



## **INDICADORES QUALI/QUANTITATIVOS NA AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE UMA ESCOLA MÉDICA NO CONTEXTO REGIONAL**

**Giana Diesel Sebastiany  
Silvia Virginia Coutinho Areosa**

**Resumo:** O trabalho apresenta a elaboração e aplicação de indicadores qualitativos e quantitativos de avaliação do processo de implantação de uma nova escola médica, enquanto um projeto social, a partir do recorte regional. Considerado um projeto social, a abertura e implantação de uma nova escola médica é passível de avaliação das suas estruturas, dos seus processos e dos seus resultados, mediante a utilização de indicadores provenientes de fontes relacionadas a essas três dimensões. Nesse sentido, a pretensão desse artigo é de ressaltar parte da tese de doutorado que possa extrapolar a condição de um relatório de pesquisa e se constituir em um arcabouço teórico-metodológico a ser aplicado, se assim desejado, a outras realidades, contribuindo para o aprofundamento das relações entre as áreas de educação, saúde e desenvolvimento regional. É possível afirmar que somente o projeto que conhece a si mesmo (como a implantação de uma escola médica) pode acompanhar suas intencionalidades, corrigir rotas, construir e reconstruir seu futuro.

**Palavras-chave:** escolas médicas; avaliação; indicadores; desenvolvimento regional.

### **Introdução**

O presente trabalho é fruto de um recorte da tese de doutorado que teve como objetivo investigar o impacto regional da criação de uma nova escola médica, a partir da formação de recursos humanos para atender às carências regionais. Dentre as argumentações empreendidas, foram definidos possíveis indicadores de avaliação das escolas médicas, desde a formulação de seu projeto até a efetiva implantação do mesmo. Após a definição dos indicadores, os mesmos foram aplicados na avaliação de um curso de medicina, o que constituiu a validação dos mesmos.

Do ponto de vista da racionalidade adotada, a primeira questão a ser considerada é a de que *um projeto de Curso de Medicina* pode e deve ser considerado *um projeto social*, pois traz implicações na e para a política de atenção à saúde da população, na e para a política de ensino superior, bem como na e para as políticas/diretrizes de territorialização/regionalização. Portanto, envolve questões conceituais que estão subjacentes às possibilidades e rumos tomados pelos atores sociais em seus contextos de existência.

É necessário assumir a compreensão da dimensão histórica, dos pressupostos ideológicos, das possibilidades e limitações do contexto político, das contradições advindas



da implantação de um projeto em situações reais, das intervenções dos atores sociais e das consequências dialéticas de “velhas verdades” articuladas ao chamado “desenvolvimento da ciência”, gerando um novo modo de ser e de fazer.

Um projeto social nunca é um projeto simples de ser construído, acompanhado e avaliado. Ele jamais pode ser reduzido a números e índices estatísticos, pois ele é vida passada e futura, sendo realizada no presente. Com tais pressupostos teóricos, nos aproximamos das indicações metodológicas que sugerem a *avaliação por triangulação de métodos* ou *investigação avaliativa*, adotado na pesquisa, ora relatada (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2015).

## Metodologia

A investigação avaliativa é própria para utilização em projetos sociais, pois interroga a necessidade social e o mérito desses projetos, ao mesmo tempo em que consegue recolher dados numéricos e aspectos intrínsecos às realizações humanas (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2011). Cabe lembrar que a pesquisa aqui descrita foi encaminhada ao Comitê de Ética pertinente no qual obteve sua aprovação.

A complexidade de um projeto social acaba por necessitar da combinação e triangulação de indicadores quantitativos e qualitativos, pois muitas questões, ainda que perceptíveis na observação *in loco*, não são de fácil mensuração. Embora não existam “indicadores perfeitos”, é possível criar algumas aproximações capazes de captar o movimento do real e suas ancoragens histórico-conceituais, bem como territoriais.

Com a definição da opção teórico-metodológica, procedeu-se à criação dos indicadores que pudessem avaliar as estruturas, os processos/ações desencadeados na implantação do projeto de uma nova escola médica, bem como os resultados desses processos/ações. É fato que, tanto o Ministério da Educação possui instrumentos e indicadores para a avaliação dos Cursos de Medicina, como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), que através da sua comissão de avaliação (CAEM) conta com indicadores próprios para medir o desempenho das escolas médicas. Entretanto, não foram encontrados estudos que clarificassem indicadores de avaliação da necessidade social e do impacto regional de formação de novos médicos e oferta, assunto amplamente debatido no contexto da política nacional de expansão dessas escolas de formação.



Segue, então, a explicitação da construção dos indicadores que podem auxiliar na avaliação das possibilidades e contradições que se descortinam no território de implantação de um Curso de Medicina.

## **As dimensões**

Inicialmente adotou-se as dimensões de avaliação do projeto social ((MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2015): estruturas, processos e resultados. Na dimensão *estrutura*, procurou-se indicadores relacionados aos recursos físicos, materiais e humanos disponíveis (antes e durante a implantação do projeto), bem como as formas de aquisição, organização e funcionamento dos mesmos. Na dimensão *processos*, os indicadores mapearam as atividades desencadeadas e assumidas pelos sujeitos, com a inclusão de componentes técnicos e componentes subjetivos. A dimensão *resultados* teve a preocupação de criar indicadores capazes de qualificar os produtos e os efeitos que as estruturas e os processos tiveram na consecução dos objetivos iniciais.

Quando o projeto do Curso de Medicina (avaliado na pesquisa) foi construído, já na sua configuração inicial observou-se algumas estruturas e sujeitos que estavam previstos na sua rede de formação. Nos documentos analisados encontrou-se a demonstração da não linearidade das interações entre os agentes e seus órgãos representativos.

Foi verificada, ainda, a previsão das estruturas (legislação, governos, universidade, comunidade, hospital/tais, unidades básicas de saúde e ambulatórios) interagindo entre si e com os sujeitos (estudantes do Curso de Medicina, estudantes dos outros cursos da saúde, estudantes de pós-graduação, docentes, preceptores, funcionários e usuários SUS), gerando processos e resultados que somente a trajetória de implantação foi capaz de clarear, quando avaliada com um quadro referencial, que permitiu compreender as contradições emergentes nessa trajetória.

Tradicionalmente, o projeto de formação profissional de muitos cursos foi comparado a um projeto fabril. Se obtivesse todos os maquinários, engrenagens, moldes e suprimentos necessários, o resultado era perfeitamente previsível. A força inercial desse modelo tradicional que, no caso de um Curso de Medicina, pode ser sinônimo do paradigma “flexneriano” é algo a ser compreendido e trabalhado continuamente (LAMPERT, 2002). Desconsiderar o poder da tradição e das bases fundantes de uma profissão com tantos séculos de tradição é potencializar as possibilidades de fracasso de um modelo inovador. Isso a dialética ensina: não se pode desconsiderar o “velho” para impor o “novo”. São dos



movimentos e dos choques provocados entre esses dois polos que emergem as contradições e que, por sua vez, levam às superações e às novas possibilidades. A história não pode e nem deve ser apagada; ela precisa ser conhecida e problematizada (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2011).

Sem desprezar a construção histórica da formação médica e, ao mesmo tempo, propondo mudanças nas estruturas e processos, para alcançar resultados condizentes com a política de atenção em saúde e a formação médica no Brasil, definiu-se as fontes de informação que poderiam gerar indicadores os quais seriam trabalhar na investigação avaliativa (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2011).

### **As Fontes**

Com as dimensões pré-estabelecidas pela metodologia adotada, as fontes de consulta para a construção e coleta dos indicadores emergiram da observação atenta da produção e implementação de um projeto de curso, bem como da revisão da literatura. Foram identificados dois grandes grupos de fontes: os documentos e os sujeitos.

No grupo dos documentos, vários passaram por revisão e análise, entretanto, alguns acabaram sendo descartados pela pouca informação ou pouca relevância das informações. São referidos aqueles considerados imprescindíveis na investigação avaliativa do projeto de formação de médicos para o SUS e sua repercussão regional.

O segundo grupo de fontes de consulta abrange os sujeitos. A identificação dos sujeitos que são capazes de auxiliar na proposição e coleta de indicadores advém da revisão do projeto do curso, da observação dos seus cenários de implantação e, ainda, da revisão da literatura pertinente. Os sujeitos são fundamentais nesse processo de investigação avaliativa, pois qualificam os dados, que são subjetivados a partir de suas vivências.

Partindo do referencial teórico-metodológico que admite a processualidade da investigação avaliativa, definiu-se indicadores que podem ser aplicados “*a priori*”, ou seja, já no momento da projeção do curso (no seu embrião) e outros que somente atingem seus objetivos se aplicados “*a posteriori*”, quando o Curso de Medicina já está em fase de implantação e, finalmente, quando já está totalmente implantado.



## ***Indicadores a priori***

Os *indicadores a priori* não necessariamente precisam ser aplicados somente no momento do embrião do projeto de formação. Eles podem revisitar esse mesmo projeto em diferentes etapas de sua implantação (CALIL, 2012).

Os mesmos passam a ser apresentados, categorizados a partir da dimensão que se pretende avaliar e com o indicativo das fontes que podem servir de consulta. Lembrando que um projeto social e dinâmico é sujeito às influências e confluências de sua realidade histórica, tais indicadores são, de fato, indicativos e não têm a pretensão de ser “o modelo” ou “a única fórmula” para a avaliação de um Curso de Medicina.

Na dimensão “Avaliação das Estruturas”, considerando as fontes, são propostos os seguintes indicadores: (1) orientação teórica do projeto (opção dentre as possibilidades de formação médica e as abordagens pedagógicas); (2) projeção do ensino orientado pelos determinantes da saúde (PELLEGRINI; BUSS, 2014); (3) articulação com a oferta de pós-graduação (preocupação com a educação continuada); (4) articulação com a oferta de atividades de educação permanente (educação em serviço); (5) tipologia da estrutura curricular (disciplinar, modular, outras); (6) opções de metodologia de ensino; (7) projeções de efetivação da relação teoria e prática (campos isolados ou articulados – práxis); (8) existência de convênios que possibilitem a aprendizagem em diferentes cenários da assistência; (9) existência ou projeção de corpo docente (dados numéricos e preocupação com professores atuantes na formação generalista, especializada ou ambas); (10) existência ou projeção de funcionários e preceptores para os campos de atuação; (11) existência ou projeção dos laboratórios de ensino; (12) existência ou projeção de acesso a bases de dados e bibliografias atualizadas; (13) existência ou projeção de avaliação dos serviços assistenciais prestados pelo Curso de Medicina (incluindo os prestadores, os estudantes e os usuários).

## ***Indicadores a posteriori***

Com os *indicadores a posteriori* procedeu-se a descrição utilizando dois grupos: um que propõe a avaliação dos processos e outro que propõe a avaliação dos resultados. As duas situações somente são passíveis de acompanhamento com a implantação do Curso de Medicina e servem como norteadores de mudanças, bem como afirmadores de opções e ações.



Na “Avaliação dos Processos” foram elencados como indicadores: (1) cenários de práticas do currículo; (2) diversificação de cenários de ensino-aprendizagem; (3) serviços universitários abertos ao SUS, a partir da implantação do curso; (4) hospital (ais) de ensino: procedimentos e leitos SUS, a partir da implantação do curso; (5) participação dos estudantes nos atendimentos SUS; (6) abrangência dos atendimentos SUS prestados pelo curso (municipal e/ou regional); (7) interface com os gestores do SUS (convênios firmados, solicitações de parcerias).

Na sequência, o foco deu-se nos indicadores capazes de avaliar os resultados da implantação do projeto do Curso de Medicina: (1) atuação profissional dos egressos (município, local de atuação, número de horas semanais, forma de atuação – SUS ou privado, vínculo empregatício); (2) auto avaliação da competência profissional para atuação no SUS; (3) número de docentes médicos que sempre atuaram no SUS; (4) número de docentes médicos que passaram a atuar no SUS a partir dos serviços prestados pelo curso; (5) formação continuada dos docentes (cursos de pós-graduação); (6) formação permanente dos docentes para atuação no SUS (cursos de qualificação ou atualização profissional); (7) ações de educação permanente para profissionais do SUS, vinculadas ao curso; (8) interface com os gestores do SUS (solicitações de profissionais egressos e contratações de profissionais egressos); (9) avaliação dos gestores sobre convênios, parcerias e profissionais egressos; (10) número de atendimentos SUS por ano de implantação do curso; (11) municípios de origem dos usuários SUS atendidos pelo curso; (12) região de abrangência do Curso de Medicina; (13) avaliação dos usuários SUS sobre os atendimentos prestados.

A avaliação de um projeto de Curso de Medicina (sob a referência da sua necessidade social) pode e deve se utilizar de indicadores quantitativos e qualitativos, no desvelamento do seu alcance, das suas contradições e da própria compreensão do que se entende por necessidade social (CAMPOS; MISHIMA, 2005). A triangulação de dados numérico-estatísticos, com dados conceituais (presentes em documentos e na literatura), bem como com depoimentos e ponderações dos sujeitos envolvidos, gera sínteses (mesmo que provisórias) extremamente significativas do projeto avaliado. Na apresentação dos resultados são destacadas algumas dessas sínteses.



## Resultados/Conclusões

A partir da tabulação e categorização dos dados advindos da aplicação dos indicadores é possível estabelecer compilações que auxiliam na validação mútua das descobertas quantitativas e qualitativas. Assim foi procedido com a pesquisa aqui detalhada; agrupou-se resultados convergentes para sustentar hipóteses e considerações.

Um mesmo indicador foi aplicado em diferentes fontes de consulta, o que mostra, de forma sintética, as percepções geradas pela implantação de um Curso de Medicina enquanto um projeto social, com ênfase na sua intencionalidade de formar médicos para atender a uma demanda regional do SUS. As compilações apresentadas aqui, a título de exemplificação, não são as únicas possíveis; a triangulação, bem como o uso criativo e fundamentado dos dados gera uma extensa gama de possibilidades.

Foram agrupadas as percepções dos sujeitos (estudantes, docentes, preceptores, funcionários e egressos) sobre a ênfase curricular, quanto à tipologia presente tanto no projeto pedagógico (estrutura), quanto nos processos desencadeados com a implantação dos mesmos. “Essa tipologia de tendência de mudanças mostra se a escola se apresenta predominantemente tradicional, inovadora ou avançada para as mudanças preconizadas nas DCNs e as possibilidades de diferenciar o perfil do profissional formado” (LAMPERT; BICUDO, 2014, p.30). Nessa perspectiva, 72% dos sujeitos indicaram que a ênfase curricular é inovadora, pois rompe com alguns paradigmas, tais como a demarcação curricular em disciplinas isoladas, a utilização de ciclo básico e profissionalizante em momentos distintos e a base metodológica centrada em aulas expositivas. A tendência avançada foi apontada por 9% dos sujeitos; 13% não souberam opinar e 6% consideraram a ênfase curricular tradicional.

Em síntese, o curso avaliado apresenta uma estrutura inovadora, como já constatado na análise de seu projeto. De forma geral, sua realização cotidiana seguiu os princípios projetados. Tal afirmação pode ser comprovada na organização e ações do desenvolvimento curricular, como por exemplo: (1) nos módulos integrados, onde diferentes áreas do conhecimento são agrupadas em torno de uma ementa comum; (2) na abordagem de conteúdos práticos e profissionalizantes já nos primeiros semestres; (3) na distribuição dos conteúdos das ciências básicas em diferentes momentos da trajetória de formação; e, (4) na existência de módulos tutoriais com abordagem interdisciplinar, seguindo a metodologia da aprendizagem baseada em problemas (ABP). “Pode-se, pela predominância de ações, abalizar tendências de o curso de graduação estar num rumo mais tradicional,



hegemônico, nos moldes flexnerianos, ou numa direção mais inovadora e mesmo mais avançada, a caminho de reformas transformadoras, na construção do paradigma da integralidade” (LAMPERT; SILVA; STELLA; ABDALLA; COSTA, p.09).

Talvez um dos pontos mais significativos das políticas de formação de recursos humanos para atenção à saúde da população brasileira seja o investimento na formação de profissionais generalistas, capazes de atuar nos diferentes níveis de atenção do SUS, com boa resolutividade e compreensão dos determinantes sociais, ambientais e biológicos da saúde e da doença. As DCNs do Curso de Graduação em Medicina, no Art. 3º pontuam: “O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano” (BRASIL, 2014).

Assim, foram agrupados dados de fontes que pudessem demonstrar se o perfil generalista de formação, presente nas DCNs e no Projeto do Curso tornou-se perceptível nos processos desencadeados durante a formação dos novos médicos. Verificou-se que 91% dos sujeitos (estudantes, docentes, preceptores, funcionários do Curso, funcionários das ESFs e egressos) visualizam a ênfase generalista nos processos e ações formadoras. Dos pesquisados, 7% não identificaram essa ênfase e 2% não souberam opinar.

Ainda reportando aos paradigmas conceituais que enfatizam a necessidade de sincronia entre a política de formação na educação superior e a política de atenção à saúde, onde governo e instituições formadoras enaltecem as mudanças no perfil do médico formado e na estruturação da sua formação, encontra-se outro eixo fundamental: deslocar a ênfase curricular das doenças para uma compreensão mais abrangente dos determinantes de saúde. “As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde” (PELLEGRINI; BUSS, 2014, p.09).

Sobre esse aspecto, considerando o referencial de necessidade de saúde que utilizado pesquisa (STOTZ, 1991), é primordial refletir sobre a complexidade do conceito de “determinantes da saúde”. Nesse contexto, ao tentar compreender o que determina a saúde de alguém é preciso considerar os “valores” ou “mínimos sociais” pelos quais se percebe essa “saúde” (ou a sua negação: a doença). No nível da determinação da saúde não há



generalidade possível senão aquela que considera o sujeito como parte de grupos sociais, que possui *múltiplas identidades e necessidades*, conforme sua pertinência a esses grupos.

Para além da necessidade de saúde “sentida” individualmente, é a partir da necessidade “partilhada” e manifestada pelo coletivo que as políticas de atenção e formação são construídas. A assistência à saúde tradicionalmente considerou a “doença” (do ponto de vista individual e de prevalência epidemiológica). Já a tentativa de deslocar o eixo para a identificação dos determinantes da saúde traz consigo o histórico da preocupação com ações preventivas e de promoção da saúde; conceitos que fazem parte dos discursos sanitaristas, no Brasil. “Do início do século XIX até meados da década de 1970, as ações de saúde promovidas pelo Estado dirigiam-se ao combate de doenças transmissíveis, em campanhas de saúde pública. Portanto, essas ações tinham como finalidade responder à necessidade social de controle ou de combate de surtos ou epidemias” (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p.606). Aos primeiros sinais de crise no regime militar, especialmente na década de 1970, o sistema público de saúde passou também a financiar a assistência médica curativa individual.

Como procurou-se seguir uma análise dialética dos dados coletados, não é possível colocar a questão em termos de um par binário: promoção e prevenção (determinantes de saúde) x assistência à doença; não existe uma forma de compreensão “mais” ou “menos” certa. Tratar com o tema necessidade de saúde é tratar com o “social” e o “individual”; é lidar com contradições e escolhas, num sistema que se pretende universal e igualitário, mas que ainda é seletivo e desigual.

Tanto a Constituição Federal Brasileira quanto à legislação pertinente ao SUS introduzem a compreensão da importância de se atuar nos determinantes do processo saúde-doença, reconhecendo que a saúde está além da assistência. “Responder às necessidades de saúde deveria significar implementar ações que incidissem nos determinantes e não só na doença, que já é o resultado do desgaste expresso no corpo biopsíquico individual” (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p.606).

Novamente foram compilados os dados de diferentes fontes para traduzir a visão do conjunto pesquisado acerca dessa questão. Assim, 82% dos sujeitos respondentes (estudantes, docentes, preceptores, funcionários do curso, funcionários das ESFs e egressos) afirmaram perceber a organização e desempenho curricular preocupados com a ênfase nos determinantes de saúde da população; 11% não perceberam tal ênfase e 7% não souberam opinar sobre esse aspecto.



Outro ponto de destaque reside no rompimento com o modelo hospitalocêntrico, com as práticas de preparação profissional priorizadas nos ambientes hospitalares, para a incorporação de práticas na comunidade e em diferentes cenários (UBS, ESF, Asilos, ONGs...). Isso não significa abandonar o contexto hospitalar como um importante *lócus* de formação, mas amplia as possibilidades de compreensão de especificidades locais e regionais no trato com a saúde e com a doença, bem como com seus determinantes.

Uma vez que o projeto do curso e a sua implantação demarcaram diferentes cenários de formação, a questão a ser pesquisada deslocou-se para o significado dessa experiência na formação dos futuros profissionais médicos.

Com base na revisão literária, foi possível estabelecer alguns objetivos pertinentes à ampliação dos cenários de formação: (1) reforçar a formação generalista; (2) ter uma maior compreensão da comunidade e de suas necessidades; (3) reforçar o trabalho em equipe na atenção à saúde da população. E, considerando a observação empírica da implantação do projeto, foi possível perceber manifestações contrárias a essa expansão territorial de formação; alguns sujeitos destacaram que tais práticas eram pouco relevantes ou até mesmo dispensáveis.

Restou, então, compilando os questionários respondidos pelos sujeitos, procurar chegar a uma visão mais próxima da realidade dessas contradições. Do conjunto pesquisado (estudantes, docentes, preceptores, funcionários do curso, funcionários das ESFs e egressos), observa-se a seguinte síntese: 66% dizem que a diversificação dos cenários de formação reforça o perfil generalista desejado; 56% apontam que tal diversificação desenvolve a habilidade do trabalho em equipe; 55% compreendem que a vivência prática múltipla favorece um melhor conhecimento da comunidade local e regional, bem como das suas necessidades; 15% referem que a diversificação é dispensável na formação do perfil médico desejado (explícito nas DCNs); e, 7% avaliam a existência de práticas na comunidade e em diferentes cenários como pouco relevantes.

Quando 22% dos sujeitos da pesquisa (os 15% que apontam a diversificação de práticas como dispensável somados aos 7% que avaliam a existência de práticas na comunidade e em diferentes cenários como pouco relevantes) não percebem a importância da formação vinculada às práticas de atenção à saúde, em diferentes cenários. Talvez seja porque ainda tenham como conceito fundante o recorte da “doença”, que historicamente privilegiou o ambiente hospitalar para o seu “tratamento”. “A atenção à saúde vem privilegiando um recorte fragmentado por doença, podendo, por sua vez, reforçar práticas



amparadas na visão funcionalista e classificatória, em detrimento de uma práxis emancipatória, ou seja, uma prática que permita ao campo da Saúde Coletiva [e da formação de profissionais] – que está na base da lógica do SUS – reelaborar o conceito de necessidades, retroalimentando as práticas, num movimento dialético” (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p.616).

Talvez a grande pergunta feita aos sujeitos da pesquisa tenha sido essa: Estamos tendo uma formação adequada para que os nossos egressos possam atuar no Sistema Único de Saúde, com toda a sua complexidade? Estudantes, docentes, preceptores, funcionários do curso, funcionários das ESFs e egressos tiveram suas avaliações compiladas.

Metade dos sujeitos (50%) avalia a formação para a atuação no SUS como boa; 46% como muito boa; 17% como ótima; 7% não souberam avaliar e somente 3% referiram como uma formação ruim. Esses percentuais de reconhecimento do esforço de formação de profissionais qualificados para atuação no SUS são relevantes, pois não só apresentam a auto avaliação dos estudantes e egressos do Curso de Medicina, como também a avaliação dos sujeitos que atuam nos serviços de saúde (professores, preceptores e outros profissionais) e acompanham as ações formadoras. Também são relevantes porque vão ao encontro das novas exigências de perfil dos profissionais da saúde em geral e dos médicos em particular.

O mundo da medicina e da saúde está em crise. O excesso de tecnologia que se renovam continuamente se contrapõe à completa carência de acesso aos mais elementares recursos da medicina e da saúde pública para grande parte da população. Para muitos, o médico é um vilão egoísta e insensível, representante dos interesses das indústrias farmacêuticas e biotecnológicas [...]. A identidade do médico se constituiu historicamente com características muito particulares e enfrenta agora um grande conflito: sobreviver sem mudanças ou mudar conforme as expectativas da sociedade atual, que tencionam os posicionamentos político-sociais, a formação acadêmica e as práticas médicas (AMORETTI, 2005, p.142).

Os dados da pesquisa levam a crer que o perfil dos novos profissionais está se delineando em direção às exigências de mudanças que, por sua vez, remetem ao reconhecimento das necessidades da saúde da população e possibilidades de atuação frente às mesmas.

Reconhecendo que a graduação se refere apenas à formação inicial dos estudantes, embora essa formação tenha recebido uma boa avaliação para o exercício do egresso no SUS, também se ressalta a importância da formação continuada, especialmente através dos programas de residência médica. Esse é um importante fator de fidelização do egresso com



a região do seu curso de formação, bem como qualificação dos serviços médicos ofertados nessa mesma região.

A residência médica bem estruturada demonstrou, ao longo dos tempos, que representa o pilar básico da formação médica para elevar a assistência médica a padrões de excelência [...]. O trabalho do residente deve ser visto como um investimento não só individual, dele próprio, mas de todos, dos serviços e dos preceptores, na qualidade da Medicina” (PESSOA; CONSTANTINO, 2002, p.822-823).

Dessa forma, considerando o conjunto de sujeitos que responderam questões referentes à oferta de programas de residência médica como um processo continuado de formação (estudantes, docentes, preceptores e egressos), destaca-se os mais indicados para a região de abrangência do Curso de Medicina avaliado. Os dois programas de residência mais citados já são ofertados pelo Hospital de Ensino existente no município e possuem uma significativa demanda, pois também servem como pré-requisitos para outras especializações, tanto clínicas quanto cirúrgicas.

As formações em residência médica sugeridas para o aumento de vagas e a oferta foram: Clínica Médica (18%), Cirurgia Geral (17%), Anestesiologia (10%), Traumatologia e Ortopedia (9%). Na Portaria Nº 1.248, de 24 de junho de 2013, que incentiva a formação de especialistas para o SUS, por meio de alguns Programas de Residências Médicas há o destaque para tais formações. Percebemos que o diagnóstico nacional das necessidades de formação coincide com o regional e, ao mesmo tempo, é possível a reordenação dessas prioridades, dentro do mesmo grupo, considerando a realidade regional.

É possível considerar que a formação de pós-graduação, via Programas de Residência, para de fato atender aos princípios de formação para o SUS, necessita se desenvolver nos diversos cenários da rede de atenção à saúde.

As residências médicas e as residências multiprofissionais integradas em saúde devem se desenvolver em todos os cenários, incorporando estudantes, docentes e profissionais em todos os programas SUS, participando da construção do mesmo e aprendendo a ser profissionais da saúde também por meio da convivência com as pessoas, com as famílias e as comunidades que compõem a nossa população. Estes são temas centrais na discussão da formação de recursos humanos para a saúde (PESSOA; CONSTANTINO, 2002, p.144).

## Discussão

O que ficou mais fortemente evidenciado na triangulação dos dados coletados com as equipes de saúde, com os gestores e com os usuários SUS refere-se à ampliação no número de atendimentos nos ambulatórios de atenção básica e, especialmente, nos ambulatórios de especialidades que foram sendo criados durante a implantação do Curso de



Medicina. Muitos pacientes referenciados a especialistas de outros municípios e, principalmente, de outras regiões, passaram a ser atendidos no âmbito de próprio município sede do curso.

“Os dados parecem indicar que as ações em saúde reiteram que necessidades de saúde são respondidas com o consumo de um procedimento de saúde – majoritariamente, a consulta médica” (CAMPOS; MISHIMA, 2005, p.611). Em um trecho da entrevista realizada com o Secretário Municipal de Saúde, o mesmo comenta sobre as principais mudanças sofridas na rede municipal, com a presença do Curso de Medicina, destacando as ampliações físicas nas Unidades Básicas e a ampliação no número de atendimentos, em virtude de ter os médicos atendendo junto com os estudantes que o observam. Para além das questões numéricas, o Secretário Municipal de Saúde também referiu a qualificação das equipes de saúde, mediante a presença da formação de estudantes em suas unidades.

Bastante perceptível para a população usuária dos serviços do SUS e equipes de saúde das Unidades Básicas foi o incremento nas condições físicas e materiais em seus locais de trabalho. Isso não se deu única e exclusivamente pela intervenção do Curso de Medicina, mas a presença do mesmo, nos cenários de atenção, estimulou o acesso a editais (como o Pró-Saúde e o PET-Saúde) que permitiram as melhorias mencionadas nos dados da pesquisa.

Nesse texto, que procurou salientar propostas de aplicação de indicadores e dados que podem ser extraídos dos mesmos, resta evidenciar o percentual de incremento de médicos que passaram a atuar no SUS no município, desde o ano de autorização do funcionamento do Curso de Medicina avaliado. No período de 2006 a 2014 houve um incremento de 63% no número de médicos atuando junto à Secretaria Municipal de Saúde.

Parecem evidente que a qualificação da saúde no município (ou na região) não pode ser atribuída somente ao aumento de profissionais médicos atuando no SUS. Também, a própria definição da qualidade na atenção está relacionada ao conceito de necessidade social de saúde expresso pela população (de modo coletivo) e captado pelas várias instâncias governamentais. No caso do município investigado e região, a necessidade social captada pelos órgãos governamentais, pelas instâncias assistenciais e, enfim, pelos dados dessa pesquisa remete para o aumento de atendimentos (consultas médicas), como aspecto principal.

“Conseqüentemente, os projetos de atenção à saúde – a operacionalização das políticas públicas – têm sido determinadas por essa perspectiva, associando necessidades



de saúde ao consumo de um serviço de saúde, geralmente a consulta médica” (CAMPOS, BATAIERO, 2007, p.606). O que muitas vezes é esquecido (e que procurou-se ressaltar) é que as necessidades de saúde não são “naturais”, pois trazem consigo os elementos territoriais, sociais, científicos e culturais, de determinada época. Também não são iguais, uma vez que fazem parte de uma sociedade desigual, onde a distribuição e o consumo dos produtos do trabalho humano assumem, da mesma forma, uma dimensão desigual.

O incremento de 63% no número de médicos atuando no município sede, no Sistema Único de Saúde, durante o período de implantação do Curso de Medicina, com certeza teve como *um dos fatores* determinantes a existência do desenvolvimento do projeto social de melhoria de atenção à saúde, articulando Secretaria Municipal de Saúde, Universidade e Hospital de Ensino. Com todos os indicadores aplicados e com os vários cruzamentos realizados, pode-se ter a convicção que somente uma proposição articulada, porém complexa, que envolva projeção, acompanhamento e avaliação de estruturas, processos e resultados parece favorecer a interiorização de uma atenção médica de qualidade.

Se numa proposição inicial (já no projeto embrionário do Curso de Medicina) percebe-se a preocupação com a atuação em rede, o dimensionamento dessa rede tornou-se mais perceptível durante a implantação do curso, onde os confrontos entre o “ideal” e o “real” e as contradições precisaram ser trabalhadas, não no sentido de extingui-las (pois sempre estarão presentes em qualquer projeto social), mas no sentido de compreendê-las e incorporá-las a novos delineamentos possíveis.

Na implantação de uma escola médica tanto o Ministério da Educação quanto o Ministério da Saúde definem políticas e diretrizes de autorização e de regulação do funcionamento, procurando aproximar a formação dos profissionais da necessidade social de implantação do Sistema Único de Saúde. Já dessa primeira relação emergem muitas contradições, dentre elas, a de que não é possível agrupar as necessidades sociais de todos os indivíduos, de forma homogênea, mesmo dentro do SUS. Entretanto, as políticas de assistência e formação, embora discursivamente trabalhem com um conceito ampliado de saúde (com base em seus determinantes), na prática, reduzem as necessidades ao consumo de serviços de saúde (haja vista o Programa do Governo Federal “Mais Médicos”).

Desde o projeto até a implantação do novo Curso de Medicina (considerando que é um projeto social), as estruturas, os processos e os resultados precisam ser constantemente avaliados, refletidos e debatidos, possibilitando alterações, visto que o contexto regional



onde as ações e interações se materializam é cambiante, assim como também cambiantes são as necessidades sociais de saúde.

Analisando, em particular, um projeto de Curso de Medicina, as principais estruturas em interação são: a universidade, as secretarias municipais de saúde, as unidades de atendimento SUS, o Hospital de Ensino e a Unidade de Atendimento Ambulatorial desse curso. Entretanto, sabemos que outras estruturas fazem parte da formação, mas que não foram alvo dessa pesquisa: hospitais conveniados, ONGs, escolas etc.

Os processos avaliados envolveram a legislação, o projeto pedagógico, as configurações regionais, as ações de implantação, os atores e os contextos. Lembrando que o próprio conceito de processo pressupõe dinamicidade, mudanças, transformações etc. Na análise dos processos, foi importante desdobrar a categoria dos atores para encontrar os sujeitos que fizeram e fazem parte dessa grande teia: estudantes do Curso de Medicina, estudantes da área da saúde, egressos, usuários do SUS, dirigentes do SUS, médicos docentes, médicos preceptores, profissionais da saúde e funcionários do curso. O protagonismo do agente, que ora se manifesta na voz coletiva de seu grupo e ora se manifesta individualmente, dá o sentido da necessidade social de saúde.

Quanto aos resultados, os nichos de análise envolveram a assistência, a educação, os processos formativos, os desafios advindos da concretude das ações, as transformações possíveis (desejáveis), as transformações resultantes das interações e as contradições que invariavelmente se materializam no cotidiano.

Entre o “novo” e o “velho”, entre o “ideal” e o “possível”, o tempo tece desafios e contradições que são materializadas no espaço e que sempre podem ser, senão compreendidas na sua totalidade, refletidas por aqueles que protagonizam decisões/ações e que reconhecem a saúde como uma necessidade social. Embora, o que se consegue captar na análise de um projeto social seja a definição das necessidades de saúde por sujeitos coletivos, “a definição das necessidades de saúde da população resulta de um processo histórico que supera os limites impostos pelo Estado à ação social dos indivíduos” (STOTZ, 1991, p.453).

Para qualificar a análise, precisamos “compreender as representações de saúde dos diferentes grupos da sociedade civil que demandam esse bem social, bem como as representações que fazem da população os diversos grupos e instâncias do Estado que o fornecem” (STOTZ, 1991, p.07). Somente ouvindo e compreendendo as múltiplas vozes e as múltiplas representações é que se torna possível a aproximação com as necessidades de



saúde de determinados grupos e as possibilidades de formação de profissionais para atendê-las.

Quando se chega à análise dos resultados da pesquisa é que talvez se tenha a visão mais precisa do sentido do inacabamento do movimento dialético. A vida não para! E esses resultados nos mostram claramente a existência real (embora passível de recortes para a análise) jamais se dá de forma linear, ele carece da compreensão de que as totalizações se objetivam no exercício dialético da cristalização e da criação.

Dados revelam contradições, apontam possibilidades, relatam mediações, contam histórias de um espaço vivido que ora aprende a resolver os problemas que se apresentam e ora define caminhos que devem ou não ser seguidos. Parafraseando Paulo Freire (FREIRE, 2002, p.28), pesquisar “exige a consciência do inacabamento”. Isso fascina: a inconclusão da experiência vital onde um projeto social assume a sua infinitude, ao mesmo tempo em que propicia o constante caminhar peregrino do pesquisador em busca do saber.

Somente o projeto social que conhece a si mesmo (apesar da compreensão de seu inacabamento) pode acompanhar suas intencionalidades, corrigir suas rotas, construir e reconstruir seu futuro.

## Referências

AMORETTI, R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. Rev Bras de Educ Méd 2005; 29(2)136-146.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES Nº3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências [capturado em 24 jun. 2014]. Disponível em: [http://www.portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task](http://www.portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task).

CALIL, L. P. Indicadores: o desafio de evidenciar mudanças. In: Otero, M. R. (org.). Contexto e prática da avaliação de programas sociais no Brasil: temas atuais. São Paulo: Peirópolis, 2012.

CAMPOS, C.M.S.; BATAIERO, M.O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface - Comunic Saúde Educ 2007; 11(23)605-618.

CAMPOS, C; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad Saúde Pública. 2005; 21(4)1260-1268.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, C. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.



FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

LAMPERT, J. B. *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: HUCITEC /Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

LAMPERT, J. B.; BICUDO, A. M. (orgs.). *10 anos das Diretrizes Nacionais dos cursos de graduação em medicina*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014.

LAMPERT, J. B.; SILVA, R. H. A.; PERIM, G. L.; STELLA, R. C. R.; ABDALLA, A. G.; COSTA, N. M. S. C. *Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras*. *Rev Bras Educ Méd*, 2009; 33(1)5-18.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (orgs.). *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

PELLEGRINI, Alberto; BUSS, Paulo. Artigo aborda os problemas da saúde e seus determinantes sociais [capturado em 29 dez. 2014]. Disponível em: <http://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/329-artigo-aborda-os-problemas-da-saude-e-seus-determinantes-sociais>.

PESSOA, J. H. L.; CONSTANTINO, C. F. O médico residente como força de trabalho. *Rev Soc Cardio Estado São Paulo* 2002; 6(12), 821-825.

STOTZ, E. N. *Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuições das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)*. Rio de Janeiro, 1991. Doutorado [Tese]. Escola Nacional de Saúde Pública.