstâncias de uma realidade que é sempre complexa.

### 4.2 Cenário da pesquisa, coleta e análise dos dados primários e secundários

A pesquisa foi realizada na rede especializada dos serviços de saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco disponível para campo de estágio dos cursos de medicina em funcionamento no estado. A rede é constituída por 58 serviços, sendo 15 Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA), 2 Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE) e 32 hospitais gerais, dos quais 15 hospitais estão localizados na Região Metropolitana do Recife (RMR) e 17 estão distribuídos no interior do estado (PERNAMBUCO, 2016).

Dos 58 serviços que compõem a rede, 37 servem de campo de estágio para os cursos de medicina, sendo 15 Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA), 2 Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE) e 20 hospitais gerais, dos quais 11 hospitais estão localizados na Região Metropolitana do Recife (RMR) e 9 estão distribuídos no interior do estado. As informações referentes aos campos de estágios dos cursos de medicina foram disponibilizadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Os critérios de inclusão para a seleção dos hospitais que serviram de cenário para a pesquisa foram: três hospitais com gestão direta e três com gestão indireta; em ambas as modalidades de gestão, aqueles que apresentam o maior número de leitos e que possuem núcleos de ensino e serviço, cujos coordenadores estejam nessa função há pelo menos dois anos.

- 3 hospitais com gestão direta, (Hospital da Restauração, Hospital Otávio de Freitas e Hospital Agamenon Magalhães);
- 3 hospitais de gestão indireta (Hospital Metropolitano Norte – Miguel Arraes de Alencar, Hospital Metropolitano Oeste – Pelópidas Silveira, Hospital Metropolitano Sul – Dom Hélder Câmara).

Quanto às IES, foram selecionados dois cursos de medicina públicos e privados entre os mais antigos dos localizados na RMR, cujos coordenadores de ensino-serviço estejam nessa função há pelo menos dois anos.

- Os cursos de medicina da Universidade de Pernambuco (UPE) e da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);
- Os cursos de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde e da UNINASSAU.

Por fim, foi incluído um representante da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.

Assim, as entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com cinco coordenadores dos núcleos de ensino e serviço dos hospitais da rede de atenção especializada (considerando que houve uma perda por não se enquadrar nos critérios de inclusão); quatro coordenadores dos estágios dos cursos públicos e privados e um representante da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.

A entrevista semiestruturada foi a técnica utilizada porque ao combinar perguntas abertas e fechadas, o informante consegue discorrer sobre o tema proposto, a partir de um conjunto de questões previamente definidas, elaboradas pelo pesquisador fazendo da entrevista

um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. Caracteriza-se por questões fundamentais apoiadas por teorias e suposições relevantes para o que se procura e permite a criação de novas hipóteses decorrentes das respostas do informante (TRIVIÑOS, 1987).

A principal vantagem da entrevista semiestruturada é a sua flexibilidade em termos de duração, admitindo uma cobertura mais aprofundada de determinados temas e a interação entre o entrevistador e o entrevistado o que favorece respostas espontâneas. Desse modo, o entrevistador pode tocar em temas mais complexos, ou seja, quanto menos estruturada a entrevista, maior a possibilidade de entrosamento entre entrevistador e entrevistado (BONI, 2005).

Na análise e discussão dos resultados os atores entrevistados receberam a seguinte codificação: Coordenadores de ensino-serviço dos cursos de medicina públicos e privados – (CE); coordenadores dos núcleos de ensino e serviço dos hospitais da rede de atenção especializada – (CS); representante da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde – (CES).

A análise dos dados primários possibilitou compreender as consequências decorrentes da expansão dos cursos de medicina existentes no estado de Pernambuco para o ordenamento dos campos de estágios entre as IES públicas e privadas e a SES/PE. O eixo norteador da análise foram os pressupostos da integração ensino-serviço tal como definidos nos documentos mencionados e na literatura que trata do tema.

Para análise dos dados das entrevistas e da pesquisa documental utilizou-se a técnica de análise de conteúdo Kvale (1996), que cita cinco métodos para analisar e interpretar entrevistas qualitativas: condensação de significados, categorização de significados, estruturação de narrativas, interpretação dos significados e significado gerador por métodos ad hoc.

Na pesquisa utilizou-se o método condensação de significados, com o objetivo de identificar pontos em comum da percepção dos participantes. A condensação é a abreviação (redução) do texto em declarações mais breves e sucintas. A identificação dos pontos em comum é realizada a partir do resultado das condensações.

Todo o material coletado na pesquisa compôs o corpus de análise, com entrevistas transcritas na íntegra e compiladas com identificação individual dos relatos. Em seguida, o material foi submetido à análise temática, centrando o foco nos diferentes sujeitos participantes para a elaboração das estruturas de análise e construção das categorias, cujo fragmentos discursivos foram organizados em torno de questões centrais para o estudo.

A análise perpassou as etapas de pré-análise, que possibilitou ter uma visão ampla e perceber as características do material, de modo a permitir um arranjo de temas iniciais para a

análise e interpretação. Permitiu ainda, determinar os conceitos teóricos de orientação da análise; de ordenação dos dados, com recorte das unidades de registros; e a análise final com o agrupamento dos temas e a condensação das categorias temáticas, para a interpretação dos resultados produzidos (MINAYO, 2013).

A partir dessa análise, foram construídas as categorias temáticas, tomando por base as perguntas dos questionários semiestruturado, sabendo ainda que existe a possibilidade do surgimento de outras categorias a depender do material transcrito, resultado das entrevistas.

Para dimensionar o cenário de expansão dos cursos de medicina públicos e privados no estado de Pernambuco foram utilizados dados secundários do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/ME) e a partir do ano de 2010 do Sistema e-Mec, cujo marco temporal foi o período 2000 – 2018. Como já referido anteriormente, nesse período ocorreu importante incremento na oferta de vagas e matrículas para os cursos de medicina em decorrência das políticas públicas instituídas em todo o período.

As variáveis analisadas, particularmente para Pernambuco, foram: número de cursos em funcionamento, números de vagas, número de matrículas femininas e masculinas e natureza jurídica das instituições de ensino superior. Esses dados foram trabalhados por meio da estatística descritiva simples utilizando - se frequências absolutas e relativas para construção de gráficos e tabelas confeccionadas no Microsoft Office Excel.

Para abordagem qualitativa, foram utilizadas a análise documental, que segundo Lakatos e Marconi (2003), trata-se de coleta de dados em fontes primárias, como documentos escritos ou não, arquivos particulares de instituições e domicílios, pertencentes a arquivos públicos e fontes estatísticas, além de entrevista semiestruturada (APÊNDICE C, D, E).

Essa técnica foi utilizada para permitir aos pesquisadores um 'mergulho' no campo temático na tentativa de capturar o fenômeno conforme encontrado nos documentos (KRIPKA, SCHELLER E BONOTTO, 2015).

O desafio para esta técnica de pesquisa é a habilidade do pesquisador em selecionar, processar e interpretar informações com o objetivo de entender suas interações.

Além desses documentos serão utilizadas: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); a Portaria Ministerial que institui a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES); a lei do Programa Mais Médicos (PMM) e do Programa de Formação do Sistema Único de Saúde (FORMASUS); e a Portaria Normativa Nº 16 (BRASIL, 2004; BRASIL, 2015c; BRASIL, 2013; PERNAMBUCO, 2013; BRASIL, 2014b).

Para a pesquisa empírica foi realizada a triangulação de dados - documentais, secundários e das entrevistas – ampliando as possibilidades da análise do objeto selecionado para a investigação.

#### 4.3 Chamamento dos participantes

Após autorização para a coleta de dados pela Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES) e da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa a pesquisadora entrou em contato com os serviços, a partir de telefone e e-mail disponibilizados pela SEGTES apresentando a proposta para coleta, podendo ser presencial ou online, agendando com os participantes individualmente dada a anuência e assinatura do TCLE.

As entrevistas foram realizadas no período entre agosto e outubro de 2021, totalizando dez entrevistas, sendo nove realizadas de forma remota através do Google Meet e uma de modo presencial. Todas as entrevistas foram gravadas mediante o consentimento dos participantes. A pesquisadora foi acompanhada nas entrevistas por sua orientadora e/ou pela coorientadora.

#### 4.4 Aspectos éticos

Esta pesquisa é parte do projeto intitulado *“O Processo de Expansão dos Cursos de Saúde no Estado de Pernambuco - Enfermagem, Medicina e Odontologia - seu impacto sobre a rede pública de serviços e sobre a formação profissional para o Sistema Único de Saúde”*, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, conforme o número do parecer: 2.315.63 e CAAE: 73772217.1.0000.5208.

A realização desta pesquisa obedecerá aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os riscos para os participantes podem ser a revelação da identidade e o constrangimento ou o desconforto ao responder a entrevista. Sendo assim, a fim de minimizá-los, a identidade dos participantes será preservada em todas as etapas da pesquisa, desde a coleta até a divulgação dos dados, assim como será apresentado e assinado por todos os entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), instrumento em que os participantes manifestarão o interesse em colaborar com a pesquisa, e que pode ser revogado a qualquer momento, sem prejuízo para eles.

Como benefícios pode-se afirmar que o presente estudo permitirá o conhecimento sobre as repercussões causadas pela expansão dos cursos de medicina na rede pública do Estado de Pernambuco e como a rede especializada está preparada para essa expansão a partir das

experiências daqueles que vivenciam, no cotidiano, esse processo – gestores, coordenadores de cursos.

Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço Rua Marquês de Valença, 125, Apt. 401, Boa Viagem, Recife - PE, pelo período de mínimo 5 anos.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados da presente pesquisa serão apresentados em forma de artigo científico (Apêndice A)

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de expansão do ensino médico no Brasil remonta aos anos sessenta do século vinte, tendo atravessado momentos muito distintos em sua história. É relevante, contudo, o período recente (2005-2018) no qual há um aumento expressivo no número de instituições privadas, as quais passam a sobrepular as públicas e se consolida um processo expansionista que tem assumido características francas de intensiva privatização e mercantilização.

Nesse sentido, o que se constatou estar ocorrendo no estado de Pernambuco, ao mesmo tempo em que se coaduna com o panorama nacional, traz à cena um conjunto de preocupações para educadores das instituições públicas e privadas locais, bem como para os gestores do SUS.

Ainda que estejam disponíveis instrumentos legais voltados à regulação da abertura de cursos e à integração ensino-serviço, não há evidências de que as diretrizes concernentes a esses instrumentos se constituam enquanto prioridade para o projeto expansionista.

Além das dificuldades atuais que essa investigação apontou no sentido de se assegurar uma efetiva regulação do setor educacional privado, tendo em vista seu redirecionamento para as finalidades do SUS, mantida a atual tendência de crescimento pode-se prever a intensificação do processo de privatização e mercantilização do ensino médico.

Simultaneamente, ajunta-se a esse contexto o destacado crescimento e a progressiva complexidade organizacional alcançados pelos setores privados da saúde e da educação, nas duas últimas décadas e em todo o país, os quais pleiteiam sem reservas, ocupar espaço na agenda de formulação dessas políticas setoriais. Considerando serem inconciliáveis interesses públicos e privados quando está em jogo o projeto de acumulação capitalista, pode-se projetar um cenário de permanência e de intensificação de conflitos e disputas no processo da integração ensino-serviço.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C. R. L.; *et al.* Repercussões do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) na Reforma Curricular de Escolas Médicas Participantes do Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 4, p. 527 – 536, 2015.

AUTONOMO, F.; *et al.* A Preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Rev Bras Educ Med.**, v. 39, n. 2, p. 316-27, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02602014> . Acesso em: 27 nov. 2020.

AZEVEDO B.M.S. FERIGATO S. SOUZA T.P. CARVALHO S. R. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. **Interface (Botucatu)**. 2013; 17(44):187-99.

BALDOINO, A. S.; VERAS, R. M. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, p.17-24, 2016.

BANCO MUNDIAL. **La Enseñanza Superior: las lecciones derivadas de la experiencia (El Desarrollo en la práctica)**. Washington, D.C.: BIRD/Banco Mundial, 1994.

BARBOSA, L. Meritocracia e sociedade brasileira. **Rev. adm. empres.**, São Paulo. v. 54, n. 1, p. 80-85, fev. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020140108>. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475902014000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475902014000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 7 ago. 2020.

BARROS, J. A. C Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jul. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902002000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902002000100008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 set. 2020.

BASTOS, P. F. Território e redes de atenção à saúde no Recife: relação entre a atenção básica e os serviços de maior complexidade assistencial do SUS. 2015. Tese (Doutorado em Geografia). Universidade de Pernambuco, PE, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/15526?mode=full>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Lei número 9394, 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Ministério da educação, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina.** Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Lei Nº 10.260, em 2001. **Institui o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior. – FIES.** Brasília, DF, 2001b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília, DF. 1º ed, 2003.

BRASIL. Portaria ° 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 350, de 09 de junho de 2005.** Aprova critérios de regulação para a autorização e reconhecimento de cursos de graduação da área da saúde. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Republica Federal. Decreto Nº 6.096. **Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde.** Diário Oficial União, Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago 2007c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF, 2007d.

BRASIL. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. **Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências.** Diário Oficial da União, República Federativa do Brasil. Brasília, DF, jul. 2013.

BRASIL. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. **Aprova o Plano Nacional de Educação 2014-2024 e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Ministério da Educação gabinete do ministro portaria normativa nº 16, de 25 de agosto de 2014. **Estabelece os parâmetros para a contrapartida a ser oferecida ao Sistema**

**Único de Saúde - SUS para implantação e funcionamento de cursos de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada**, Brasília, DF, 2014b.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015. **Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão da Educação na Saúde Manual de Apoio aos Gestores do SUS para a implementação do COAPES**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF, 2015c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1. ed. rev. – Brasília, DF, 2018.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. Teaching-service integration: implications and roles in experiences of Undergraduate Courses in Nursing. **Rev Esc Enferm USP**, v. 1, n. 48, v1, p.118-124, 2014.

BONI, V. QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>

BUENO, R. R. L.; PIERUCCINI, M. C. **Abertura de escolas de medicina no Brasil: relatório de um cenário sombrio**. 2.ed. Brasília, DF: CFM, 2005.

CAMARGO, A. M. M.; ARAUJO, I. M. Expansão e interiorização das universidades federais no período de 2003 a 2014: perspectivas governamentais em debate. **Acta Scientiarum. Education**, v. 40, n. 1, 2018. DOI: <https://doi.org/10.4025/actascieduc.v40i1.37659>. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciEduc/article/view/37659/21759>. Acesso em: 17 set. 2020.

CAMPOS, J. J. B.; ELIAS, P. E. M.; CORDONI, J. L. O ensino da saúde coletiva na graduação médica: estudo de caso em três universidades do Paraná. **Med J.**, São Paulo, v. 6, n. 127, p. 335–341, 2009. Disponível em: <http://www.inesco.org.br/publicacoes/livros/joac campos/doutorado/files/basic-html/page52.html>. Acesso em: 19 jun. 2020.

CARMO, D. Atenção Especializada no SUS – da máquina de produção de procedimentos a uma rede de produção de cuidados. 2017. 153 f. **Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)** – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

CARVALHO, C. H. A. O PROUNI no governo Lula e o jogo político em torno do acesso ao ensino superior. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 27, n. 96 - Especial, p. 979-1000, out. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302006000300016>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010173302006000300016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010173302006000300016&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 1 mai. 2020.

CARVALHO, C. H. A. A mercantilização da educação superior brasileira e as estratégias de mercado das instituições lucrativas. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 54, p. 761-801, jul. 2013.

CAVALCANTE, L. M.; ALMEIDA, T. C.; EMANUELLA, M. L. R.; SANTOS, M. J. S. **Formação de profissionais para o SUS: contexto em Pernambuco**. In Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Experiências em educação permanente em saúde no estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede / Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Recife: Secretaria de Saúde, 2019.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço. **Caderno FNEPAS**, .1, p.19-27, 2011. Disponível em: [http://fnepas.org.br/artigos\\_caderno/v11/artigo2\\_formacao\\_para\\_sus.pdf](http://fnepas.org.br/artigos_caderno/v11/artigo2_formacao_para_sus.pdf). Acesso em: 10 ago. 2020.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis –Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-66, 2004.

CECCIM, R. B; CARVALHO, Y. M. **Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS**. In: Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. ROSENI, P, RICARDO, B. C; RUBEN, A. M. (ORGs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

CHAPLIN: Vida e pensamento. **Editora Martin Claret**. V.17. 1ª ed. p. 118, São Paulo, 1997.

CHAVES, V. L. J. Política de financiamento e a expansão da educação superior no Brasil: o público e o privado em questão. **Educação temática digital**, v. 17, n. 2. p. 427-441, 2015.

CHAVES, V. L. J.; AMARAL, N. C. Política de expansão da educação superior no Brasil - O PROUNI e o FIES como financiadores do setor privado. **Educação em revista**, v. 32, n. 4, p. 49-72, 2016.

CHAVES, V.L. J.; SANTOS, M. R. S.; KATO, F. B. G. Financiamento público para o ensino superior privado-mercantil e a financeirização. **Jornal de Políticas Educacionais**, v. 14, n. 8, p.1-20, jan. 2020.

CORTE, A.C. D.; LEMKE, C. K. O estágio Supervisionado e sua importância para formação docente frente aos novos desafios de ensinar. **educere congresso nacional de educação**, Curitiba, PR, 2015.

CUNHA, M. L. Z. **A formação em gestão em sistemas universais de saúde: semelhanças e diferenças entre Brasil e Espanha**. 2018. Tese (Tese de Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz – FRIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2018.

DAL POZ, M. R. ; COUTO, M. H. C.; FRANCO, T. A. V. Inovação, desenvolvimento e financiamento das instituições de Ensino Superior em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32 Sup 2:e00139915, 2016.

DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Cienc Saude Colet**, v. 18, n.6, p.1613-24, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S141381232013000600013&lng=pt&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232013000600013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 17 ago. 2020.

DURHAM, E.; SAMPAIO, H. "**Ensino privado no Brasil**". **Documento de trabalho do Nupes**. (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade de São Paulo - São Paulo, USP, 1995. Disponível em <<http://nupps.usp.br/downloads/docs/dt9503.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração ensino, pesquisa e serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saude Soc**, v. 22, n. 1, p. 187-98, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100017>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902013000100017&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902013000100017&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 19 jul. 2020.

FACCHINI, L. A.; BATISTA, S. R.; SILVA, J. R. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18952016>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902652](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902652). Acesso em: 12 set. 2020.

FEUERWERKER, C. C. M.; SENA, R. R. Contribuições ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências da UNI. **Interface, Comunic, Saúde, Educ**, v. 6. n. 10, fev, 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000100004>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832002000100004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832002000100004&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 17 ago. 2020.

FILIPAK, S. T; PACHECO, E. F. H. A democratização do acesso à educação superior no Brasil. **Revista Dialogo Educacional**, v. 17 n. 54, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/1026707/1984-7270/2019v19n1p7>. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167933902018000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167933902018000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 14 ago. 2020.

FINKLER, M; CAETANO, J. C; RAMOS, R. F. S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 39, p. 1053-70, 2011.

FONSECA, G. S.; JUNQUEIRA, S. R. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): o olhar dos tutores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1151-1162, 2014.

FRANCO, T. A. V.; POZ, M. R. D. A Participação De Instituições De Ensino Superior Privadas Na Formação Em Saúde No Brasil. **Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro**, v. 16, n. 3, p. 1017-1037, dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00163>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S198177462018000301017&lng=pt&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S198177462018000301017&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 ago. 2020.

FREITAS, L. O.; SANTOS, G. Ensino superior público brasileiro: acesso e permanência no contexto de expansão. **Argumentum**, v. 6, n. 2, p. 182-200, 2014. DOI: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v6i2.818>. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/8188/6217>. Acesso em: 15 set. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas [online]**. 1995, v. 35, n. 3 [Acessado 8 Março 2022] , pp. 20-29. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>>. Epub 18 Jul 2012. ISSN 2178-938X. <https://doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>.

GOMES, A. M.; MORAES, K. N. Educação superior no Brasil contemporâneo: transição para um sistema de massa. **Educ. Soc., Campinas**, v. 33, n. 118, p. 171-190, mar. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302012000100011>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010173302012000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010173302012000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso: 13 jun. 2020.

GOMES, N. L. Desigualdades e diversidade na educação. **Educ. Soc., Campinas**, v. 33, n. 120, p. 687-693, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302012000300002>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010173302012000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010173302012000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 fev. 2020.

GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 ago. 2020.

GONZALO, J. D et al. Value-added clinical systems learning roles for medical students that transform education and health: a guide for building partnership between medical schools and health systems. **Acad Med**, v. 96, n. 5, p. 602 – 607, 2016.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C.; PIERANTOLI, C. R.; BRENELI, S. L.; PASSARELA, T.; CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, Jun, 2010.

JUSTO, C. A crise do modelo biomédico e a resposta da promoção da saúde. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 117-118, dez. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S087090252010000200001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087090252010000200001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 set. 2020.

KHALAF, D *et al.* Integração ensino-serviço sob a percepção dos seus protagonistas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, n. 2, p. 1-20, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769231464>. Acesso em: 25 dez. 2020.

KREIMER, R. **História del mérito**. Local: editora, 2000.

KRIPKA, R.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa. Atas CIAIQ2015. **Investigação Qualitativa em Educação/Investigación Cualitativa en Educación**, v. 2, p. 243-247, 2015

KUABARA, C. T. M; Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. **REME**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 195-201, 2014. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140015> Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/918>. Acesso em: 19 jun. 2020.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902011000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 ago. 2020.

MANCEBO, D.; LÉDA, D. B. A privatização da educação superior no Brasil: impasses e desafios das políticas educacionais no estado neoliberal. *In*: jornada internacional de políticas públicas. Neoliberalismo e lutas sociais: perspectivas para as políticas públicas, 4, 2009, São Luís. **Anais eletrônicos**, São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2009. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/11\\_educacao/a-privatizacao-da-educacao-superior-no-brasil-impasses-e-desafios-das-politicas-educacionais-n.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/11_educacao/a-privatizacao-da-educacao-superior-no-brasil-impasses-e-desafios-das-politicas-educacionais-n.pdf). Acesso em: 29 jun. 2020.

MARIN M.J.S. OLIVEIRA M.A.C. OTANI M.A.P. CARDOSO C.P. MORAVCIK M.Y.A.D. CONTERNO L.O. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. **Cienc Saude Colet**. 2014; 19(3):967-74

MEIRELES, M. A. C.; FERNANDES, C. C. P.; SILVA, L. S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev. bras. educ. med., Brasília**, v. 43, n. 2, p. 67-78, Jun, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300013>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022019000200067&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000200067&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 ago. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORÁN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. **In: Souza CA, Morales OET, organizadores. Convergências midiáticas, educação e cidadania: aproximações jovens**. Ponta Grossa: UEPG/PROEX; 2015. v. 2, p. 15-33. (Coleção Mídias Contemporâneas)

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface (Botucatu)**, São Paulo, v.13, n.30, p. 153- 166, 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832009000300013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832009000300013&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso: 16 ago. 2020.

NALOM, D. M. F.; *et al.* Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1699-1708, 2019.

NEVES, C. E. B.; RAIZER, L.; FACHINETTO, R. F. Acesso, expansão e equidade na educação superior: novos desafios para a política educacional brasileira. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 9, n. 17, p. 346-452, jan-jun. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222007000100006>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151745222007000100006&lang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151745222007000100006&lang=pt). Acesso em: 16 jun. 2020.

NEVES, C. E. B.; MARTINS, C. B. Ensino superior no Brasil: uma visão abrangente. *Jovens Universitários em um Mundo em Transformação: uma pesquisa sino-brasileira*. 2009 **IPEA**. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9061/1/Ensino%20superior%20no%20Brasil.pdf>.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; LIMA, S. F; PEREIRA, M. U. L. Evolução, Distribuição E Expansão Dos Cursos De Medicina No Brasil (1808-2018). **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0018317, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S198177462019000100509&lng=t&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S198177462019000100509&lng=t&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 18 jun. 2020.

OLIVEIRA, R. S. **Saúde e desenvolvimento: um estudo sobre as condições socio sanitárias em municípios do território estratégico de Suape**. 2015. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Medicina, Recife, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/yPvhckcQRMsZKRSMLkd7qDJ/?lang=pt>. Acesso em: 23 set. 2020.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Education at Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing. **Paris**. Disponível em: <https://www.oecd.org/education/education-at-a-glance/>. Acesso: em 10 jun. 2020.

PAULA, M. F. C. Políticas de democratização da educação superior brasileira: limites e desafios para a próxima década. **Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 301-315, 2017.

PEREIRA, J. G. F.; APARECIDA, L. Articulação ensino-serviço e vigilância da saúde: a percepção de trabalhadores de saúde de um distrito escola. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 1, 2011.

PERNAMBUCO. Lei nº 15.065, de 4 de setembro de 2013. **Institui o Programa de Formação do Sistema Único de Saúde - FORMASUS**. Recife, PE, 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016-2019**. Recife, PE, 2016.

PIZZINATO, A et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 170-177, mar. 2012.

PRATA, P. R. Duzentos anos de formação médica no Brasil: onde e quando devem ser comemorados?. **Interface**, v. 14, n. 33, p.471-473, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200020>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000200020](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200020). Acesso em: 10 ago. 2020.

ROVER, M. R. M et al. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 691 – 711, 2016.

RUDNICKI, T.; CARLOTTO, M. S. Formação de estudante da área da saúde: reflexões sobre a prática de estágio. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-110, jun. 2007.

SALATA, A. Ensino Superior no Brasil das últimas décadas Redução nas desigualdades de acesso? Tempo Social. **Revista de sociologia da USP**, v. 30, n. 2, 2018.

SANTANA, C. et al. **Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco: trajetória, conquistas e desafios**. In: SOUZA, R. M. P. Educação Permanente em saúde: experiência viva na rede brasileira de escolas de saúde pública, Rio de Janeiro: ENSP/Red Escola, 2016.

SANTOS L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 3, p. 1671 – 1680, 2011.

SAVIANI, D. A expansão do ensino superior no Brasil: mudanças e continuidades. **Póiesis Pedagógica**, v. 8, n. 2, p. 4–17, 2011.

SCHEFFER, M. Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**. Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2015.

SCHEFFER, M et al. Demografia Médica no Brasil 2018. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, São Paulo, 2018.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2020. **FMUSP, CFM**, São Paulo. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8, 2020.

SEMESP. SINDICATO DAS MANTENEDORAS DO ENSINO SUPERIOR PRIVADO. **Mapa do Ensino Superior no Brasil**. 2019. Disponível em: [https://www.semesp.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Semesp\\_Mapas\\_2019\\_Web.pdf](https://www.semesp.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Semesp_Mapas_2019_Web.pdf). Acesso em: 29 jul. 2020

SGUISSARDI, V. Regulação estatal e desafios da expansão mercantil da educação superior. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 34, n. 124, p. 943-960, set. 2013.

SILVA, K. L et al. Desafios da formação do enfermeiro no contexto da expansão do ensino superior. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 380-387, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200024>. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452012000200024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000200024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 8 mar. 2020.

SILVA, R. A. S. A formação graduada de terapeutas ocupacionais para o cuidado na atenção primária à saúde no estado de São Paulo. UFSCar, **São Carlos**, 2016.

SILVA, F. A. et al. Papel docente no fortalecimento das políticas de integração ensino-serviço-comunidade: contexto das escolas médicas brasileiras. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2018, v. 22, suppl 1 [Acessado 3 Março 2022], pp. 1411-1423. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0062>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0062>.

SOUZA, P. A. **Repercussões do programa de incentivo as mudanças curriculares nos cursos de medicina (PROMED) nas escolas médicas**. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2010. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/308172>>.

SOUZA, M. R. A; MENEZES, M. Programa Universidade para todos (PROUNI): quem ganha o quê, como e quando? **Ensaio: aval. pol. públ. Educ**, Rio de Janeiro, v.22, n. 84, p. 609-634, jul./set. 2014.

TASCA, R. A. Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção à saúde no SUS: contribuições para o debate. **Organização Pan-americana de Saúde**, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TROW, M. Reflections on the transition from elite to mass to universal access: forms and phases of higher education in modern societies since WWII. **Berkeley: University of California**. (eds.), *International Handbook of Higher Education*, 243–280, 2005. Disponível em: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4020-4012-2\\_13](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4020-4012-2_13). Acesso em: 17 ago. 2020.

VENDRUSCOLO, C. PRADO, M. L. KLEBA, M. E. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2016, v. 21, n. 09 [Acessado 3 Março 2022], pp. 2949-2960. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.12742015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.12742015>.

VIEIRA, M. M. F. e ZOUAIN, D. M. **Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso – planejamento e métodos**. 2. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZAINKO, M. A. S. **Educação superior, democracia e desenvolvimento humano sustentável**. In: ZAINKO, M. A. S; GISI, M. L. Políticas e gestão da educação superior, Curitiba: Champagnat. P. 266, 2003.

ZARPELON, L. F. B; TERCENIO, M. L; BATISTA, N. A. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4241-4248, dez. 2018.

## **APÊNDICE A - EXPANSÃO E PRIVATIZAÇÃO DOS CURSOS DE MEDICINA E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO**

### **RESUMO**

A investigação problematizou os desafios decorrentes da importante expansão dos cursos de medicina públicos e sobretudo, privados, sobre a capacidade instalada da rede especializada de serviços de saúde do estado de Pernambuco. A análise dos resultados obtidos na investigação esteve orientada pelos pressupostos da integração ensino-serviço. Trata-se de uma análise exploratória que utiliza técnicas de pesquisa quantitativa e qualitativa do tipo estudo de caso, a partir de dados secundários do Ministério da Educação, período 2000 a 2018, de fontes documentais e de entrevistas semiestruturadas. Foram realizadas dez entrevistas com coordenadores dos estágios dos cursos públicos e privados e dos núcleos de ensino-serviço dos hospitais da rede de atenção especializada e com representante da Secretaria Estadual de Saúde. Para a análise dos dados das entrevistas utilizou-se a técnica de análise de conteúdo Kvale (1996). O processo de privatização do ensino superior se intensifica nos anos noventa, a partir da Lei de Diretrizes e Bases de 1996, da criação do Fundo de Financiamento Estudantil – Fies (2001), do Programa Universidades para Todos – Prouni (2005) e do Programa Mais Médicos (2013). Nesse cenário ocorreu a expansão dos cursos de medicina em todo o país, sobretudo do setor privado. Em Pernambuco, no ano 2000 os cursos públicos representavam 100% do total (dois cursos), passando para seis em 2018, quando já eram onze os privados. Das entrevistas se sobressaem: a preocupação com o caráter descomedido da expansão dos cursos de medicina com repercussão imediata na alocação dos alunos nos campos de estágio; a falta de planejamento integrado entre o aparelho formador, os serviços de saúde e a gestão do SUS, reduzindo o processo de integração ensino-serviço à mera distribuição de vagas; a disponibilidade de um conjunto de decisões políticas respeitantes à integração ensino-serviço, mas que não se faz acompanhar da necessária materialização, ao que pese algumas contradições existentes entre elas, sendo o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) um caso paradigmático. Em Pernambuco, a não implementação do COAPES correspondeu a ênfase na criação do FormaSUS. Se de um lado, o surgimento quase concomitante desses instrumentos legais pode sugerir a intencionalidade do setor público de ordenar a presença crescente do setor privado no ensino médico, por outro, a estratégia desses arranjos de negociação também pode ser interpretada enquanto intenções facilitadoras, mas nem sempre explicitadas, para a expansão do setor privado.

**Palavras-chaves:** serviços de integração docente-assistencial; educação médica; educação superior; privatização.

## **ABSTRACT**

The investigation problematized the challenges come from the important expansion of state and, above all, private medicine courses, on the installed capacity of the specialized network of health services in the state of Pernambuco. The outcome analysis obtained in the investigation was guided by the assumptions of teaching-service integration. This is an exploratory analysis that uses quantitative and qualitative research techniques such as case study, based on secondary data from the Ministry of Education, from 2000 to 2018, from documentary sources and semi-structured interviews. Ten interviews have been carried out with coordinators of the internship education of state and private courses and of the teaching-service centers of hospitals in the specialized care network and with a representative of the State Health Department. For the analysis of data from the interviews, it was used the analysis technique of Kvale content (1996). The process of privatization of higher education is intensified in the 1990s, with the Law of Guidelines and Bases of 1996, the creation of the Student Financing Fund – Fies (2001), the Universities for All Program – Prouni (2005) and the More Doctors Program (2013). In this scenario, there was an expansion of medical courses throughout the country, especially in the private sector. In Pernambuco, in 2000, state courses represented 100% of the total (two courses), rising to six in 2018, when there were eleven private courses. From the interviews, the following ones stand out: the concern with the excessive nature of the expansion of medical courses with immediate repercussions on the allocation of students in the internship education; the lack of integrated planning among the training system, health services and SUS management, reducing the teaching-service integration process to the mere distribution of vacancies; the availability of a set of political decisions regarding the teaching-service integration, but which is not accompanied by the necessary materialization, despite some existing contradictions among them, with the Organizational Contract for Teaching-Health Public Action (COAPES) being a paradigmatic case . In Pernambuco, the non-implementation of COAPES corresponded to the emphasis on the creation of FormaSUS. If, on the one hand, the almost concomitant emergence of these legal instruments may suggest the intention of the public sector to order the growing presence of the private sector in medical education, on the other hand, the strategy of these negotiation arrangements can also be interpreted as facilitating intentions, but not always made explicit, for the expansion of the private sector.

**Keywords:** teaching-assistance integration services; medical education; higher education; privatization.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, nas últimas três décadas, o ensino superior tem vivenciado um-crescimento importante de cursos públicos e privados, em um contexto de intensa privatização da educação superior no país. À luz dessas transformações, a presente investigação problematiza as repercussões do crescimento dos cursos de medicina públicos e, sobretudo privados no estado de Pernambuco, na rede especializada de atenção à saúde sob os pressupostos da integração ensino-serviço.

Faz-se necessário demarcar que o processo de privatização desse nível educacional foi intensificado na década de 1990 e, desde então, um conjunto de dispositivos legais tem possibilitado a flexibilização do seu marco regulatório, ganhando destaque inicialmente a Lei de Diretrizes e Bases de 1996 (Decreto no 2.306/97) durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (SGUISSARDI, 2013).

Esse decreto viabilizou a “diversificação das formas de organização das instituições de ensino superior” (SAVIANI, 2011) ao determinar a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão para as universidades, podendo as demais instituições de ensino, denominadas de estabelecimentos não-universitários, dedicar-se apenas à função de ensino (BRASIL, 2007a).

Outros dispositivos legais que devem ser destacados para a compreensão do fenômeno da privatização do ensino superior, referem-se à transferência do fundo público para o setor privado, sejam os considerados lucrativos ou os sem fins lucrativos, tais como, as instituições comunitárias, as confessionais ou as filantrópicas (CHAVES, 2015; SGUISSARDI, 2013; PAULA, 2017).

Esse fomento à iniciativa privada vem ocorrendo através do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) estabelecido pela Lei n. 10.260 em 2001 e do Programa Universidade para Todos (ProUni) instituído pela Lei n. 11.096 no ano de 2005. O primeiro concede financiamento para o pagamento das mensalidades e o segundo bolsas de estudo, integrais e parciais, para estudantes matriculados em instituições privadas de ensino superior (SALATA, 2018).

Um conjunto de estudos (CHAVES, 2015, 2016; SGUISSARDI, 2013; PAULA, 2017; CHAVES *et al.*, 2020) atestam que tais medidas vêm contribuindo para o processo de ampliação do acesso ao ensino superior por meio do fortalecimento das instituições privadas em detrimento das públicas. Em decorrência dessa decisão política, vivencia-se a presença marcante do setor privado nesse nível educacional.

Por outro lado, não se deve desconsiderar que o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), instituído pelo Decreto nº 6.096, de 24 de 2007, promoveu o processo de expansão das universidades públicas federais. Os efeitos dessa iniciativa podem ser percebidos pelos percentuais de crescimento de 60% no número de matrículas entre os anos de 2003 e 2011 (BRASIL, 2007a).

Para o caso específico da expansão dos cursos de medicina, o Programa Mais Médicos - instituído pela Lei nº 12.871 de 2013 - deve ser introduzido nesse debate. Isso porque, um dos seus eixos norteadores refere-se à expansão do número de vagas de graduação em medicina e de especialização/residência médica (BRASIL, 2013).

Entretanto, os eixos concernentes à melhoria em infraestrutura e equipamentos para a saúde e a chamada de médicos para regiões prioritárias do SUS (ALVES, 2017) não devem ser desconsideradas enquanto propostas para a ampliação do acesso ao Sistema Único de Saúde, em especial para a Atenção Primária à Saúde.

Faz-se necessário, igualmente, destacar que a proposta dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) é mencionada pela primeira vez no PMM e instituída em 2015 pela Portaria Interministerial nº 1.127. Essa Portaria ganha destaque na presente análise, ao definir as diretrizes para o fortalecimento da integração ensino-serviço no âmbito do SUS (BRASIL, 2015c).

O caráter privatista do ensino superior também se faz presente nos da área da saúde, conforme bem apontado por Dal Poz, Couto & Franco (2016) quando demonstraram o acréscimo da participação privada nas matrículas presenciais dos cursos da saúde, as quais passaram de 53% em 1993 para 73% em 2013.

Quanto ao curso de medicina, até o ano de 2004, as 33.864 matrículas no setor público ainda eram superiores as 31.101 do setor privado. Entretanto, a partir de 2006 esse cenário se reverte e o setor privado corresponde a 51,4% do quantitativo dessas matrículas, totalizando 38.047 em comparação às 35.987 matrículas no setor público (HADDAD *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2019. Em outubro de 2020, o Brasil contava com 357 escolas médicas com 37.823 vagas. Nos últimos dez anos, 84% das novas vagas foram disponibilizadas por instituições privadas, indicando que a expansão recente da oferta em graduação de medicina foi delegada principalmente ao setor privado (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Apesar desse expressivo crescimento no número de matrículas no curso de medicina em todo o país, o qual vem impulsionando um aumento importante no número absoluto de médicos destaca-se a permanência de duas questões importantes. A primeira, se refere à distribuição desigual desses profissionais entre as macrorregiões do país, as capitais e o interior. A razão

médico/habitante para todas as capitais do Brasil é igual a 5,65, no interior de todos os estados, essa razão cai para 1,49 médico por 1.000 habitante, ou seja, a população das capitais tem quatro vezes a proporção de médicos do interior. No caso de Pernambuco, na capital Recife essa razão é de 8,18 e cai para 0,74 médicos no interior (SCHEFFER *et al.*, 2020).

A segunda questão está relacionada com o objeto dessa investigação e diz respeito à integração ensino-serviço. De acordo com a Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), a ordenação da formação dos médicos e dos demais profissionais da saúde é uma das atribuições do SUS. Assim, o processo formativo desses profissionais depende da capacidade física e pedagógica da infraestrutura assistencial disponibilizada para as atividades de ensino, pesquisa e extensão nos três níveis de atenção à saúde do SUS.

A formação médica e dos demais profissionais de saúde deve estar orientada para as necessidades em saúde e as demandas da comunidade, de modo que esse processo pedagógico seja voltado para problematização, transformação da realidade e qualificação dos profissionais para o SUS. Para tanto, o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem e formação no âmbito do SUS deveriam estar ancorados nos pressupostos da integração ensino-serviço.

Desse modo, entende-se que a integração ensino-serviço pressupõe o diálogo permanente entre as instituições de ensino, a gestão do SUS, os trabalhadores da assistência, os estudantes/residentes e os usuários, com o objetivo de alcançar o planejamento integrado das ações em desenvolvimento nos distintos cenários das práticas e mais qualidade no processo formativo (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2015a).

Nessa mesma direção, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina (DCN) de 2014, reforçam a necessidade de uma formação de médicos generalistas com habilidades gerais, crítica, reflexiva e ética em todos os níveis de atenção em saúde (MEIRELES *et al.*, 2019).

Moretti-Pires (2009) acrescenta que para alcançar essas mudanças na formação médica faz-se necessária a articulação ensino-serviço com a integração de conhecimentos dos pares, das áreas de formação e dos serviços oferecidos pelo SUS, permitindo uma formação interprofissional e flexível que respeite as necessidades reais da população.

Essa tentativa de mudança visando aproximar o campo de prática da formação antecede e precede o SUS, considerando que várias iniciativas e programas foram formulados e instituídos com graus diferentes de implementação e datam da década de setenta do século vinte, tais como o Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA) criado em 1981 e o Projeto Uma Nova Iniciativa (UNI) de 1993 (ELLERY, 2013; DIAS *et al.*, 2013).

As iniciativas mais recentes formuladas e implementadas no âmbito da integração

ensino-serviço foram impulsionadas pela criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e pela articulação do Ministério da Saúde (MS) com Ministério da Educação (MEC). Destaques especiais devem ser dados ao COAPES, citado anteriormente, e à versão mais recente da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2018).

Outro documento de grande importância é a Resolução nº 350 de 2005 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), porque define e fundamenta um conjunto de critérios técnicos educacionais e sanitários relativos à abertura e ao reconhecimento de novos cursos na área da saúde. Entre esses critérios, destaca-se que a regulação da abertura e o reconhecimento de novos cursos deve prever a demonstração da oferta de vagas coerente com a capacidade instalada para a prática, o número de docentes existentes e a capacidade didático-pedagógica (BRASIL, 2005).

Entretanto, o que se tem observado é que a abertura dos cursos na área da saúde não tem levado em consideração esses condicionantes imprescindíveis para garantir a formação dos profissionais de saúde orientados pelos preceitos da integração ensino-serviço. Oliveira, Lima e Pereira (2019), ressalta a existência da pressão do aparelho formador sobre as redes municipais/estaduais de saúde para oferta de campos de prática.

Considerando as questões acima expostas, essa pesquisa se justifica pela relevância do tema da integração ensino-serviço e objetiva problematizar os desafios decorrentes da grande expansão dos cursos de medicina privados sobre a capacidade instalada da rede especializada do estado de Pernambuco.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma análise exploratória, com técnicas de pesquisa quantitativa e qualitativa do tipo estudo de caso (GIL, 2010). Participaram 5 hospitais selecionados dentro da rede de serviço de saúde especializada: 3 hospitais com gestão direta, com maior número de leitos hospitalares e com núcleo de ensino e serviço (Hospital da Restauração, Hospital Otávio de Freitas e Hospital Agamenon Magalhães); 2 hospitais de gestão indireta (Hospital Metropolitano Oeste – Pelópidas Silveira, Hospital Metropolitano Sul – Dom Hélder Câmara).

No âmbito das IES, fizeram parte da pesquisa os dois cursos de medicina das Universidades Públicas da RMR – Universidade de Pernambuco (UPE) e Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e os dois cursos de medicina das faculdades privadas mais antigas localizadas também RMR – Faculdade Pernambucana de Saúde e UNINASSAU.

Foi incluído também um representante da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde

Os sujeitos entrevistados participantes da pesquisa fazem parte das estruturas decisórias no âmbito da integração ensino-serviço e se enquadravam no critério de inclusão para os entrevistados que considerou a participação nas estruturas decisórias no âmbito da integração ensino-serviço, num tempo mínimo de 2 anos à frente do cargo.

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, a pesquisadora entrou em contato com os serviços, apresentando a proposta para coleta, que poderia ser presencial ou online, dada a anuência e assinatura do TCLE. Foram realizadas nove entrevistas de forma remota, através do Google Meet e 1 entrevista presencialmente. Todas as entrevistas foram gravadas e a transcrição delas faz parte do corpus de análise desta pesquisa.

Para dimensionar o cenário de expansão dos cursos de medicina públicos e privados, utilizou-se técnicas de pesquisa quantitativa. Os dados secundários sobre as IES foram provenientes do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/ME) e a partir do ano de 2010 do Sistema e-Mec (BRASIL, 2014b). As variáveis estudadas relacionadas as IES são: número de cursos, números de vagas e natureza jurídica, no Brasil e Pernambuco. Os dados quantitativos foram trabalhados por meio da estatística descritiva utilizando-se frequências absolutas e relativas para construção de gráficos e tabelas confeccionadas no Microsoft Office Excel.

Para abordagem qualitativa, foram utilizadas a análise documental, que segundo Lakatos e Marconi (2003), trata-se coleta de dados em fontes primárias, como documentos escritos ou não, arquivos particulares de instituições e domicílios, pertencentes a arquivos públicos e fontes estatísticas, além de entrevista semiestruturadas

O material das entrevistas possibilitará compreender a percepção dos sujeitos de como vem se estabelecendo o diálogo sobre a integração ensino-serviço, entre a Secretaria de Saúde, os núcleos hospitalares de ensino-serviço e as coordenações dos cursos de medicina das instituições públicas e privadas do estado.

Para análise dos dados das entrevistas e da pesquisa documental utilizou-se a técnica de análise de conteúdo Kvale (1996), seguindo os métodos para analisar e interpretar entrevistas qualitativas: condensação de significados, categorização de significados, estruturação de narrativas, interpretação dos significados e significado gerador por métodos ad hoc. Na pesquisa utilizou-se o método Condensação de significados, com o objetivo de identificar pontos em comum da percepção dos participantes. A condensação é a abreviação (redução) do texto em

declarações mais breves e sucintas. A identificação dos pontos em comum é realizada a partir do resultado das condensações.

As categorias de análise foram elencadas tomando por base as perguntas dos questionários semiestruturado, sabendo ainda que existe a possibilidade do surgimento de outras categorias a depender do material transcrito, resultado das entrevistas.

A codificação utilizada para representar as categorias dos entrevistados foram: Coordenadores de ensino (CE), para Coordenadores dos núcleos de integração ensino-serviço dos cursos de medicina públicos e privados; Coordenadores do serviço (CS), para Coordenadores dos núcleos de ensino e serviço dos hospitais da rede de atenção especializada e Coordenador de Educação e Saúde (CES), para o representante da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da SES/PE.

Esta pesquisa é parte do projeto intitulado “*O Processo de Expansão dos Cursos de Saúde no Estado de Pernambuco - Enfermagem, Medicina e Odontologia - seu impacto sobre a rede pública de serviços e sobre a formação profissional para o Sistema Único de Saúde*”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, conforme o número do parecer: 2.315.63 e CAAE: 73772217.1.0000.5208. Foram observados todos os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto foi cadastrado via plataforma Brasil e designado para a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sendo gerado CAAE 40675420.9.0000.5208 e aprovado sob parecer 4.598.126, em 18/03/2021.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As políticas educacionais iniciadas no governo Fernando Henrique Cardoso e que tiveram continuidade nos governos Lula e Dilma, estimularam fortemente o desenvolvimento de um setor privado na educação superior (SGUISSARDI, 2013; PAULA, 2017; CHAVES *et al.*, 2020).

Nesse sentido, importa recuperar que o processo de privatização do ensino superior vem se dando em um contexto de flexibilização do marco regulatório desse nível educacional, desde a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases de 1996 (Decreto no 2.306/97) e do Decreto no 3860 de 2001. Esse último, alterou o formato jurídico-administrativo das IES, diferenciando as universidades enquanto instituições de ensino, pesquisa e extensão de todas as outras instituições com função apenas de ensino, desde então, denominadas de estabelecimentos não-

universitários (SAVIANI, 2011; FÁVERO, SGUISSARDI, 2012).

Em Pernambuco, os cursos de medicina atualmente em funcionamento apresentam distintos formatos organizacionais: seis deles estão em universidades públicas; um, em universidade privada sem fins lucrativos; dois, em centros universitários (um com fins lucrativos e um sem-fins lucrativos); seis, em faculdades privadas (uma sem-fins lucrativos e cinco com fins lucrativos). Ou seja, a permissividade de uma legislação facilitadora de diferentes arranjos institucionais para o ensino superior contribuiu fortemente para a expansão de cursos privados descomprometidos com o ensino associado à pesquisa e à extensão.

Quando do surgimento das políticas de financiamento público para os estabelecimentos educacionais privados, elas foram alvo de intenso debate entre grupos de analistas e pesquisadores que se posicionavam pró ou contra a transferência de recursos pelo estado para entidades privadas. Na disputa política-ideológica situavam-se os defensores da educação enquanto um bem público e aqueles que as entendiam enquanto bem individual privado (CHAVES, 2015; SGUISSARDI, 2013; PAULA, 2017).

Era assim que os atores publicistas defendiam o aumento dos recursos públicos para a ampliação e fortalecimento das IES públicas, enquanto os privatistas advogavam que esses recursos deveriam fomentar o setor privado que passaria a ofertar uma parcela das suas vagas para o Estado. Tal interesse visava ampliar o setor privado com incentivos estatais, considerando o cenário de alta taxa de ociosidade de vagas que estavam acima de 740 mil no início da última década, resultando em uma baixa de sua lucratividade (SOUZA, MENEZES, 2014).

Quando do primeiro governo Lula, a expectativa dos publicistas era de que o caráter público do ensino universitário deveria prevalecer, ao enfatizarem o papel do Estado frente à política de educação superior. Entretanto, ao ser concebido o Prouni (2005) a tese prevalecente foi a de que “o Estado poderia aplicar recursos tanto nas instituições públicas, quanto nas entidades privadas”, e o êxito logrado por essas últimas garantiu a introdução e/ou a permanência das regras que terminariam por lhes beneficiar (SOUZA, MENEZES, 2014).

Desse modo, ficaram asseguradas decisões de seu maior interesse tais como, a redução da quantidade de bolsas disponíveis e dos controles institucionais para o acompanhamento da política, além da manutenção das isenções fiscais para as IES privadas, com ou sem fins lucrativos, inclusive isenções de tributos fundamentais na composição do Orçamento da Seguridade Social, a exemplo da CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas - e da COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (SOUZA, MENEZES, 2014; BRASIL, 2005).

Por essas razões, Pinto (2016) entende que o Prouni representa uma compra de vagas pelo governo federal na rede privada lucrativa, violando o art. 213 da Constituição Federal que permite a destinação de recursos públicos apenas para as IESP não lucrativas.

Estudo recente demonstra que no período de 2003 a 2017, enquanto o crescimento de recursos financeiros para o Fies e o ProUni para o setor privado foi da ordem de 1.316,2%, esse crescimento foi de apenas 155,6% no orçamento total de todas as universidades públicas federais. Ainda, em 2017 o governo federal liberou R\$ 24.176 bilhões para o Fies e para o Prouni, o que representou 44,2% do gasto federal com todas as sessenta e três universidades federais do país. (CHAVES *et al.*, 2020). É nesse cenário então, que irá ocorrer a expansão dos cursos públicos e especialmente dos cursos privados em todo o país. No caso particular da expansão dos cursos médicos, deve ser conferido grande destaque à criação do Programa Mais Médicos em 2013, no governo Dilma Rousseff, o qual foi estruturado em três eixos de ação. O primeiro, o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde; o segundo, a ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e na residência médica e o terceiro que consistiu na provisão emergencial de médicos para áreas vulneráveis (OLIVEIRA, 2015).

É dentro do segundo eixo que deve ser compreendida a expansão de escolas médicas para “priorizar regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos/habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos” (BRASIL, 2013).

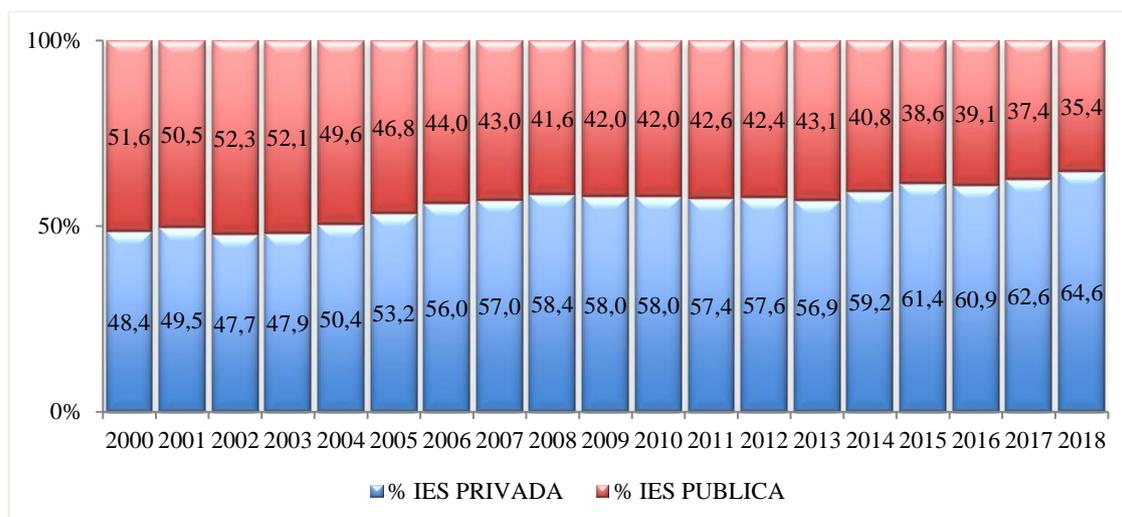
Entretanto, persistem as razões estruturais que explicam a extrema desigualdade da distribuição de médicos no território, quer sejam comparadas as grandes regiões do país, unidades da Federação, capital e interior de um mesmo estado ou grupos de municípios segundo estratos populacionais (SCHEFFER *et al.*, 2020, p.48).

Enquanto política pública, portanto, o PMM não logrou alterar o cenário de desigualdade distributiva dos médicos brasileiros. Ao permitir a expansão de vagas via cursos privados de medicina, terminou por fomentar o aparecimento desses cursos em quaisquer localidades, faltando mecanismos de regulação pública que obrigassem as IES a levar em conta a relevância e a necessidade social da oferta dos cursos.

No Brasil os cursos médicos privados passam a ser maioria em relação aos públicos desde 2005. A partir daquele ano, verifica-se uma aceleração de seu crescimento, caracterizando um movimento expansionista que assumirá o caráter de uma privatização intensiva em um contexto de plena mercantilização do ensino médico (Gráfico 1).

**Gráfico 1** - Percentual de Instituições de Ensino Superior de graduação em medicina segundo

natureza jurídica (público e privado) Brasil, 2000-2018.



**Fonte:** MEC/INEP-Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

Quanto ao estado de Pernambuco havia, em 2018, 11 cursos de medicina, os quais ofertavam 1.490 vagas. Desse total de vagas, 510 (34,3%) estavam no setor público e 980 no privado (65,7%) e até aquele ano todas as vagas privadas estavam localizadas na RMR (Região Metropolitana do Recife), enquanto as públicas estavam tanto na RMR (290), quanto no interior do estado (220). Convém destacar que em relação aos cursos privados, o primeiro deles é criado em 2006, mas já em 2014 eles eram predominantes.

Mais recentemente, entre 2018 e 2021, chama a atenção o surgimento de quatro cursos privados em apenas três anos, sendo um na RMR e quatro no interior (sendo que um deles com 50 vagas, está com abertura anunciada para 2022). Portanto, se desde a criação dos cursos públicos no estado, na primeira metade do século vinte até o ano 2000, existiam tão somente 290 vagas, em apenas duas décadas houve um acréscimo de 1.350 novas vagas, das quais 1.130 estavam alocadas no setor privado.

O fenômeno da interiorização dos cursos de medicina, tão bem descrito em todo o Brasil por Scheffer et al (2020), também vem ocorrendo no estado. Assim, foram instalados no interior, entre 2004 e 2014, quatro novos cursos públicos e, a partir de 2020, mais quatro privados. Atualmente, existem no estado quinze cursos autorizados pelo MEC, sendo seis públicos e nove privados, distribuídos na RMR e no interior.

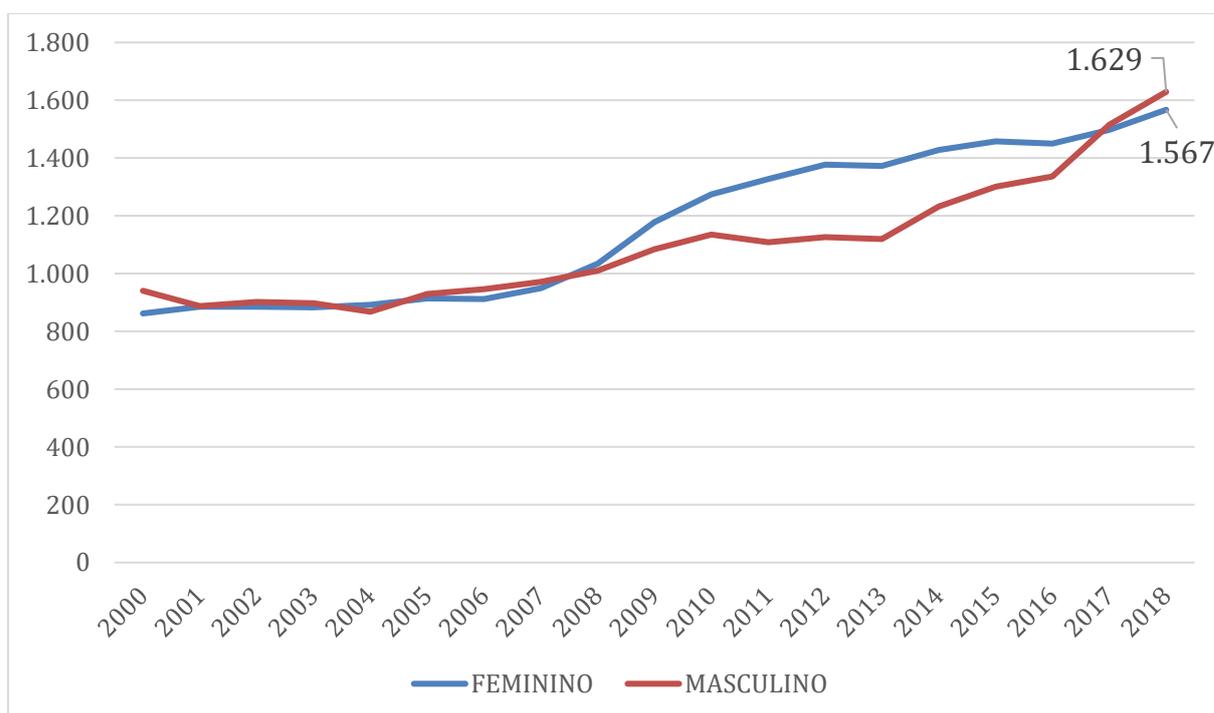
A questão da feminização presente nos cursos de medicina de todo o país está bem registrada na literatura (MACHADO, 1996; MINELLA, 2017; SCHEFFER *et al.*, 2011, 2018, 2020;). Esse fenômeno está condicionado pelas faixas etárias desses profissionais, sendo

observado entre os mais jovens (menores de 35 anos), havendo um equilíbrio numérico entre aqueles com 35 e 39 anos. No país como um todo, 53,4% dos médicos são homens e 46,6% são mulheres. Excepcionalmente, as mulheres constituem discreta maioria nos estados de Alagoas (51,6%), Rio de Janeiro (50,9%) e Pernambuco (50,2%) (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Em todo o país, e considerando o período de 2000 a 2018, há uma clara tendência de crescimento no número das matrículas das mulheres. O recorte de análise desta investigação, entre as IES públicas e privadas, demonstrou que esse fenômeno ocorre principalmente nas IES privadas. Desse modo, no ano de 2018 essas matrículas foram da ordem de 30.115 nas IES públicas e de 68.953 nas privadas.

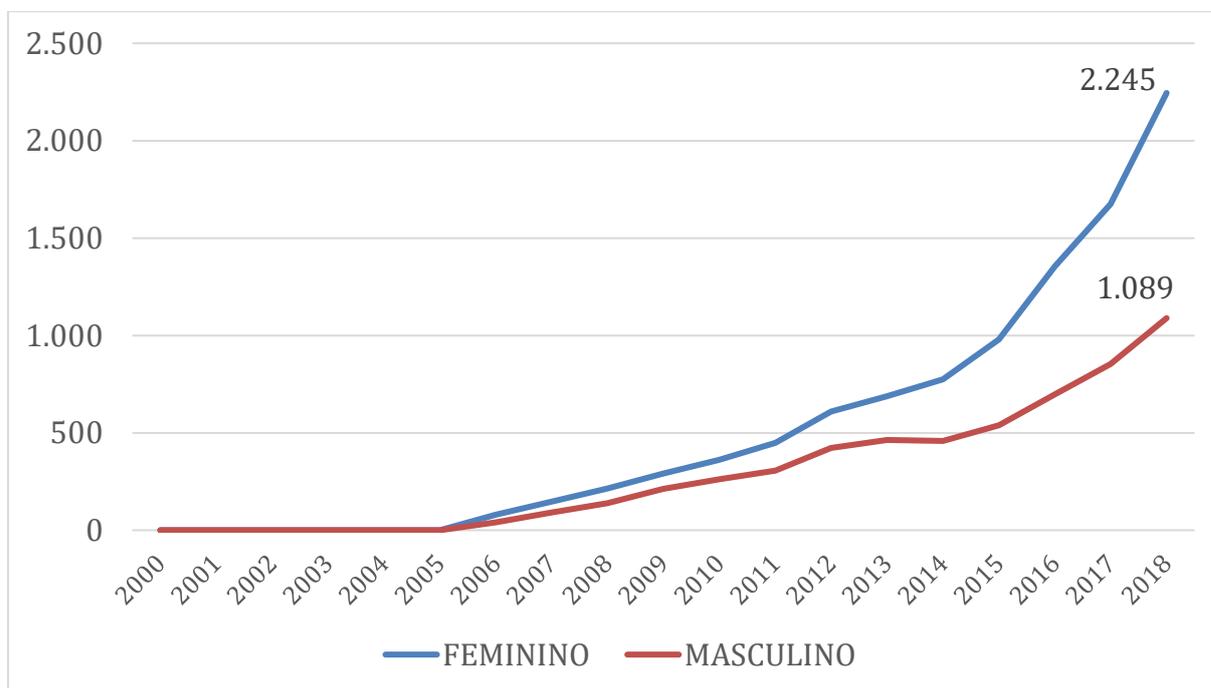
Entretanto, no estado de Pernambuco e desde o ano de 2017, as matrículas masculinas têm alcançado um discreto aumento nas IES públicas em relação às privadas, sendo 1.629 em 2018, versus 1.567 femininas. Já nas IES privadas, observa-se o forte predomínio das matrículas de mulheres (2.245 mulheres para 1.089 homens, ver gráfico 2 e 3).

**Gráfico 2** - Número de matrículas por gênero em IES públicas em Pernambuco, 2000-2018.



**Fonte:** MEC/INEP-Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

**Gráfico 3** - Número de matrículas por gênero em IES privadas em Pernambuco, 2000-2018.



**Fonte:** MEC/INEP-Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

Entre os estados com maior número de matrículas, Minas Gerais por exemplo, parece estar se desenhando, também no setor público, uma tendência de crescimento das matrículas masculinas em relação às femininas. Contudo, essas observações deverão ser acompanhadas nos próximos anos.

### **Repercussões da expansão e da privatização dos cursos de medicina sobre o processo de integração ensino-serviço**

Nessa seção serão apresentados os resultados empíricos referentes aos diálogos travados com os atores envolvidos no processo de integração ensino-serviço, em um contexto de expansão dos cursos de medicina no estado de Pernambuco e seus impactos para os campos de prática na rede de atenção especializada do SUS.

A presente análise relevou algumas políticas e ações que desde 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES/MS), passaram a expressar a centralidade programática da estratégia da integração ensino-serviço no âmbito do MS e do Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Desse modo, foram destacados o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013); a Portaria nº 16 (BRASIL, 2014b) que estabelece os parâmetros para as contrapartidas oferecidas ao SUS

pelos cursos privados de medicina; o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (BRASIL, 2015c) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2018).

No estado de Pernambuco, destaca-se a Lei do FormaSUS/2013 que institui as contrapartidas para o setor privado, tendo em vista o uso dos serviços públicos enquanto campo de estágio (PERNAMBUCO, 2013).

Essas ações fazem parte do arcabouço legal que recomenda a articulação de um trabalho coletivo e pactuado direcionado à integração ensino – serviço com o objetivo de transformar a formação dos profissionais de saúde, tudo isso articulado sob as bases de um planejamento integrado. Esse devendo ser compartilhado entre as instituições de ensino, os serviços de saúde e a gestão do SUS, enquanto processo permanente considerando as necessidades e a realidade dos serviços e dos trabalhadores visando à integralidade na formação (PIZZINATO *et al.*, 2012).

Ao contrário do que se preconiza, as falas de atores participantes do processo de ensino revelam que não há correspondência entre o que se propõe como parte do planejamento integrado e os fatos como eles acontecem.

*“É como eu comentei, eu acho que esse planejamento ele podia ser mais claro, ele podia ser exposto para todos nós, porque esse serviço ofertou x, y, z vagas; muitas vezes o centro de estudo eles também não se aproximam nessa discussão eu acho que as coisas estão fragmentadas, não existe um processo colaborativo, a gente recebe pronto e a gente precisa aceitar” (CE 1).*

*“Existia, sabe, eu estou usando muito esse tempo no passado porque há dois anos que não existe mais” (CS 2).*

Segundo Cavalcante *et al.*, (2019), o planejamento deveria acompanhar, apoiar as práticas, identificar demandas, criar estratégias, realizar e incentivar novas ações de desenvolvimento da rede de serviços de saúde em associação com os programas de ensino.

Necessário se faz, contudo, que haja uma convergência de intencionalidades entre esses diversos atores para que o esforço do planejamento alcance seus objetivos. Entretanto, ao serem indagados como acontece o planejamento integrado as respostas apontam para uma clara restrição do processo de discussão limitado ao quantitativo de vagas disponíveis para estágios nos serviços.

*“O estado ele pede para gente os setores que a gente pode receber e a quantidade que o nosso setor é capaz de absorver de cada área quantos estudantes podemos receber e preceptorar. Essa informação a gente*

*compila e encaminha para Secretaria de Saúde. Não existe uma mesa para negociar quem vai receber, em qual área. As vagas são todas disponibilizadas pela SES, a SES faz essa conversa com instituições e manda para gente já as vagas determinadas”. (CS 3)*

*“O centro de estudo eles também não se aproximam nessa discussão eu acho que as coisas estão fragmentadas não existe um processo colaborativo, a gente recebe pronto e a gente precisa aceitar. E aí não tem muito o que questionar, e eu confesso a vocês que muitas vezes melhor não falar nada, vai que a gente fala, e aí tira uma vaga nossa. Então eu acho que essa fragmentação ela não é saudável acho que a gente poderia ter um processo muito mais ativo, participativo, organizado e com critério.” (CE 2)*

Esse processo não deveria se reduzir apenas à distribuição de vagas, devendo estar dirigido, sempre, aos objetivos de aprendizagem e às necessidades da assistência com avaliação contínua dos campos de estágio.

Inclusive, revisitando as DCN do curso de graduação em medicina (2014), encontra-se que o planejamento deve fazer parte do próprio processo de formação, incluindo nesse processo o desenvolvimento de competências e a autonomia do estudante.

Desse modo, reduzir o planejamento integrado a distribuição de vagas, reduz também a integração ensino - serviço a um processo mecânico e sem qualidade, tanto na atenção à saúde quanto na formação profissional.

Posto isso, a PNEPS reafirma que o planejamento integrado deve ser utilizado para balizar e formalizar as relações intersetoriais e interinstitucionais (BRASIL, 2018), sendo apoiada pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

No estado de Pernambuco, essas Comissões foram criadas em consonância com as Diretrizes Nacionais de Educação Permanente, com o objetivo de contribuir para um processo efetivo de integração ensino-serviço na elaboração de um planejamento integrado (PERNAMBUCO, 2014). Elas são compostas por atores estratégicos que formam o que Ceccim e Feuerwerker (2004), denominaram quadrilátero da formação, entendido como a articulação entre ensino, gestão, atenção e controle social.

Contudo, o que se apresenta nos discursos dos atores entrevistados é uma lacuna de reuniões da CIES referida ao momento de pandemia. Isso porque, os coordenadores mencionaram que os convites para participação nas reuniões com a CIES não eram direcionados aos núcleos de ensino-serviço dos hospitais. Nesse sentido, não é possível afirmar se essas reuniões aconteciam sistematicamente.

*“Há dois anos, essa reunião deixou de existir, pelo menos não sei se deixou de existir, mas o hospital não passou a ser mais convidado. Coincidiu exatamente com esse período de pandemia, nem de forma remota a gente não é mais convidado” (CS 2).*

Ao reconhecer a importância das CIES, enquanto instância colegiada interinstitucional de natureza política (FRANÇA, 2017), interessa refletir sobre a necessidade de fortalecer e difundir junto aos atores do “quadrilátero de formação” a efetividade de suas ações.

Uma decisão política estratégica para o fortalecimento da integração ensino-serviço foi a criação do COAPES. Esse instrumento foi referido pela primeira vez no PMM (BRASIL, 2013) e tomou forma legal a partir da Portaria Interministerial nº 1.127, ao estabelecer “as diretrizes voltadas à celebração dos compromissos das instituições de ensino, programas de residência em saúde e gestões municipais e estaduais de saúde para o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem e formação no âmbito do SUS” (BRASIL, 2015c).

Entretanto, chama a atenção o desconhecimento de alguns dos entrevistados a respeito do significado desse contrato organizativo, quando enunciam que ele deve ser realizado entre as prefeituras e os serviços.

*“Mas a discussão do COAPES, é só com Prefeituras que eu lembre, está certo? Prefeitura de Recife, de Jaboatão, acho que de...não sei se foi São Lourenço ou foi Camaragibe não lembro mais, mas de certeza a de Recife, sim. Mas COAPES para Secretaria Estadual eu não participei”. (CE 1)*

*“Não. Não acompanhei a discussão. Se houve algum tipo de participação, deve ter sido do pessoal da Secretaria, mas também não nos reportaram nada”. (CS4)*

No estado de Pernambuco, até o presente momento, não há registro de celebração de COAPES, seja envolvendo a SES/PE ou a Secretaria Municipal de Saúde do Recife.

*“Então, a gente entende também, o COAPES como um instrumento importante, que trouxe diretrizes, trouxe uma orientação para os gestores, é importante especialmente para os gestores municipais. No Estado, a gente fez uma discussão à época que saiu o COAPES” (CES).*

A importância do COAPES para as instituições de ensino deve-se ao fato de que ele assegura a inserção dos estudantes no SUS por meio de uma pactuação transparente e com mais estabilidade, por se constituir em um dispositivo importante para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais, além de ser considerado um indicador de avaliação das instituições de ensino e dos cursos de saúde no Sistema Nacional de Avaliação da Educação

Superior (SINAES) (BRASIL, 2018). Por todas essas razões, é no mínimo estranho, a inexistência de qualquer movimento em direção à construção de um COAPES local (estadual e/ou municipais).

Essa parece ser uma situação que predomina em todo o país, considerando que em uma Oficina de Experiências sobre os COAPES realizada pela SGTES/MS em 2017, apenas dezenove experiências de contratualização estiveram presentes. Aliás, como se encontra registrado no texto da PNEP (BRASIL, 2018) não tem sido simples o processo de construção dos COAPES, porquanto a efetivação do diálogo interinstitucional se faz acompanhar de obstáculos de distintas naturezas (jurídicas, administrativas, sociais, de concepções, de ideologias e de práticas diversas), não sendo isenta de disputas e conflitos.

Ao se analisar os documentos que fundamentaram a construção da ideia do COAPES, observa-se que eles estão situados no marco temporal compreendido entre 2013 e 2015 (Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos; Portaria Interministerial no 10/MEC/MS, de 20 de agosto de 2014; Portaria Interministerial no 1.127/MEC/MS, de 04 de agosto de 2015).

Portanto, a não efetivação do COAPES no espaço das políticas de saúde e educação, poderia ser interpretada enquanto parte das disputas e conflitos acima mencionados. Nesse sentido, como “priorizar a inserção das IES públicas nos cenários de práticas, conforme os preceitos do SUS” (BRASIL, 2015c) quando já estava consolidada a expansão mercantilizada do ensino superior em saúde?

Importa destacar também que apesar do COAPES ser um instrumento orientador para a formação de um espaço integrado ensino-serviço, ele não considera o crescimento notável dos cursos superiores da saúde, em particular do setor privado, ao omitir não apenas as dificuldades atuais relativas à escassez de vagas para os campos de estágios, como também, as que porventura venham a existir.

Em municípios que celebraram o COAPES, como São João del-Rei (MG) e um outro de médio porte do noroeste paranaense, os gestores de instituições de ensino e dos serviços já identificaram a necessidade de novos ajustes e contratualizações devido ao crescimento do número de cursos no ensino superior de saúde (CASTRO *et al.*, 2020; AQUILES *et al.*, 2018).

Em um contexto no qual os impedimentos para a efetivação do COAPES têm predominado, o estado de Pernambuco criou um Programa de Formação do Sistema Público de Saúde, o FormaSUS (Lei nº 15.065/2013). Tanto que a representante da SES/PE ao ser indagada sobre a existência ou não do COAPES mencionou:

a gente já tem uma Lei estadual que é a Lei do Programa de Formação

## do Sistema Público de Saúde - FormaSUS - Lei Nº 15.065/ 2013

O texto legal do FormaSUS se restringe à definição de contrapartidas para o setor privado do ensino superior na área da saúde pelo uso dos serviços públicos como campo de estágio. A liberação de vagas para estágios na rede estadual está ligada à oferta de bolsas integrais pelas IES privadas, bolsas essas que deverão corresponder a 10% (dez por cento) das vagas disponibilizadas pela Secretaria de Saúde no primeiro ano de adesão ao convênio e a 7,5% (sete e meio por cento) para os quatro anos subsequentes (PERNAMBUCO, 2013).

Já para as IES públicas, o FormaSUS menciona a garantia de vagas de campo de estágio sem deixar claro tanto o quantitativo, como a forma de distribuição (PERNAMBUCO, 2013). Contudo, mesmo com a existência desse instrumento “garantidor de vagas para o setor público”, um coordenador de curso de uma IES pública menciona a dificuldade para inserção dos alunos.

*“Quando a Secretaria começou a fazer esse mapeamento colocou o Maria Lucinda também. Hoje em dia, por exemplo, eu nem consigo mais mandar aluno para lá, porque esse hospital começou também a ter um convênio com uma instituição particular, e aí a prioridade passou a ser eles” (CE 3).*

Portanto, o FormaSUS ao não enfrentar a insuficiência da rede de serviços frente à demanda das IES públicas e, sobretudo das privadas, termina se configurando enquanto um instrumento bastante limitado para fomentar a integração ensino-serviço.

Todavia, na perspectiva do setor privado, tanto o FormaSUS quanto o COAPES são percebidos enquanto instrumentos de contrapartida que oneram o setor. No primeiro caso, pelo compromisso com a oferta de bolsas; em relação ao COAPES, pela atribuição de investir na melhoria dos serviços, mediante o financiamento de reformas na estrutura física dos serviços, na aquisição de equipamentos, etc.

*“A gente está numa instituição privada, normalmente já tem um custo alto para inserir o aluno no serviço; como a instituição consegue também fazer essas contrapartidas? É complexo, nosso custo é elevadíssimo. Os profissionais eles têm um custo elevado e a gente precisa financeiramente estar saudável para se manter e ofertar o serviço de qualidade. Então, é complicado a instituição privada fazer essas duas frentes, tanto uma contrapartida quanto a implementação de alguma coisa lá”. (CE 1)*

Não se trataria, então, de contrapor o COAPES à Lei do FormaSUS. Enquanto a Lei tem como objetivo exclusivo a definição das contrapartidas, o alcance do COAPES vai além ao fundamentar os processos participativos para formação e desenvolvimento profissional de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS.

Por outro lado, o COAPES pode, também, favorecer o setor ao facultar às IES privadas a realização “de investimentos na aquisição de equipamentos, material permanente e outros bens” para o beneficiamento dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2015c). Isso porque,

*“Quando começou a ficar muito embate, muitas universidades privadas na reunião geravam meio que um mal-estar, daqueles assim: por que não conseguiu a vaga nesse serviço? E eles tem o poder de convencimento maior. Eles podem dar uma contrapartida em materiais, em melhorias do serviço e nós não temos isso.” (CE 3)*

No processo de disputa por vagas entre as IES, decorrente de insuficiências e/ou dificuldades outras da rede de serviços do SUS, resulta que o setor privado ao ter facultado pela legislação a possibilidade de utilizar recursos materiais no processo de negociação com os gestores locais, termina por acumular vantagens frente ao setor público. Não seria demais sugerir que esse processo, por vezes, tende a se configurar enquanto um “balcão de negócios”.

Aliás, é exatamente dessa possibilidade que trata a Portaria Normativa nº 16 (BRASIL, 2014b), dirigida exclusivamente para os cursos privados de medicina, quando estabelece as contrapartidas a serem oferecidas ao SUS por essas instituições. Assim, as contrapartidas são as seguintes: formação para os profissionais da rede de atenção à saúde; construção e/ou reforma da estrutura dos serviços de saúde; aquisição de equipamentos para a rede de atenção à saúde; e pagamento de bolsas de Residência Médica em Programas de Medicina de Família e Comunidade e, no mínimo, dois outros das áreas prioritárias (Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia).

Se o COAPES foi inicialmente referido no PMM em 2013, sem qualquer detalhamento, vale registrar que as definições das contrapartidas acima mencionadas e que irão compor seu texto fundacional, já estavam instituídas mesmo antes de ele tornar-se público em 2015. De outro modo, o próprio COAPES já é mencionado no Art. 3º dessa Lei enquanto instância disciplinadora da execução das contrapartidas.

Art. 3º A contrapartida deverá estar em consonância com a estrutura de serviços, ações e programas de saúde do município sede do curso de graduação em Medicina e deverá ser disciplinada por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde pactuado com o gestor local do SUS (BRASIL, 2014b).

Portanto, se de um lado, o surgimento quase concomitante desses instrumentos legais pode sugerir a intencionalidade do setor público de ordenar a presença crescente do setor privado no ensino médico, por outro, a estratégia desses arranjos de negociação também pode

ser interpretada enquanto intenções facilitadoras, mas nem sempre explicitadas, para a expansão do setor privado. Por último, não se deve descartar o interesse da gestão pelas contrapartidas providas pelo setor privado, em cenário permanente de desfinanciamento do SUS.

Por todas essas razões, faz todo sentido a fala de um dos coordenadores de curso do setor público, quando expressa claramente seu entendimento de que as IES privadas dispõem de um poder de convencimento muito maior. E avalia enquanto proposta para o enfrentamento do problema a criação de projetos de lei que possam orientar o poder público nesse movimento de distribuição de vagas de estágio, sobretudo para IES públicas.

*“Por isso que eu penso que a gente deveria ter a priorização, das vagas do estado para as escolas públicas, porque é pago pelo povo. A gente precisa levar um projeto de lei para a assembleia para aprovar a prioridade das vagas do público, no público. Aí resolve!” (CE 4).*

Outro aspecto referido pelos entrevistados é a ausência de um projeto político pedagógico coerente com as necessidades sociais, aqui entendidas enquanto aquelas provenientes tanto da demanda da sociedade, quanto da própria organização dos serviços.

*“Poderia ter um alinhamento melhor, já que você tá usando o mesmo campo de prática e não uma reunião apenas para a gente dividir vagas, mas que cada um expusesse quais são os seus objetivos naquele estágio, o que se espera, quais as habilidades e competências dos alunos que se espera atingir. E que a gente fizesse uma coisa unificada, porque eles vão tá no mesmo lugar. E isso eu sinto diferença, entende, porque a gente perdeu isso. Os preceptores não vão dar conta de cada um. Então, acaba ficando a coisa do estágio meio jogado”. (CE4)*

*“Então acaba que a gente é um campo para absorver esses estudantes em formação, mas não recebe nem contrapartida do estado e nem da faculdade, então talvez isso fosse algo para ser melhorado”. (CS 3)*

Vale considerar que o desenvolvimento da integração ensino-serviço deve estar articulado a um projeto político pedagógico “construído em parceria e com compromissos assumidos com gestores locais do SUS, com a promoção do conhecimento sobre a realidade local, seus saberes e práticas e com o desenvolvimento de responsabilidades entre instituições, estudantes e realidade local” (BRASIL, 2005).

Desse modo, a aproximação das instituições formadoras com a gestão do SUS em um espaço de negociação, de escuta das necessidades de cada ator para o planejamento conjunto é um desejo explicitado nas falas dos participantes desta pesquisa.

*“eu gostaria que isso um dia se concretizasse de fato. Que a gente tivesse essa aproximação da academia com o serviço, do ensino com o*

*serviço, para que isso tivesse uma influência extremamente positiva na formação desses profissionais.” (CS 4)*

*“eu acho que a gente poderia aproximar mais as instituições. Não só essas que você citou que estão participando desse estudo, mas as muitas outras que fazem parte do nosso Estado”. (CE 3)*

Além do desejo dos participantes, a integração ensino-serviço, de acordo com as Diretrizes Curriculares de 2014, é uma exigência da formação médica para construir habilidades e competências em diversos contextos do trabalho em saúde, objetivando a transposição do paradigma biomédico e a incorporação de outras dimensões no cuidado em saúde.

Contudo, os resultados dessa investigação não autorizam afirmar que se encontre em curso no estado de Pernambuco uma experiência concreta de integração ensino-serviço, seja pelos depoimentos dos entrevistados e por quanto eles possibilitaram constatar o não cumprimento da legislação em vigor, apesar de algumas contradições que lhe são implícitas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de expansão do ensino médico no Brasil remonta aos anos sessenta do século vinte, tendo atravessado momentos muito distintos em sua história. É relevante, contudo, o período recente (2005-2018) no qual há um aumento expressivo no número de instituições privadas, as quais passam a sobrepujar as públicas e se consolida um processo expansionista que tem assumido características francas de intensiva privatização e mercantilização.

Nesse sentido, o que se constatou estar ocorrendo no estado de Pernambuco, ao mesmo tempo em que se coaduna com o panorama nacional, traz à cena um conjunto de preocupações para educadores das instituições públicas e privadas locais, bem como para os gestores do SUS.

Ainda que estejam disponíveis instrumentos legais voltados à regulação da abertura de cursos e à integração ensino-serviço, não há evidências de que as diretrizes concernentes a esses instrumentos se constituam enquanto prioridade para o projeto expansionista.

Além das dificuldades atuais que essa investigação apontou no sentido de se assegurar uma efetiva regulação do setor educacional privado, tendo em vista seu redirecionamento para as finalidades do SUS, mantida a atual tendência de crescimento pode-se prever a intensificação do processo de privatização e mercantilização do ensino médico.

Simultaneamente, ajunta-se a esse contexto o destacado crescimento e a progressiva complexidade organizacional alcançados pelos setores privados da saúde e da educação, nas duas últimas décadas e em todo o país, os quais pleiteiam sem reservas, ocupar espaço na

agenda de formulação dessas políticas setoriais. Considerando serem inconciliáveis interesses públicos e privados quando está em jogo o projeto de acumulação capitalista, pode-se projetar um cenário de permanência e de intensificação de conflitos e disputas no processo da integração ensino-serviço.

## REFERÊNCIAS

ALVES, S. M. C. Programa Mais Médicos – Dois anos: mais saúde para os brasileiros. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 27, n. 03, p. 233–238, 2017. DOI: 10.51723/ccs.v27i03.79. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/79>. Acesso em: 27 jan. 2022.

AQUILES, G. J.; BALDISSERA, V. D. A., TOME, L.; ZANE, E. M., PIMENTEL, L. D. R. Trabalho interprofissional em saúde na construção do COAPES - relato de experiência de educação permanente de trabalhadores gestores. **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 8, p. 3-4, 2018.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 350, de 09 de junho de 2005**. Aprova critérios de regulação para a autorização e reconhecimento de cursos de graduação da área da saúde. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. República Federal. Decreto Nº 6.096. **Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências**. Diário Oficial da União, República Federativa do Brasil. Brasília, DF, jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação gabinete do ministro portaria normativa nº 16, de 25 de agosto de 2014. **Estabelece os parâmetros para a contrapartida a ser oferecida ao Sistema Único de Saúde - SUS para implantação e funcionamento de cursos de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada**, Brasília, DF, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF, 2015c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde,

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1. ed. rev. – Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Censo da Educação Superior 2018: notas estatísticas**. Brasília, DF, 2019.

CASTRO, L. H. A.; MORETO, F.V. C.; PEREIRA, T. T. **Política, planejamento e gestão em saúde**. Ponta Grossa: Atena, 2020.

CAVALCANTE, L. M.; ALMEIDA, T. C.; EMANUELLA, M. L. R.; SANTOS, M. J. S. **Formação de profissionais para o SUS: contexto em Pernambuco**. In Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Experiências em educação permanente em saúde no estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede / Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Recife: Secretaria de Saúde, 2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis –Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-66, 2004.

CHAVES, V. L. J. Política de financiamento e a expansão da educação superior no Brasil: o público e o privado em questão. **Educação temática digital**, v. 17, n. 2. p. 427-441, 2015.

CHAVES, V. L. J.; AMARAL, N. C. Política de expansão da educação superior no Brasil - O PROUNI e o FIES como financiadores do setor privado. **Educação em revista**, v. 32, n. 4, p. 49-72, 2016.

CHAVES, V.L. J.; SANTOS, M. R. S.; KATO, F. B. G. Financiamento público para o ensino superior privado-mercantil e a financeirização. **Jornal de Políticas Educacionais**, v. 14, n. 8, p.1-20, jan. 2020.

DAL POZ, M. R. ; COUTO, M. H. C.; FRANCO, T. A. V. Inovação, desenvolvimento e financiamento das instituições de Ensino Superior em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32 Sup 2:e00139915, 2016.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Cienc Saude Colet**, v. 18, n.6, p.1613-24, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>. Disponível em:[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S141381232013000600013&lng=pt&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232013000600013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 17 ago. 2020.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração ensino, pesquisa e serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saude Soc**, v. 22, n. 1, p. 187-98, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100017>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902013000100017&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902013000100017&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 19 jul. 2020.

FÁVERO, M. L. A.; SGUISSARDI, V. Quantidade/qualidade e educação superior. **Revista Educação em Questão**, Natal, v. 42, n. 28, p. 61-88, abr. 2012.

FRANÇA, T et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017.

FREITAS, L. O.; SANTOS, G. Ensino superior público brasileiro: acesso e permanência no contexto de expansão. **Argumentum**, v. 6, n. 2, p. 182-200, 2014. DOI: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v6i2.818>. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/8188/6217>. Acesso em: 15 set. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, A. M.; MORAES, K. N. Educação superior no Brasil contemporâneo: transição para um sistema de massa. **Educ. Soc., Campinas**, v. 33, n. 118, p. 171-190, mar. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302012000100011>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010173302012000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010173302012000100011&lng=en&nrm=iso). Acesso: 13 jun. 2020.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C.; PIERANTOLI, C. R.; BRENELI, S. L.; PASSARELA, T.; CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, Jun, 2010.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MACHADO, H. **Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão**. 1996. Tese. (Doutorado em Ciências Humanas e Sociologia). Instituto de Pesquisa do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 1996.

MEIRELES, M. A. C.; FERNANDES, C. C. P.; SILVA, L. S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev. bras. educ. med., Brasília**, v. 43, n. 2, p. 67-78, Jun, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300013>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022019000200067&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000200067&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 ago. 2020.

MINELLA, L. S. Medicina e feminização em universidades brasileiras: o gênero nas interseções. **Revista Estudos Feministas**, v. 25, n. 3, p. 1111 – 1128, 2017.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface (Botucatu)**, São Paulo, v.13, n.30, p. 153- 166, 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832009000300013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832009000300013&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso: 16 ago. 2020.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; LIMA, S. F; PEREIRA, M. U. L. Evolução, Distribuição E Expansão Dos Cursos De Medicina No Brasil (1808-2018). **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0018317, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S198177462019000100509&lng=t&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S198177462019000100509&lng=t&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 18 jun. 2020.

OLIVEIRA, R. S. **Saúde e desenvolvimento: um estudo sobre as condições socio sanitárias em municípios do território estratégico de Suape**. 2015. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Medicina, Recife, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/yPvhckcQRMsZKRSMLkd7qDJ/?lang=pt>. Acesso em: 23 set. 2020.

PAULA, M. F. C. Políticas de democratização da educação superior brasileira: limites e desafios para a próxima década. **Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 301-315, 2017.

PERNAMBUCO. Lei nº 15.065, de 4 de setembro de 2013. **Institui o Programa de Formação do Sistema Único de Saúde - FORMASUS**. Recife, PE, 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria de saúde do estado de Pernambuco. Comissão Intergestores bipartite. Resolução CIB/PE N 2548, de 27 de março de 2014. **Regimento interno da comissão de integração ensino e serviço do estado de Pernambuco – CIES estadual**. Pernambuco, PE, 2014.

PINTO, J. M. R. Uma análise da destinação dos recursos públicos, direta ou indiretamente, ao setor privado de ensino no Brasil. **Educação & Sociedade**, v. 37, n. 134, p. 133-152, 2016.

PIZZINATO, A et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 170-177, mar. 2012.

SALATA, A. Ensino Superior no Brasil das últimas décadas Redução nas desigualdades de acesso? Tempo Social. **Revista de sociologia da USP**, v. 30, n. 2, 2018.

SAVIANI, D. A expansão do ensino superior no Brasil: mudanças e continuidades. **Póiesis Pedagógica**, v. 8, n. 2, p. 4–17, 2011.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina**, São Paulo, 2011.

SCHEFFER, M et al. Demografia Médica no Brasil 2018. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, São Paulo, 2018.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2020. **FMUSP, CFM**, São Paulo. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8, 2020.

SGUISSARDI, V. Regulação estatal e desafios da expansão mercantil da educação superior. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 34, n. 124, p. 943-960, set. 2013.

SOUZA, M. R. A; MENEZES, M. Programa Universidade para todos (PROUNI): quem ganha o quê, como e quando? **Ensaio: aval. pol. públ. Educ**, Rio de Janeiro, v.22, n. 84, p. 609-634, jul./set. 2014.

## APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

**Título do projeto:** Expansão dos cursos de medicina em Pernambuco e a rede de atenção especializada

**Pesquisador responsável:** Rafaela Gomes Ribeiro de Sá

**Instituição/Departamento de origem do pesquisador:** Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**Telefone para contato:** (81)9.9801-2304

**E-mail:** rafchagomes@hotmail.com

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa;

Recife, ..... de ..... de 2020

---

**Assinatura Pesquisador Responsável**

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: Expansão dos cursos de medicina em Pernambuco e a rede de atenção especializada, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Rafaela Gomes Ribeiro de Sá, com endereço Rua Marquês de Valença, nº 125 – Apt. 401, Boa Viagem e CEP 51.021-500 – telefone (81) 99801.2304 e e-mail: rafchagomes@hotmail.com.

Está sob a orientação das pesquisadoras: Heloísa Maria Mendonça de Moraes, Telefone: (81) 98640.3862, e-mail: [heloisa.morais@uol.com.br](mailto:heloisa.morais@uol.com.br); e Raquel Santos Oliveira, Telefone: (81) 98149.9865, e-mail: [raquelsoliveira78@yahoo.com.br](mailto:raquelsoliveira78@yahoo.com.br).

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- **Descrição da pesquisa:** é crescente a maior demanda por estágio na rede de atenção especializada da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco requerida pela consequente expansão dos cursos de medicina públicos e privados no estado. A integração ensino-serviço, como pilar de formação, em todos os níveis de atenção à saúde é capaz de proporcionar aos alunos uma construção de conhecimento crítica e reflexiva amparado nos princípios basilares do SUS e respeitando às necessidades do paciente. Para isso faz-se necessário, portanto, a disponibilidade física e pedagógica no campo de estágio - enquanto espaço de vivência desse processo formativo – para os estudantes de graduação em saúde. Desse modo o estado vem oferecendo esse espaço adequadamente? Quer dizer, houve expansão da rede de atenção à saúde para incorporar essa expressiva demanda de estudantes do curso médico no estado? A rede privada tem tido facilidades no que se refere a inserção nesse campo de estágio? Diante disto, está pesquisa objetiva dimensionar a expansão dos cursos de graduação em medicina, em instituições de ensino superior públicas e privadas no estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2018; Dimensionar e analisar a expansão da rede especializada de serviços disponibilizada para campos de estágios aos cursos de medicina públicos e privados e a adequação dessa rede às necessidades dos cursos existentes; Analisar a política de integração-ensino serviço em saúde da Secretaria Estadual e de instituições públicas e privadas de ensino superior da medicina; Compreender como vem se estabelecendo o diálogo sobre a integração ensino-serviço, entre a Secretaria de Saúde, os núcleos

hospitalares de ensino-serviço e as coordenações dos cursos de medicina das instituições públicas e privadas do estado. para isso, serão realizadas consultas a portarias, sistemas de informação de base nacional e estadual entrevistas individuais semiestruturadas com coordenadores da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, coordenadores dos núcleos de ensino e serviço dos hospitais da rede de atenção especializada e com coordenadores dos núcleos de integração ensino - serviço dos cursos de medicina públicos e privados.

- **RISCOS:** tratam-se da possibilidade de receio ou desconforto dos profissionais e gestores em discorrerem sobre sua prática e seus desafios cotidianos, e com isso também possível fragilidades no seu processo de trabalho. Sendo assim, a fim de minimizá-los, a identidade dos participantes será preservada em todas as etapas da pesquisa, desde a coleta até a divulgação dos dados, assim como será apresentado e assinado por todos os entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), instrumento em que os participantes manifestarão o interesse em colaborar com a pesquisa, e que pode ser revogado a qualquer momento, sem prejuízo para os mesmos.
- **BENEFÍCIOS:** permitirá o conhecimento sobre as repercussões causadas pela expansão dos cursos de medicina na rede pública do Estado de Pernambuco e como a rede especializada está preparada para essa expansão a partir das experiências daqueles que vivenciam, no cotidiano, esse processo – gestores, coordenadores de cursos. E por fim, pretende-se contribuir no âmbito acadêmico, por meio de publicações para literatura pertinente.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa gravações de áudios das entrevistas, ficarão armazenados em pastas de arquivo do computador pessoal da pesquisadora, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

---

(Assinatura do pesquisador)

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**  
 Eu, \_\_\_\_\_, CPF  
 \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura)  
 deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas

com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “O acesso da pessoa com deficiência aos serviços especializados de saúde: um estudo de caso em uma capital do nordeste brasileiro”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Impressão digital (opcional)
------------------------------------

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

## APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA

**SUJEITOS:** Coordenador da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Estadual De Saúde

- 1) Qual o entendimento que esta instituição tem sobre a Integração Ensino-Serviço?
- 2) Você poderia falar sobre as atividades/função exercidas no âmbito da integração ensino-serviço nessa instituição?
- 3) A expansão do número de cursos de medicina, no Brasil e em Pernambuco, é um fenômeno que todos conhecemos. A expansão do número de cursos de medicina, no Brasil e em Pernambuco, é um dado que vem sendo descrito ao longo dos anos. Por exemplo: Em dez anos, de 2010 a 2020, mais de vinte mil novas vagas foram acrescentadas. O aumento foi de 16.836 vagas de graduação oferecidas em 2010 para 37.823 em 2020, ou seja, 124,7%. Como ele vem impactando o processo de distribuição e da oferta de vagas na rede hospitalar do Estado de Pernambuco? Como essa rede, na condição de campo de estágio, tem respondido à demanda das IES públicas e privadas?
  - Lembrete: A disputa (conflitos/divergências) por campo de estágios
- 4) Em relação a essa expansão algumas condições seriam necessárias para os estabelecimentos hospitalares responderem à demanda por estágios. Você poderia falar sobre os aspectos que seguem.
  - Disponibilidade de infraestrutura técnica e operacional
  - Existência de especialistas
  - Composição do SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico): laboratório, serviço de imagem, de oncologia, banco de sangue, medicina nuclear, hemodiálise
  - Quantidade de leitos hospitalares e distribuição por especialidades
  - Presença de ambulatórios de especialidades
  - Disponibilidade e manutenção de equipamentos
  - Relação de instituições de ensino superior e cursos de medicina que estão presentes no território;
  - Dimensionamento da capacidade de acolhimento de estudantes por cada serviço (quantidade e periodicidade);
- 5) Há, no âmbito da Secretaria de Saúde, um processo de planejamento integrado para analisar a capacidade instalada da rede frente a expansão do número de alunos? Na perspectiva de uma gestão participativa, tem havido diálogo entre as instituições formadoras e a rede de serviços especializados visando a construção de um plano integrado para as atividades de ensino?
- 6) Como ocorre o processo de decisão nessa instituição em relação à distribuição de vagas de estágios para os cursos de Medicina? Quais os critérios utilizados para a distribuição entre instituições públicas e privadas?

7) Existência de um projeto de qualificação, acompanhamento e de recompensa para os trabalhadores que estão envolvidos com o ensino – os supervisores de estágios (Política de preceptoria).

8) De acordo com a Lei 12.871/2013 (Programa Mais Médicos) os gestores locais do SUS devem ser convocados para a celebração do termo de adesão ao chamamento público para o processo de autorização de funcionamento dos cursos de medicina, especificamente no que diz respeito à existência de equipamentos públicos adequados e suficientes nos serviços do SUS. Esse chamamento vem ocorrendo visando garantir o funcionamento dos novos cursos de graduação em medicina?

9) O Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino – Saúde (COAPES) - mencionado no Programa Mais Médicos e posteriormente publicado pela Portaria Interministerial na 1.127/2015 objetiva (re)organizar o processo de integração ensino-serviço e da educação permanente em saúde no território, tendo como destaque o processo e o diálogo entre as IES públicas e privadas e os serviços de saúde.

- Que movimentos a Secretaria de Saúde vem desenvolvendo com o objetivo de discutir uma proposta para a implementação do COAPES.
- Quais as principais dificuldades observadas para a elaboração e assinatura do COAPES? Como vem se desenvolvendo a contratualização entre as universidades e a gestão estadual visando a integração ensino-serviço?
- Considerando o alto custo dos insumos (materiais médicos hospitalares, equipamento) e dos contratos de manutenção, como essas questões vêm sendo tratadas junto às IES privadas?
- Como você avalia as contrapartidas para o caso das IES públicas?

## APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA

**SUJEITOS:** Coordenadores dos Núcleos de Integração Ensino -Serviço dos Cursos de Medicina Públicos e Privados

- 1) Qual a visão que esta instituição tem sobre a Integração Ensino Serviço?
- 2) Há quanto tempo o sr. ou sra. vem exercendo atividades/ função no âmbito da integração ensino-serviço?
- 3) A expansão do número de cursos de medicina, no Brasil e em Pernambuco, é um dado que vem sendo descrito ao longo dos anos. Por exemplo: Em dez anos, de 2010 a 2020, mais de vinte mil novas vagas foram acrescentadas. O aumento foi de 16.836 vagas de graduação oferecidas em 2010 para 37.823 em 2020, ou seja, 124,7%. Os hospitais do estado, na condição de campos de estágio, recebem alunos de IES públicas e privadas. Como esse fenômeno vem impactando no processo de distribuição e de oferta de vagas na rede hospitalar do Estado de Pernambuco.
  - A disputa (conflitos/divergências) por campo de estágios
- 4) O fenômeno da expansão vem ocorrendo na última década (desde 2010). Desde então, que mudanças vêm acontecendo na rede hospitalar para responder as necessidades crescentes dessa expansão.
  - Existência de especialistas
  - Disponibilidade de infraestrutura técnica e operacional
  - Composição do SADT (Serviço de Apoio diagnóstico e Terapêutico), laboratório, serviço de imagem, de oncologia, banco de sangue, medicina nuclear, hemodiálise
  - Quantidade de leitos hospitalares e distribuição por especialidades
  - Presença de ambulatórios de especialidades
  - Disponibilidade e manutenção de equipamentos
  - Lista de instituições de ensino superior e cursos que estão presentes no território;
  - Lista de Serviços de Saúde disponíveis e/ou potenciais para receber estudantes;
  - Dimensionamento da capacidade de acolhimento de estudantes por cada serviço (quantidade e periodicidade);
- 5) Como ocorre o processo de decisão nessa instituição em relação à distribuição das vagas para os estágios para todos os cursos de Medicina? Quais os critérios em vigor para a distribuição entre as instituições públicas e as privadas?
- 6) Há, no âmbito da Secretaria de Saúde, um processo de planejamento integrado para analisar a capacidade instalada da rede frente a expansão do número de alunos? Na perspectiva de uma gestão participativa, tem havido diálogo entre as instituições formadoras e a rede de serviços especializados visando a construção de um plano integrado para as atividades de ensino?
- 7) De acordo com a Lei 12.871/2013 (Programa Mais Médicos) os gestores locais do SUS devem ser convocados para a celebração do termo de adesão ao chamamento público para o

processo de autorização de funcionamento dos cursos de medicina, especificamente no que diz respeito à existência de equipamentos públicos adequados e suficientes nos serviços do SUS. Esse chamamento vem ocorrendo visando garantir o funcionamento dos novos cursos de graduação em medicina?

- 8) O Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino – Saúde (COAPES) - mencionado no Programa Mais Médicos e posteriormente publicado pela Portaria Interministerial no 1.127/2015 objetiva (re)organizar o processo de integração ensino-serviço e da educação permanente em saúde no território, tendo como destaque o processo e o diálogo entre as IES públicas e privadas e os serviços de saúde.
- Que movimentos a Secretaria de Saúde vem desenvolvendo com o objetivo de discutir uma proposta para a implementação do COAPES.
  - Quais as principais dificuldades observadas para o início de elaboração e assinatura do COAPES?
  - Como vem se desenvolvendo a contratualização entre as universidades e a gestão estadual visando a integração ensino-serviço?
  - Considerando o alto custo dos insumos (materiais médicos hospitalares, equipamento) e dos contratos de manutenção como essas questões vêm sendo tratadas junto às IES privadas?
  - Para o caso das IES públicas existe alguma contrapartida?

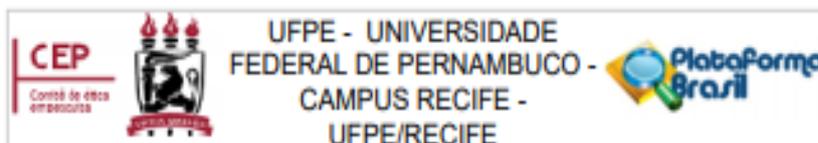
## APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA

**SUJEITO:** Coordenadores dos Cursos de Medicina Públicos e Privados

- 1) Qual a visão que esta instituição tem sobre a Integração Ensino Serviço?
- 2) Há quanto tempo o sr. ou sra. vem exercendo atividades/ função no âmbito da integração ensino-serviço?
- 3) A expansão do número de cursos de medicina, no Brasil e em Pernambuco, é um dado que vem sendo descrito ao longo dos anos. Por exemplo: Em dez anos, de 2010 a 2020, mais de vinte mil novas vagas foram acrescentadas. O aumento foi de 16.836 vagas de graduação oferecidas em 2010 para 37.823 em 2020, ou seja, 124,7%. Como esse fenômeno vem impactando no processo de distribuição e da oferta de vagas na rede hospitalar do Estado de Pernambuco.
  - A disputa (conflitos/divergências) por campo de estágios
- 4) O fenômeno da expansão vem ocorrendo na última década (desde 2010). Desde então, que mudanças vêm acontecendo na rede hospitalar para responder as necessidades crescentes dessa expansão.
  - Disponibilidade de infraestrutura técnica e operacional
  - Existência de especialistas
  - Composição do SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico): laboratório, serviço de imagem, de oncologia, banco de sangue, medicina nuclear, hemodiálise
  - Quantidade de leitos hospitalares e distribuição por especialidades
  - Presença de ambulatórios de especialidades
  - Disponibilidade e manutenção de equipamentos
  - Relação de instituições de ensino superior e cursos de medicina que estão presentes no território;
  - Dimensionamento da capacidade de acolhimento de estudantes por cada serviço (quantidade e periodicidade);
- 5) Há, no âmbito da Secretaria de Saúde, um processo de planejamento integrado para analisar a capacidade instalada da rede frente a expansão do número de alunos? Na perspectiva de uma gestão participativa, tem havido diálogo entre as instituições formadoras e a rede de serviços especializados visando a construção de um plano integrado para as atividades de ensino?
- 6) Se o diálogo com a Secretaria de Saúde possibilita a essa coordenação o acompanhamento das mudanças que vem ocorrendo na capacidade instalada da rede para fazer frente à expansão do número de alunos? Única pergunta diferente
- 7) Existência de um projeto de qualificação, acompanhamento e de recompensa para os trabalhadores que estão envolvidos com o ensino – os supervisores de estágios.
- 8) De acordo com a Lei 12.871/2013 (Programa Mais Médicos) os gestores locais do SUS devem ser convocados para a celebração do termo de adesão ao chamamento público para o processo de autorização de funcionamento dos cursos de medicina, especificamente no que diz respeito à existência de equipamentos públicos adequados e suficientes nos serviços do SUS (PRIVADAS).

- 9) O Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino – Saúde (COAPES) - mencionado no Programa Mais Médicos e posteriormente publicado pela Portaria Interministerial na 1.127/2015 objetiva (re)organizar o processo de integração ensino-serviço e da educação permanente em saúde no território, tendo como destaque o processo e o diálogo entre as IES públicas e privadas e os serviços de saúde.
- Que movimentos a Secretaria de Saúde vem desenvolvendo com o objetivo de discutir uma proposta para a implementação do COAPES.
  - Quais as principais dificuldades observadas para o início de elaboração e assinatura do COAPES?
  - Como vem se desenvolvendo a contratualização entre as universidades e a gestão estadual visando a integração ensino-serviço?
  - Considerando o alto custo dos insumos (materiais médicos hospitalares, equipamento) e dos contratos de manutenção como essas questões vêm sendo tratadas junto às IES privadas?
  - Para o caso das IES públicas existe alguma contrapartida?

## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EXPANSÃO DOS CURSOS DE MEDICINA EM PERNAMBUCO E A REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

**Pesquisador:** Rafaela Gomes Ribeiro de Sá

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 40675420.9.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.598.126

#### **Apresentação do Projeto:**

A pesquisa intitulada EXPANSÃO DOS CURSOS DE MEDICINA EM PERNAMBUCO E A REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA, tem como finalidade uma dissertação de mestrado em Saúde Coletiva da aluna RAFAELA GOMES RIBEIRO DE SÁ do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco sob a orientação da Profa. Dr.<sup>a</sup> Heloisa Maria Mendonça de Moraes e coorientadora a Dr.<sup>a</sup> Raquel Santos Oliveira.

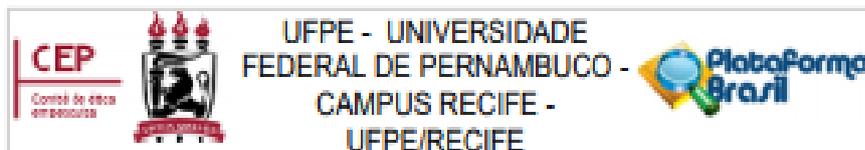
Pesquisa relevante que pretende problematizar em torno dos desafios infligidos pela grande expansão dos cursos de medicina sobre a capacidade instalada da rede especializada no estado de Pernambuco e compreender como vem ocorrendo a distribuição dos campos de estágios entre as IES públicas e privadas.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo geral é analisar o papel desempenhado pela rede de serviços especializados, tendo em vista o modelo de integração ensino-serviço, a partir da expansão dos cursos de medicina públicos e privados no estado de Pernambuco (2000 – 2018).

Como objetivos específicos: (i) Dimensionar a expansão dos cursos de graduação em medicina, em instituições de ensino superior públicas e privadas no estado de Pernambuco, no período de 2000

<b>Endereço:</b> Av. Professor Moraes Rego, nº 5N - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.	
<b>Bairro:</b> Cidade Universitária	<b>CEP:</b> 50.670-901
<b>UF:</b> PE	<b>Município:</b> RECIFE
<b>Telefone:</b> (81) 2126-3743	<b>E-mail:</b> cephufpe@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.588.136

a 2018; (ii) Dimensionar e analisar a expansão da rede especializada de serviços disponibilizada para campos de estágios aos cursos de medicina públicos e privados e a adequação dessa rede às necessidades dos cursos existentes; (iii) Analisar a política de integração-ensino-serviço em saúde da Secretaria Estadual e de instituições públicas e privadas de ensino superior da medicina; (iv) Compreender como vem se estabelecendo o diálogo sobre a integração ensino-serviço, entre a Secretaria de Saúde, os núcleos hospitalares de ensino-serviço e as coordenações dos cursos de medicina das instituições públicas e privadas do estado.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

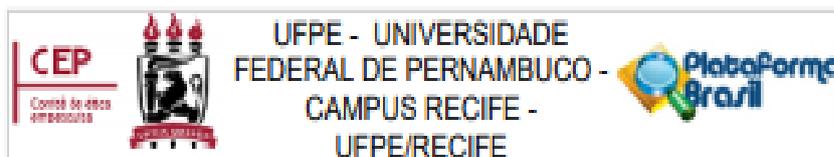
A pesquisadora refere que os riscos podem estar relacionados à revelação da identidade e o constrangimento ou desconforto ao responder a entrevista. E apresenta como forma de minimizá-los, a preservação da identidade dos participantes em todas as etapas da pesquisa, desde a coleta até a divulgação dos resultados e a exigência de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisadora refere tomar as medidas protetivas diante da situação da pandemia da COVID-19 para evitar contaminação durante o momento da entrevista.

Estão apresentados como benefícios que o estudo permitirá o conhecimento sobre as repercussões causadas pela expansão dos cursos de medicina na rede pública do Estado de Pernambuco e como a rede especializada está preparada para essa expansão a partir das experiências daqueles que vivem, no cotidiano.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora refere ser um estudo descritivo e exploratório que utilizará técnicas de pesquisa qualitativa e documental. Os dados secundários serão coletados em bases de domínio público e em Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e Planos Estaduais de Saúde disponibilizados após a anuência das instituições participantes do estudo. Estão apresentados os critérios de inclusão e de exclusão. Foram selecionados: 3 hospitais com gestão direta, com maior número de leitos hospitalares e com núcleo de ensino e serviço (Hospital da Restauração, Hospital Otávio de Freitas e Hospital Agamenon Magalhães); 3 hospitais de gestão indireta (Hospital Metropolitano Norte – Miguel Arraes de Alencar, Hospital Metropolitano Oeste – Pelópidas Silveira, Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara). No âmbito das IES, farão parte os dois cursos de medicina das Universidades Públicas da RMR – Universidade de Pernambuco (UPE) e Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e dois cursos de medicina das faculdades privadas mais antigas localizadas

**Endereço:** Av. Professor Moraes Rego, nº 58 - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-3743 **E-mail:** cep@ufpe@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.588.126

também RMR (Faculdade Pernambucana de Saúde e UNINASSAU).

Para a coleta de dados qualitativos, por meio de entrevistas, o critério de inclusão irá considerar as participações nas estruturas decisórias no âmbito da integração ensino-serviço, considerando um tempo mínimo de 2 anos à frente do cargo, sendo eleitos: a) quatro coordenadores dos núcleos de integração ensino-serviço dos cursos de medicina públicos e privados; b) seis coordenadores dos núcleos de ensino e serviço dos hospitais da rede de atenção especializada; c) um coordenador da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde. Os dados qualitativos serão analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática de Kvale (1996). O orçamento da pesquisa está adequadamente apresentado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

"Os termos anexados encontram-se em conformidade com as exigências do CEP"

**Recomendações:**

Não há recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

"Protocolo Aprovado".

**Considerações Finais a critério do CEP:**

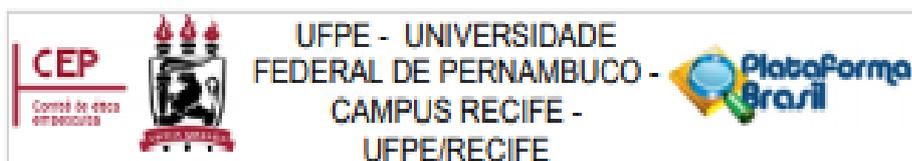
As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

**Endereço:** Av. Professor Moraes Rego, nº 55 - 3ª andar norte, Bloco II, antiga coordenação do curso médico.  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81) 2126-3743 **E-mail:** cep@ufpe@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.586.126

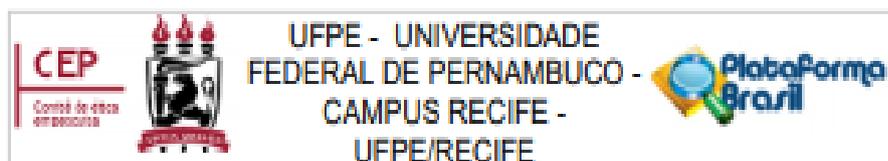
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P OBJETO_1666141.pdf	12/03/2021 22:28:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_Pesquisa.pdf	12/03/2021 22:28:05	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_HPS.pdf	12/03/2021 22:21:07	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/03/2021 09:14:17	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTA_.pdf	01/03/2021 20:52:17	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_UFPE.pdf	20/02/2021 19:11:42	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTA.pdf	10/02/2021 21:47:02	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/02/2021 21:44:28	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_Uninassau.pdf	10/02/2021 19:59:24	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_UPE.pdf	10/02/2021 19:58:50	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_FPS.pdf	10/02/2021 19:57:58	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_SES.pdf	10/02/2021 19:56:43	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
Outros	Justificativa_ausencia.pdf	01/12/2020 21:21:51	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
Outros	Declaracao_vinculo.pdf	28/11/2020 12:19:04	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
Outros	Lattes_coorientadora.pdf	28/11/2020 12:04:15	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
Outros	Lattes_orientadora.pdf	28/11/2020 12:03:06	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
Outros	Lattes.pdf	28/11/2020 12:01:31	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_pesquisadores.pdf	21/11/2020 09:09:17	Rafaela Gomes Ribeiro de Sá	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, nº 5N - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-901  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-3743 E-mail: cep@ufpe@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.588/126

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 18 de Março de 2021

---

**Assinado por:**

**Gisele Cristina Sena da Silva  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Professor Moraes Rego, nº 551 - 3º andar norte, Bloco II, antiga coordenação do curso médico.  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (011) 2126-3743 **E-mail:** cepufpe@gmail.com

**ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS****CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Rafaela Gomes Ribeiro de Sá, a desenvolver o seu projeto de pesquisa "Expansão dos cursos de medicina em Pernambuco e a rede de atenção especializada", que está sob a coordenação/orientação das Prof. (as) Heloisa Maria Mendonça de Moraes e Raquel Santos Oliveira cujo objetivo é analisar o processo de integração ensino-serviço, tomando como objeto a expansão dos cursos de medicina públicos e privados do estado de Pernambuco e seu impacto na rede especializada de serviços.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 14 de Dezembro de 2020.

Nome/assinatura

Assinatura do(a) responsável pela pesquisa será realizada



## ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

26/11/2020

SEI/GOVPE - 10053727 - GOVPE - Declaração



GOVERNO DO ESTADO  
DE PERNAMBUCO

GOVPE - Declaração

Processo SEI nº 2300000157.000662/2020-26

### Carta de Anuência

Declaro estar ciente da realização da pesquisa com o tema: Expansão dos cursos de medicina em Pernambuco e a rede de atenção especializada, da pesquisadora Rafaela Gomes Ribeiro de Sá, sob a orientação da professora Drª: Heloísa Mendonça Maria de Moraes, na Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que o desenvolvimento deste projeto está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

A mesma deverá cumprir os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se, dentre outras coisas, a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

Ressalto que esta anuência não autoriza a pesquisa no Hospital Pelópidas Silveira e no Hospital dos Servidores do Estado, uma vez que, não regulamos vagas de estágio para esses serviços.



Documento assinado eletronicamente por **Ludiana Camelo de Albuquerque**, em 26/11/2020, às 15:16, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.pe.gov.br/sei/controlador\\_externo.cfm?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao Acesso externo=0](http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.cfm?acao=documento_conferir&id_orgao Acesso externo=0), informando o código verificador **10053727** e o código CRC **A1E2007E**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, - Bairro Bongá, Recife/PE - CEP 50751-530, Telefone: (81)3184-0000

## ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA DA FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE



### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Rafaela Gomes Ribeiro de Sá, a desenvolver o seu projeto de pesquisa " Expansão dos cursos de medicina em Pernambuco e a rede de atenção especializada ", que está sob a coordenação/orientação das Prof. (as) Heloisa Maria Mendonça de Moraes e Raquel Santos Oliveira cujo objetivo é analisar o processo de integração ensino-serviço, tomando como objeto a expansão dos cursos de medicina públicos e privados do estado de Pernambuco e seu impacto na rede especializada de serviços.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Local, em 15 / 12 / 2020.

  
\_\_\_\_\_  
Nome/assinatura e carimbo do responsável onde a pesquisa será realizada

## ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA DA UNINASSAU



## CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Rafaela Gomes Ribeiro de Sá, a desenvolver o seu projeto de pesquisa " Expansão dos cursos de medicina em Pernambuco e a rede de atenção especializada ", que está sob a coordenação/orientação das Prof. (as) Heloisa Maria Mendonça de Moraes e Raquel Santos Oliveira cujo objetivo é analisar o processo de integração ensino-serviço, tomando como objeto a expansão dos cursos de medicina públicos e privados do estado de Pernambuco e seu impacto na rede especializada de serviços.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Local, em 01 / 12 / 2020.

\_\_\_\_\_  
Nome/assinatura e carimbo do responsável onde a pesquisa será realizada

## ANEXO F – CARTA DE ANUÊNCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
DE PERNAMBUCO

### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Rafaela Gomes Ribeiro de Sá, a desenvolver o seu projeto de pesquisa " Expansão dos cursos de medicina em Pernambuco e a rede de atenção especializada ", que está sob a coordenação/orientação das Prof. (as) Heloisa Maria Mendonça de Moraes e Raquel Santos Oliveira cujo objetivo é analisar o processo de integração ensino-serviço, tomando como objeto a expansão dos cursos de medicina públicos e privados do estado de Pernambuco e seu impacto na rede especializada de serviços.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, em \_19\_/ \_02\_/ \_2021\_.

\_\_\_\_\_  
Nome/assinatura e carimbo do responsável onde a pesquisa será realizada

## ANEXO G – CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL METROPOLITANO OESTE PELÓPIDAS SILVEIRA

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO	
Pesquisador	<b>Rafaela Gomes Ribeiro de Sá</b>
Título do Estudo	<b>Expansão dos cursos de medicina em PE, e a rede de atenção especializada</b>
Instituição	<b>PPGSC/ UFPE</b>
Setor de Vinculação HPS (se cabível)	
Contato	<b>81-99801-2304</b>
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO	
Solicitamos autorização Institucional para realização da pesquisa:	<b>Expansão dos cursos de medicina em PE, e a rede de atenção especializada</b>
Registrada sob os números:	<b>2021-76-38</b>
a ser realizada no (a):	<b>HPS</b>
do Hospital Pelópidas Silveira – IMIP/ SES/ SUS, no período de:	<b>03-2021 à 04-2021</b>
Peço (s) Pesquisador (es):	<b>Rafaela Gomes Ribeiro de Sá</b>
Esse estudo prevê:	<b>Compreender como vem sendo estabelecido o diálogo sobre a integração ensino - serviço</b>
Com o objetivo de analisar:	<b>O papel desempenhado pela rede de serviços especializados tendo em vista o modelo de integração – ensino - serviço</b>
Pedimos autorização para:	<b>Apresentar projeto contendo nome da instituição ao comitê de ética</b>
Data	<b>27/01/2021</b>
<p>10/03/2021- As pesquisadoras matricularam seu projeto nessa Diretoria em 27/01/2021. Após análise de factibilidade, a versão de 16/02/2021 recebeu aprovação nessa instituição, sob a matrícula PAPP 2021-76-38. Aguardamos a aprovação no Comitê de Ética para o seguimento do plano de pesquisa acordado.</p>	