



**ABERTURA
DE ESCOLAS
DE MEDICINA
NO BRASIL**

**RELATÓRIO
DE UM CENÁRIO
SOMBRIO**



CFM
Conselho Federal de Medicina

**ABERTURA DE ESCOLAS DE
MEDICINA NO BRASIL**
Relatório de um cenário sombrio

**Dr. Ronaldo da Rocha Loures Bueno
Maria Cristina Pieruccini**

2ª Edição
MARÇO – 2005

DIRETORIA DA
ASSOCIAÇÃO MÉDICA
BRASILEIRA



Presidente

Eleuses Vieira de Paiva

1º Vice-Presidente

Lincoln Marcelo Silveira Freire

2º Vice-Presidente

Ronaldo da R. Loures Bueno

Vice-Presidentes

Remaclo Fischer Junior, Flavio Link Pabst, Ranon Domingues da Costa, Ricardo Saad, Carlos David A. Bichara, David Miguel Cardoso Filho, Lúcio Antonio Prado Dias, José Guerra Lages, Florentino A. Cardoso, J. Samuel Kierszenbaum, José Luiz Gomes do Amaral

Secretário-Geral

Edmund Chada Baracat

1º Secretário

Aldemir Humberto Soares

1º Tesoureiro

Amilcar Martins Giron

2º Tesoureiro

José Alexandre S. Sittart

Diretores

Fabio Biscegli Jatene (*Científico*)
Severino Dantas Filho (*Cultural*)
David Miguel Cardoso Filho (*Relações Internacionais*)
Eduardo da Silva Vaz (*Defesa Profissional*)
Martinho A. R.A. da Silva (*Assistência e Previdência*)
Marcos Pereira de Ávila (*Economia Médica*)
Roque Salvador Andrade e Silva (*Marketing*)
Samir Dahas Bittar (*Saúde Pública*)
Ricardo de Oliveira Bessa (*Atendimento ao Associado*)
Horácio José Ramalho (*Jamb*)
Elias Fernando Miziara (*Diretor Acadêmico*)
Jurandir Marcondes Ribas Filho (*Proteção ao Paciente*)

DIRETORIA DO CONSELHO
FEDERAL DE MEDICINA



Presidente

Edson de Oliveira Andrade

1º Vice-Presidente

Antônio Gonçalves Pinheiro

2º Vice-Presidente

Rubens dos Santos Silva

3º Vice-Presidente

Clóvis Francisco Constantino

Secretário-Geral

Livia Barros Garção

1º Secretário

Marco Antônio Becker

2º Secretário

Gerson Zafalon Martins

1º Tesoureiro

Genario Alves Barbosa

2º Tesoureiro

Alceu José Peixoto Pimentel

Corregedor

Roberto Luiz D'Ávila

Vice-Corregedor

Pedro Pablo Magalhães Chacel

Corpo de Conselheiros

Abdon Jose Murad Neto, Aldemir Humberto Soares, Aloísio Tibirica Miranda, Alvaro Luiz Salgado Pinto, Antonio Clementino da Cruz Junior, Antonio de Padua Silva Sousa, Bernardo Fernando Viana Pereira, Celso Murad, Ceuci de Lima Xavier Nunes, Claudio Balduino Souto Franzen, Claudio Jose Dias Klautau, Dardeg de Sousa Aleixo, Dilza Terezinha Ambros Ribeiro, Edevard Jose de Araújo, Edilma de Albuquerque Lins Barbosa, Edward Eyi Foster, Elcio Luiz Bonamigo, Francisco Barreiros Neto, Frederico Henrique de Melo, Geraldo Luiz Moreira Guedes, Henrique Batista e Silva, Isac Jorge Filho, Jacob Samuel Kierszenbaum, José Albertino Souza, José Fernando Maia Vinagre, José Hiran da Silva Gallo, Lueiz Amorim Canedo, Luiz Fernando Galvao Salinas, Luiz Nodgi Nogueira Filho, Luiz Sallim Emed, Luiz Salvador Miranda de Sá Junior, Manuel Lopes Lamego, Maurício de Barros Jafar, Nemésio Tomasella de Oliveira, Neuman Figueiredo de Macedo, Noé de Cerqueira Fortes, Paulo Ernesto Coelho de Oliveira, Rafael Dias Marques Nogueira, Ricardo José Baptista, Roberto Tenorio de Carvalho, Serafim Domingues Lanzieri, Sílvia da Costa Carvalho Rodrigues, Teresa Cristina Mayer Ventura da Nobrega, Wirlande Santos da Luz

ATUALIZAÇÃO DE DADOS

Em 12 de julho 2005

Estes são os novos cursos de medicina que não constavam do cadastro do MEC, por ocasião desta pesquisa:

Minas Gerais:

Instituto de Ciências da Saúde - Montes Claros
Universidade Presidente Antônio Carlos - Araguari
Faculdade de Medicina do Vale do Aço - Ipatinga

Goiás: Universidade Católica de Goiás (Goiânia)

Rondônia: Faculdade São Lucas (**Porto Velho**)

Pernambuco: Universidade Federal do Vale do São Francisco (**Petrolina**)

Total de cursos de medicina:146

Fonte: MEC/Inep
www.educacaosuperior.inep.gov.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
INTRODUÇÃO	8
1. POPULAÇÃO X MÉDICOS	11
1.1. Síntese	14
2. REDE DE ENSINO MÉDICO	16
2.1. Distribuição cronológica e geográfica	16
2.1.1. Período de 1808 a 1959	16
2.1.2. Década de 1960	18
2.1.3. Décadas de 1970 e 1980	20
2.1.4. Década de 1990	22
2.1.5. Período 2000 a 2004	23
2.2. Distribuição administrativa de cursos e vagas/ano	26
2.3. Síntese	27
3. CONFIGURAÇÃO LEGAL	29
3.1. Gestão de Recursos Humanos na Saúde	29
3.2. Legislação Competente	30
3.2.1. Sistemas Público Federal e Privado: Pré-Requisitos Mínimos	30
3.2.2. Sistemas Estadual e Municipal: Pré-Requisitos Mínimos	31
3.2.3. O papel do Conselho Nacional da Saúde	31
3.2.3.1. Projeto de Lei 65/2003 - 33	33
4. MECANISMOS DE AVALIAÇÕES	35
4.1. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior-Sinaes	35
4.1.1. Auto-avaliação das Instituições	36
4.1.2. Avaliação Externa	36
4.1.3. Avaliação das Condições de Ensino - ACE	36
4.1.4. Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade)	37
4.2. Exame Nacional de Cursos - ENC- aplicados a Graduandos de Medicina	38
4.2.1. Análise dos Resultados do ENC-Medicina	40
4.2.2. Síntese	41
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
6. REFERÊNCIAS	44
7. ANEXOS	46

APRESENTAÇÃO

Não é de hoje que as entidades médicas brasileiras tentam incluir na agenda das políticas públicas as questões da avaliação e regulação de cursos de medicina. Sempre tivemos interesse em relação à capacidade instalada, ao número de médicos que se formam ano a ano e à qualidade do ensino ofertado.

A expansão de cursos de medicina e a ampliação de vagas nos já existentes, ocorridas na última década, acompanhada da queda da qualidade da formação acadêmica e dos honorários da classe, recolocaram a questão no rol de nossas prioridades.

Neste contexto, a Associação Médica Brasileira (AMB) promoveu em 2002 cinco fóruns regionais denominados *Novas Escolas de Medicina: Necessidade ou Oportunismo?*, em Curitiba, Belo Horizonte, Belém, Brasília e Salvador. Sua finalidade era definir estratégias de ação político-institucionais e a adoção de um discurso nacional fundamentado e direcionado à necessidade de restrições à criação de novos cursos de graduação em medicina. Esteve à frente da coordenação dos fóruns o Dr. Ronaldo da Rocha Loures Bueno, 2º Vice-presidente da AMB, que, juntamente com a socióloga e historiadora Maria Cristina Pieruccini, assinam a autoria do estudo ***Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: Relatório de um Cenário Sombrio***, de janeiro de 2004, que ora temos a satisfação de divulgar à sociedade brasileira em sua 2ª edição revista e atualizada.

Tendo em vista oferecer fundamentação à reivindicação de implantação urgente de política pública regulatória do setor de formação na área de saúde, em especial na medicina, a análise desenvolvida procura responder a duas questões cruciais: se no país ainda há necessidade social de criação de cursos de medicina e quais são e que eficácia têm os instrumentos oficiais disponíveis para conter seu processo de expansão, que está comprometendo a qualidade do ensino ofertado. Para tanto, o estudo elabora um diagnóstico do setor de formação médica desde seus primórdios, com ênfase nos aspectos quantitativos, distributivos e qualitativos. A questão da qualidade, sem dúvida, é a questão crucial porque entendemos que a manutenção de cursos de baixa qualidade reveste-se em um ato prejudicial à sociedade, na justa medida que não propiciarão aos seus egressos condições competitivas de enfrentar o mercado de trabalho.

Muitas ações movidas por entidades médicas, objetivando impedir a abertura de escolas médicas, tramitam na justiça, sem que tenhamos obtido, até agora, resultados favoráveis. Nada é mais difícil do que fechar uma escola em funcionamento porque gera uma comoção social e esbarra nos direitos dos alunos matriculados. Por esta razão é que temos nos mobilizado na tentativa de obter garantias e instrumentos que possibilitem barrar a criação de cursos que não tenham comprovada a sua necessidade social.

Recentemente, o Conselho Nacional de Saúde -CNS- recomendou ao Conselho Nacional de Educação -CNE- a suspensão das autorizações para criação de cursos na área da saúde, providência acatada por um período de 180 dias. Em março de 2004 o Ministro da Educação Tarso Genro anunciou a prorrogação da suspensão destas autorizações por mais 60 dias. O anúncio foi feito na plenária do CNS, na presença do Ministro da Saúde Humberto Costa, e baseou-se em uma “Carta Aberta” assinada pelas entidades médicas nacionais e pelas entidades médicas de São Paulo, alarmadas com o excesso de novos cursos de medicina no estado. Neste documento, solicitamos ao MEC a revisão dos processos que culminaram na abertura de três cursos e a paralisação imediata dos processos em andamento de outros quatro. O documento solicitava, também, apoio à tramitação em regime de urgência do Projeto de Lei nº 65/2003, de autoria do Deputado Arlindo Chinaglia (PT-SP), que dispunha sobre a proibição por dez anos da criação de novos cursos de medicina no país, bem como da ampliação de vagas nos cursos existentes. E que este período servisse para se fazer uma minuciosa avaliação dos cursos, cumprindo a legislação existente.

Transcorrido um ano, lamentavelmente, o PL 65/2003 ainda não foi votado na Câmara Federal. Na

Comissão de Seguridade Social e Família, em setembro de 2003, recebeu da relatora Dep. Angela Guadagnin (PT/SP) parecer favorável, porém com Substitutivo, que retira o período de suspensão de autorização para a abertura de cursos de medicina, amplia sua abrangência e acrescenta igualdade de poder decisório sobre a matéria ao CNS e CNE. Com isso, retira-se do CNS a exclusividade do caráter decisório terminativo, tão veemente defendido pelas entidades representativas da área de saúde. Atualmente encontra-se na Comissão de Educação e Cultura, onde aguarda parecer do Relator Dep. Eduardo Barbosa (PSDB-MG).

Ao defendermos a aprovação do PL 65/2003, pretendemos não ferir princípios democráticos ou fechar portas no mercado de trabalho e sim tentar provar que a autorização de funcionamento de cursos de medicina deve ser compatível com reais condições de formar bons profissionais, do ponto de vista técnico, ético e humanitário. Caso contrário, configura-se um atentado à saúde da população, pois o número excessivo de médicos formados anualmente – mais de 10 mil – com educação deficiente, se configura em um real perigo para a sociedade.

Não obstante o Protocolo do Ministério da Educação ter ficado fechado por cerca de dez meses para entrada de solicitações de autorizações para novos cursos médicos, somente nos últimos quatro anos surgiram mais 44, totalizando 140 e mais 2.771 vagas/ano. É extremamente preocupante a constatação de que, em tão curto espaço de tempo, a rede instalada tenha apresentado um crescimento recorde de 31% e no número de vagas/ano de 23%. A situação nas demais áreas da saúde não é diferente.

Por outro lado, chamamos a atenção para os cursos de Biomedicina (duração de 4 anos), que cresceram em cinco anos de 7 para 54 cursos (+ 670%), o que representa um acréscimo de 4.346 vagas. O preocupante é que muitas dessas instituições estão encarando a implantação da Biomedicina como uma etapa no projeto de criação do curso médico.

O governo não admite a possibilidade de estancar a expansão do ensino superior, porque entende que ela promove a inclusão social. Isto porque somente 9% dos jovens de 18 a 24 anos estão matriculados no ensino superior. As metas do Plano Nacional de Educação são bastante ambiciosas no tocante à expansão geral. O que não pode deixar de ser levado em consideração é que nas 4 milhões de matrículas em instituições de ensino superior, 40% são da área de saúde e que é urgente a necessidade de criação de marco regulatório para o crescimento do ensino superior na área da saúde, capaz de auferir qualidade.

A luta pela qualidade da formação na área da saúde deve ser uma bandeira de toda a sociedade. Já é tempo das instâncias políticas decisórias despertarem para esta situação. Como, também, já é tempo da sociedade exigir que este setor de ensino seja urgentemente reformulado.

Associação Médica Brasileira
Conselho Federal de Medicina

INTRODUÇÃO

Em meados da década de 60 do século XX, o Prof. Mario Rigatto já alertava para o fato de que a insistência em corrigir os problemas referentes à atenção à saúde da população brasileira atuando exclusivamente sobre uma de suas causas, a falta de médicos, “não só não permitirá que o mesmo seja resolvido como poderá levar à superprodução de médicos, criticável pelo desperdício de dinheiro público, pelos efeitos daninhos sobre a qualidade da formação acadêmica, e pela queda dos padrões éticos que ensejaria.” (RIGATTO, 1976). Sem dúvida, foram sábias e proféticas palavras!

Um estudo da Organização Pan-Americana de Saúde, publicado em 1970, sobre a educação médica na América Latina, incluindo escolas brasileiras, coordenado pelo médico Juan César García, já denunciava a incorporação deficiente dos planos nacionais de saúde ao processo de formação dos profissionais da área, a falta de coordenação entre instrumentos de formação e as necessidades da população; e o número de candidatos muito acima do número de vagas. No plano acadêmico, denunciava as rígidas estruturas administrativas; a divisão em departamentos, gerando uma formação com enfoque especializado; a escassez de professores e de recursos materiais; o ensino fundamentalmente teórico, com transmissão vertical de conhecimentos; e a inadequada comunicação entre docentes e alunos (Feuerwerker, citada por BRIANI, 2003).

A formação generalista já era, então, defendida como objetivo a ser perseguido no ensino médico e nas políticas públicas voltadas ao setor. As transformações ocorridas no mercado de trabalho médico, o agravamento da crise da atenção à saúde da população e os avanços contínuos dos recursos tecnológicos à disposição das especialidades, fizeram com que o enfoque generalista ficasse cada vez mais distante da realidade de ensino. Diante disso, o estado brasileiro procurou corrigir apenas uma das causas da crise da atenção à saúde: a insuficiência de médicos. Os aspectos qualitativos da formação médica, porém, ficaram em segundo plano.

Os problemas, portanto, persistem com o agravante de que o número de médicos cresce em uma razão duas vezes maior que o crescimento populacional brasileiro. Isto se deve ao fato de que há uma proliferação indiscriminada de cursos sem a infra-estrutura física e humana necessárias, comprometendo a qualidade da formação médica e gerando número excessivo de profissionais nos grandes centros brasileiros.

O elevado custo de implantação e manutenção de um curso de medicina de qualidade é fato reconhecido pela sociedade. Transformar o ensino médico em um empreendimento lucrativo implica, necessariamente, na elasticidade do número de vagas e, muito provavelmente, no comprometimento da qualidade do ensino ofertado. Assim, muitos cursos de medicina, quer sejam públicos ou privados, são criados porque, antes de mais nada, a reitoria imagina que sua instituição ganhará mais prestígio. Nem só as instituições universitárias, no entanto, são seduzidas pelos pretensos ganhos com a criação de um curso de medicina. Também o são as prefeituras e a comunidade em geral das cidades do interior do país, que vislumbram no hospital de ensino um alento ao déficit regional de assistência à saúde da população. Um hospital de ensino, dentro desta visão, pode trazer recursos do poder público (Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho), o que extrapola o âmbito acadêmico e ganha contornos de natureza sócio-política.

Montam-se, assim, alguns cursos com um programa pedagógico que nada mais é do que uma “carta de intenções”, sem compromisso social e sem a infra-estrutura física e de pessoal adequadas. Assim, cursos de medicina estão sendo autorizados e vestibulares estão sendo realizados, com base apenas em intenções futuras de implantação de infra-estrutura. São intenções de convênios, de contratações de professores, de construções e reformas somente para quando iniciar as matérias práticas. Em síntese, o que caracteriza esses cursos é a ausência de um corpo docente adequado e de recursos materiais apropriados.

O compromisso com a implantação do hospital de ensino, embora seja importante como bandeira política regional, nem sempre é encarado como prioritário, visto que não se faz necessário nos três primeiros anos do curso. E, mesmo assim, a preocupação maior é com sua implantação. Há, nesta fase, uma miopia generalizada em relação à sua manutenção, que consome mais de 50% dos recursos das universidades públicas que mantêm cursos de medicina e, mesmo assim, têm se revelado insuficientes para fazer frente às suas necessidades operacionais básicas. Daí, a necessidade de se estabelecer vínculos políticos visando a obtenção de recursos adicionais oriundos de emendas orçamentárias. Sem dúvida, trata-se de uma solução imediatista que não contempla o planejamento de médio e longo prazos.

Muitas ações movidas por entidades médicas, objetivando impedir a abertura de novas escolas médicas, tramitam na justiça, sem que se tenha obtido, até agora, resultados favoráveis.

Nada é mais difícil do que fechar uma escola em funcionamento porque gera uma comoção social e esbarra nos direitos dos alunos matriculados. Por esta razão é que as entidades médicas têm se mobilizado na tentativa de obter garantias e instrumentos que possibilitem barrar a criação de novos cursos de medicina que não tenham comprovada sua necessidade social.

O objetivo deste trabalho é, portanto, reivindicar a implantação urgente de política pública regulatória do setor de formação na área de saúde, em especial da expansão das escolas médicas no Brasil. Para tanto, elabora um diagnóstico do setor de formação médica desde seus primórdios, com ênfase nos aspectos quantitativos, distributivos e qualitativos, procurando responder a duas questões cruciais: se no país ainda há necessidade social de criação de cursos de medicina e quais são e que eficácia têm os instrumentos oficiais disponíveis para conter o seu processo de proliferação.

A análise desenvolvida buscou responder a duas questões cruciais: onde no país ainda há necessidade social de criação de cursos de medicina e quais são e que eficácia têm os instrumentos oficiais disponíveis para conter o seu processo de

proliferação? Estenda-se aqui que os pré-requisitos para a autorização de abertura de novos cursos de medicina no país.

Para tanto, partiu-se da compilação e análise de dados de população e de número de médicos ativos, já que se busca identificar a relação da quantidade de médicos em face à população a ser assistida. Esta base de dados é referendada pelo Cadastro Nacional de Médicos do Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Considerando que os dados sobre o número de médicos ativos referem-se a 2003, optou-se por utilizar uma estimativa populacional com a data de referência mais próxima possível: em 1º de julho de 2002. Esta estimativa do IBGE insere-se no período 1992 – 2010, seguindo tendência dos Censos 1991 – 2002.

Nem sempre os números falam por si só. A relação médico/habitante obtida nos estados, por exemplo, é um dado bastante genérico, que necessitou ser cruzado com outras variáveis, tais como as relações médias observadas nas capitais dos estados e em suas regiões interioranas; os percentuais de médicos ativos e de população; os cursos de medicina e as vagas existentes. Para tanto, montou-se, em anexo, dois grandes quadros: o primeiro com dados de população, número e percentual de médicos ativos e relação de médico/habitantes por regiões, estados, capitais e interior. O segundo, com toda a rede de ensino médico e a disponibilidade de vagas por unidade da federação, ano de fundação e categoria administrativa. A análise e interpretação destes dados básicos geraram novos quadros e Tabelas, que são apresentados no corpo do trabalho.

Concluído o mapeamento da distribuição cronológica e geográfica de médicos e cursos de medicina no país, passou-se ao levantamento das exigências legais para a autorização de funcionamento, credenciamento e reconhecimentos destes cursos no país, reconstituindo os trâmites e pré-requisitos necessários, bem como os mecanismos institucionais disponíveis para a realização das avaliações de desempenho dos graduandos de medicina. Ocorre que ao longo de 2004, após a divulgação 1ª edição de *Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: Relatório*

de um *Cenário Sombrio*, o Governo Lula reformulou a política de avaliação da educação superior brasileira; o que exigiu uma revisão completa do texto anterior.

No contexto do novo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior -Sinaes-, o Exame Nacional de Cursos (ENC), mais conhecido como Provão, foi transformado em Exame nacional de Desempenho de Estudantes (Enade), com outros parâmetros. (cf. pág.32). Não é porque o ENC deixou de existir que seus resultados devam ser desconsiderados. Além do que, são os únicos dados de avaliação existentes, até o presente momento, no país. Assim, foi mantida a análise dos resultados obtidos nas quatro primeiras edições do ENC-Medicina, realizadas no período de 1999 a 2002, sendo-lhe acrescido o resultado da quinta e última edição realizada em 2003.

A 1ª edição deste estudo incluía, ainda, os resultados da antiga Avaliação das Condições de Oferta (ACO), realizadas nos anos de 1999 e 2000. Por não mais refletir as condições de infraestrutura e recursos didático-pedagógicos das instituições avaliadas, esta análise foi retirada da presente edição.

Por outro lado, esta 2ª edição agrega um dado relevante, o *Estudo para identificação de necessidade de profissionais e especialidades na área de saúde*,

recentemente divulgado pelo Departamento da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde (DEGES/SEGES-MS). Trata-se de um amplo estudo encomendado pelo Conselho Nacional de Saúde para balizar seus pareceres referentes à necessidade social de novos cursos na área de saúde. Neste contexto de desequilíbrio entre demanda e oferta de profissionais, se destaca a iniciativa do Ministério da Saúde de valorizar o perfil sócio-demográfico e epidemiológico da população, a capacidade instalada dos serviços e a disponibilidade de médicos e de vagas de graduação e residência médicas para formular uma política nacional de regulação do acesso e da formação destes profissionais.

Finalmente, espera-se poder contribuir para o reordenamento do setor, principalmente no tocante à melhoria da qualidade da formação de recursos humanos na área de saúde. A-o direito do cidadão obter uma boa formação profissional, agrega-se uma questão tão ou mais importante que envolve a qualidade do atendimento que estes profissionais dispensarão à saúde da população. Está se falando de vidas humanas. Daí, a responsabilidade da educação superior pública e privada se pautar na busca contínua de oferta de ensino de qualidade.

1. POPULAÇÃO X MÉDICOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como parâmetro ideal de atenção à saúde da população a relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes. Para centros com uma rede de serviços bem estruturada, os técnicos defendem a ampliação deste parâmetro. De qualquer forma, a definição desta relação torna-se um importante recurso de mapeamento da distribuição de médicos no país.

No Brasil, a relação média observada de 1/622 habitantes está muito abaixo deste parâmetro devido à grande concentração de médicos ativos verificada nas regiões Sudeste (1/455 hab.), Sul (1/615 hab.) e Centro-Oeste (1/640 hab.). Somente as regiões Nordeste e Norte estão próximas deste parâmetro, apresentando relação média de 1/1.063 e de 1/1.345 habitantes, respectivamente (Tabela 1).

No Norte, apenas Roraima (1/762 hab.) apresenta uma relação média abaixo de 1/1.000 habitantes; o que também ocorre em cinco (55,6%) dos estados do Nordeste. Uma análise comparativa dos estados, indica que 16 deles (59,3%) apresentam uma relação abaixo de 1/1.000 hab., sendo que o Rio de Janeiro (1/302 hab.) e o Distrito Federal (1/309 hab.) são os que apresentam a maior concentração de médico por habitante, ultrapassando, inclusive, São Paulo (1/471 hab.).

Em sentido inverso, destacam-se o Maranhão (1/1.917 hab.), seguido do Pará (1/1.500 hab.), Amapá (1/1.484 hab.), Rondônia (1/1.450 hab.), Piauí (1/1.420 hab.), Acre (1/1.374 hab.) Tocantins (1/1.329 hab.), Ceará (1/1.161 hab.), Amazonas (1/1.132 hab.), Bahia (1/1.116 hab.) e Mato Grosso (1/1.041 hab.). Destes, somente Acre e Amapá mantêm esta relação média acima de 1/1.000 habitantes, também, em suas capitais e regiões interioranas.

Não obstante, Tocantins (1/959 hab.) e Rondônia (1/968 hab.) estarem no limite em suas capitais, merecem destaque pelo fato de apresentarem elevada relação média em suas regiões interioranas (1/1.413 hab. e 1/1.725 hab., respectivamente), justamente onde está concentrada a

maioria da população e dos médicos ativos. Este desempenho foge à regra, evidenciando falta de médicos no interior desses estados, sem que se configure concentração de médicos nas suas capitais.

Das seis capitais da região Norte, Rio Branco/AC, Macapá/AP e Boa Vista/RR apresentam relação superior a 1/1.000 hab., fato que não se observa nas demais capitais do país (Quadro 1). Roraima apresenta um desempenho excepcional, em razão de sua capital Boa Vista destacar-se como a única exceção à tendência brasileira de maior concentração de médicos nas capitais, apresentando a mais alta relação média observada no país (1/1.737 hab.), enquanto no interior do estado esta relação cai para (1/419 hab.), igualmente a mais baixa do país. Este desempenho, no entanto, necessita ser confrontado com o fato de que no interior estão concentrados somente 30,4% da população do estado e 69,5% dos médicos de Roraima. Em outras palavras, cerca de 70% da população estadual, que está concentrada na capital Boa Vista, têm carência de médicos, sem que haja carência destes profissionais no estado (1/762 hab.)

Em sentido contrário, no interior do Pará, observa-se a maior relação média do país (1/4.466 hab.), desempenho que resulta do fato de 73,3% dos médicos ativos do estado estarem concentrados na capital Belém, que reúne apenas 20,4% da população do estado.

No Nordeste, destaca-se a relação média observada no Maranhão (1/1.917 hab.), a mais alta do país. A capital São Luiz, com apenas 15,6% da população do estado e concentrando 52,5 % dos médicos ativos, apresenta uma relação média de 1/570 hab., contra 1/3.403 hab. no interior.

Da mesma forma, merecem destaque nacional as altas relações médico/habitantes observadas no interior dos estados nordestinos, chegando a oscilar entre 1/1.691 hab. na Paraíba e 1/4.108 hab. no Sergipe; o que resulta do fato de todas as capitais nordestinas apresentarem relação média bem inferior a 1/1.000 hab. Este desempenho, comparado às demais regiões, evidencia que o Nordeste apresenta a maior concentração de médicos em capitais brasileiras.

TABELA 1 - RELAÇÃO DE MÉDICO/HABITANTES POR REGIÃO, UNIDADE DA FEDERAÇÃO, CAPITAL E INTERIOR E PERCENTUAIS DE MÉDICOS ATIVOS E POPULAÇÃO - BRASIL / 2003

REGIÃO/ESTADO	RELAÇÃO MÉDICO/HABITANTES			% MÉDICOS ATIVOS		% POPULAÇÃO	
	Total	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior
NORTE	1/1.345			3,6		7,7	
				62,1	37,9	30,0	70,0
Roraima	1 / 762	1 / 1.737	1 / 419	30,5	69,5	69,6	30,4
Amazonas	1 / 1.132	1 / 760	1 / 2.242	74,9	25,1	50,1	49,9
Tocantins	1 / 1.329	1 / 959	1 / 1.413	18,5	81,5	13,4	86,6
Acre	1 / 1.374	1 / 1.102	1 / 1.735	56,9	43,1	45,6	54,4
Rondônia	1 / 1.450	1 / 968	1 / 1.725	24,8	75,2	24,3	75,7
Amapá	1 / 1.484	1 / 1.406	1 / 1.615	62,6	37,4	59,4	40,6
Pará	1 / 1.500	1 / 419	1 / 4.466	73,3	26,7	20,5	79,5
NORDESTE	1 / 1.063			16,4		28,0	
				66,8	33,2	21,0	79,0
Pernambuco	1 / 794	1 / 213	1 / 1.948	66,6	33,4	17,9	82,1
Rio Grande do Norte	1 / 891	1 / 345	1 / 1.969	66,4	33,6	25,7	74,3
Alagoas	1 / 899	1 / 324	1 / 3.190	79,9	20,1	28,9	71,1
Paraíba	1 / 921	1 / 295	1 / 1.691	55,2	47,8	17,7	82,3
Sergipe	1 / 945	1 / 292	1 / 4.108	82,9	17,1	25,7	74,3
Bahia	1 / 1.116	1 / 334	1 / 2.459	63,2	36,8	18,9	81,1
Ceará	1 / 1.161	1 / 448	1 / 3.296	74,9	25,1	29,0	71,0
Piauí	1 / 1.420	1 / 525	1 / 3.409	69,0	31,0	25,5	74,5
Maranhão	1 / 1.917	1 / 570	1 / 3.403	52,5	47,5	15,6	84,4
CENTRO-OESTE	1 / 640			6,7		6,9	
				68,9	31,1	37,0	63,0
Distrito Federal	1 / 309	1 / 309	—	—	—	—	—
Goiás	1 / 768	1 / 303	1 / 1.335	54,9	45,1	21,7	78,3
Mato Grosso do Sul	1 / 800	1 / 180	1 / 1.090	50,3	49,7	32,4	67,6
Mato Grosso	1 / 1.041	1 / 494	1 / 1.413	40,4	59,6	19,2	80,8
SUDESTE	1 / 640			58,4		42,7	
				46,4	53,6	26,0	74,0
Rio de Janeiro	1 / 302	1 / 196	1 / 472	61,8	38,2	40,3	59,7
São Paulo	1 / 471	1 / 315	1 / 583	41,5	58,5	27,8	72,2
Espírito Santo	1 / 598	1 / 124	1 / 987	45,0	55,0	9,3	90,7
Minas Gerais	1 / 642	1 / 237	1 / 848	33,7	66,3	12,5	87,5
SUL	1 / 455			14,9		14,7	
				35,0	65,0	13,0	87,0
Rio Grande do Sul	1 / 512	1 / 180	1 / 712	37,6	62,4	13,3	7
Paraná	1 / 698	1 / 283	1 / 990	41,3	58,7	16,8	83,2
Santa Catarina	1 / 741	1 / 301	1 / 825	16	84,0	6,5	93,5
TOTAL BRASIL	1 / 622			50,1	49,9	20,0	80,0

Fontes: Cadastro Nacional de Médicos do CFM
Censo Populacional do IBGE
Resultados obtidos da compilação dos dados do Anexo 1

QUADRO 1 - RELAÇÃO CRESCENTE DE MÉDICO/HABITANTES POR ESTADO, CAPITAL E INTERIOR - BRASIL/2003

ESTADO	RELAÇÃO MÉDICO/HAB.	CAPITAL/ESTADO	RELAÇÃO MÉDICO/HAB.	INTERIOR/ESTADO	RELAÇÃO MÉDICO/HAB.
Rio de Janeiro	1/ 302	Vitória / ES	1/ 124	Roraima	1/ 419
Distrito Federal	1/.309	Porto Alegre / RS	1/ 180	Rio de Janeiro	1/ 472
São Paulo	1/ 471	Campo Grande / MS	1/ 180	São Paulo	1/ 583
Rio Grande do Sul	1/ 512	Rio de Janeiro / RJ	1/ 196	Rio Grande do Sul	1/ 712
Espírito Santo	1/ 598	Recife / PE	1/ 213	Santa Catarina	1/ 825
Minas Gerais*	1/ 642	Belo Horizonte / MG	1/ 237	Minas Gerais	1/ 848
Paraná	1/ 698	Curitiba / PR	1/ 283	Espírito Santo	1/ 987
Santa Catarina	1/.741	Aracajú / SE	1/ 292	Paraná	1/ 990
Roraima	1/ 762	João Pessoa / PA	1/ 295	Mato Grosso do Sul	1/ 1.090
Goiás	1/ 768	Florianópolis / SC	1/ 301	Goiás	1/ 1.335
Pernambuco	1/ 794	Goiânia / GO	1/ 303	Mato Grosso	1/ 1.413
Mato Grosso do Sul	1/ 800	Brasília / DF	1/ 309	Tocantins	1/ 1.413
Rio Grande do Norte	1/ 891	São Paulo / SP	1/ 315	Amapá	1/ 1.615
Alagoas	1/ 899	Maceió / AL	1/ 324	Paraíba	1/ 1.691
Paraíba	1/ 921	Salvador / BA	1/ 334	Rondônia	1/ 1.725
Sergipe	1/ 945	Natal / RN	1/ 345	Acre	1/ 1.735
Mato Grosso	1/ 1.041	Belém / PA	1/ 419	Pernambuco	1/ 1.948
Bahia	1/ 1.116	Fortaleza / CE	1/ 448	Rio Grande do Norte	1/ 1.969
Amazonas	1/ 1.132	Cuiabá / MT	1/ 494	Amazonas	1/ 2.242
Ceará	1/ 1.161	Terezina / PI	1/ 525	Bahia	1/ 2.459
Tocantins	1/ 1.329	São Luiz / MA	1/ 570	Alagoas	1/ 3.190
Acre	1/ 1.374	Manaus / AM	1/ 760	Ceará	1/ 3.296
Piauí	1/ 1.420	Palmas / TO	1/ 959	Maranhão	1/ 3.403
Rondônia	1/ 1.450	Porto Velho / RO	1/ 968	Piauí	1/ 3.409
Amapá	1/ 1.484	Rio Branco / AC	1/ 1.102	Sergipe	1/ 4.108
Pará	1/ 1.500	Macapá / AP	1/ 1.406	Pará	1/ 4.466
Maranhão	1/ 1.917	Boa Vista / RR	1/ 1.737	Distrito Federal	—
TOTAL	1 / 622				

Fontes: Cadastro Nacional de Médicos do CFM
Censo Populacional do IBGE
Resultados obtidos da compilação dos dados do Anexo 1

A capital de Sergipe, por exemplo, com 25,7% da população estadual, tem à sua disposição 82,9% do médicos ativos no estado.

Não obstante todas as relações médias apresentadas pelos estados do Centro-Oeste serem bastante baixas, com exceção do Mato Grosso (1/1.041), chama a atenção a do Distrito Federal (1/309 hab.), por ser a segunda menor do país, abaixo apenas da observada no Rio de

Janeiro (1/302 hab.). As capitais da região Centro-Oeste também apresentam relação média bem abaixo do parâmetro da OMS, o que não ocorre no interior onde esta relação está um pouco acima.

Os estados do Sudeste e Sul destacam-se por apresentarem todos, sem exceção, relações médias bem abaixo de 1/1.000 habitantes, tanto nas capitais como no interior.

1.1. Síntese

A distribuição percentual de população e médicos ativos por regiões é bastante equivalente com concentrações majoritárias de população e de médicos no Sudeste, minoritárias no Norte; e iguais no Centro-Oeste e no Sul. Apenas no Nordeste se observa uma pequena diferença. (Gráficos 1 e 2)

Quando se acrescenta a esta análise a variável capital e interior, percebe-se que enquanto o interior detém 80% da população brasileira, somente 50% dos médicos lá se radicam, evidenciando uma elevada concentração desses profissionais nas capitais. (Gráfico 3)

Detalhando a variável regional, verifica-se que o Centro-Oeste apresenta a maior concentração de população em capitais e o sul a menor. Da mesma forma, a concentração de médicos ativos nas capitais do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, não é

acompanhada no Sudeste e no Sul, onde a situação se inverte. (Gráfico 4)

A primeira vista, a análise indica falta de médicos no interior dos estados de Tocantins, Amapá, Rondônia, Acre, Amazonas e Pará (região Norte); Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Bahia, Alagoas, Ceará, Maranhão, Piauí e Sergipe (região Nordeste) e Goiás, Mato Grosso (Centro-Oeste). Comparando-se, no entanto, estes dados com as relações médias observadas em suas respectivas capitais e com os percentuais de população e de médicos ativos, chega-se à conclusão de que somente possa existir carência de médicos nos estados do Pará, Amapá, Rondônia, Piauí, Acre, Tocantins (região Norte), Maranhão e Piauí (Nordeste). O problema dos demais estados citados acima está relacionado à má distribuição de médicos em seu território.

Este resultado demonstra uma alarmante

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE POPULAÇÃO POR REGIÕES - BRASIL 2003

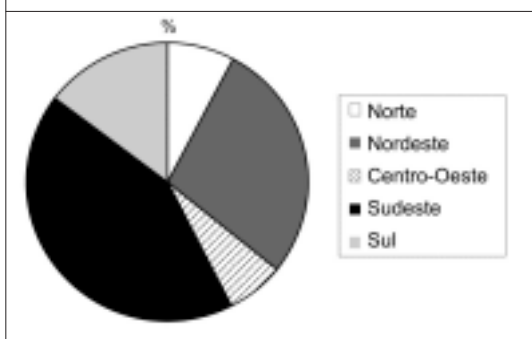


GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE POPULAÇÃO E MÉDICOS ATIVOS NAS CAPITAIS E INTERIOR - BRASIL 2003



GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MÉDICOS ATIVOS POR REGIÕES - BRASIL 2003

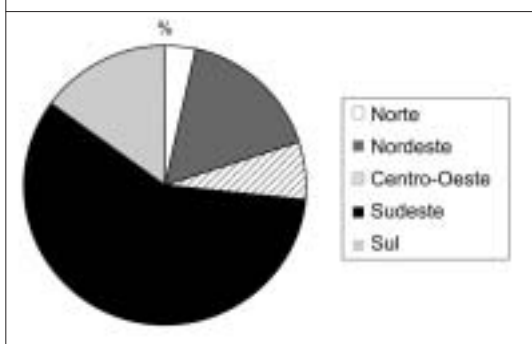
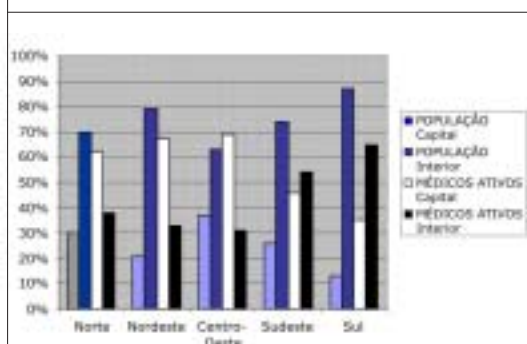


GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE POPULAÇÃO E MÉDICOS POR REGIÕES, NAS CAPITAIS E INTERIOR - BRASIL 2003



concentração de médicos nas capitais brasileiras e carência no interior do país, situando-se no Centro-Oeste e Nordeste a maior concentração de médicos em capitais brasileiras. Registra-se, porém, uma exceção na região Norte, visto que das seis capitais, Rio Branco/AC, Macapá/AP e Boa Vista/RR apresentam relação superior a 1/ 1.000 hab., fato que não se observa nas demais capitais do país.

Ocorre que até 2000 existiam apenas cinco cursos de medicina na região Norte, no Amazonas, no Pará, no Tocantins e em Roraima, totalizando 462 vagas/ano. Hoje o quadro evoluiu para doze cursos e 972 vagas/ano, um incremento de 140% nos cursos e de 47% nas vagas/ano. Com exceção do Pará, Amapá e Roraima, os demais estados da região ganharam cursos de medicina: Amazonas, Tocantins e Rondônia, mais 2 cada; Acre, mais um. Assim, o provimento de médicos para a região já está encaminhado, persistindo o quadro inalterado no Amapá, o único estado brasileiro sem curso de medicina. A situação do Pará, no entanto, poderia perfeitamente ser administrada com uma melhor distribuição de médicos em seu território. Colocar mais médicos no estado só iria agravar a altíssima concentração (73%) deles em sua capital Belém, que reúne apenas 20,4% da população do estado.

Da mesma forma, há expectativa de que as altas relações médico/habitantes observadas no Maranhão e no Piauí (1/ 1.917 e 1/ 1.420, respectivamente) sofram inversão acentuada com a implantação de mais 2 cursos em cada um destes

estados. No Maranhão, os novos cursos, elevarão o número de vagas/ano em 89% e, no Piauí, em 180%.

Há uma grande distorção entre o aumento do número de vagas/ano em medicina e os recursos direcionados à atenção à saúde da população, o que muito contribui para a concentração de médicos nas capitais. A grande maioria dos formandos, não escolherá o interior pela simples razão de que lá não existe uma política pública efetiva de atração e manutenção destes profissionais. É falso, pois, o argumento de que é preciso formar médicos generalistas para cobrir a carência de regiões interioranas. Embora se possa entender esta maior concentração de médicos nas capitais, as cifras atingidas ultrapassam os limites do razoável, com graves conseqüências para o futuro da categoria.

A pesquisa *Situação de Saúde da População Brasileira: Perfil Sócio-demográfico, Epidemiológico, Fontes de Financiamento e Demanda Acolhida por Regiões e Municípios*, coordenada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, (DEGES/MS), apresenta, entre outras possibilidades:

- aumentar a capacidade instalada em saúde, principalmente em municípios de 100 a 300 mil habitantes, que são pólos regionais;
- promover a formação e capacitação de profissionais de saúde, especialmente médicos, e incentivar sua presença nas regiões com maiores carências, como a Norte e a Nordeste. (cf. Anexo 4)

2. REDE DE ENSINO MÉDICO

2.1. Distribuição de cursos no tempo e no espaço

2.1.1. Período de 1808 a 1959

Os dois primeiros cursos de medicina criados no país, em Salvador (Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia) e no Rio de Janeiro (Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro), datam do período da vinda de D. João VI e da Corte Portuguesa para o Brasil. Durante quase um século permaneceram com a exclusividade de formar médicos no país. Em 1898, foi criado mais um curso de medicina, desta feita no Rio Grande do Sul.

Do final do século XIX até os anos 30 do século XX, a distribuição de cursos alcançou, também, as regiões Norte (Pará) e Nordeste (Ceará e Pernambuco). O Sul ganhou mais um curso no Paraná. Data, ainda, deste período o início do processo de concentração de cursos de medicina na região Sudeste, com seis novos cursos, assim distribuídos: três no Rio de Janeiro, dois em São Paulo e um em Minas Gerais.

A influência dos programas de financiamento externos, como os da Fundação Rockefeller, e do ensino médico americano, baseado nas recomendações do Relatório Flexner - que a partir de 1910 determinou a diminuição do número de escolas médicas daquele país e uma mudança curricular profunda com destaque para as disciplinas das ciências básicas-, tiveram importante papel na estruturação curricular do ensino médico no Brasil, a partir dos anos 30, com a introdução de disciplinas, estímulo à pesquisa, ampliação do uso de técnicas e prática baseada no hospital de ensino. Daí, terem surgidos os primeiros programas de residência médica, no Hospital das Clínicas de São Paulo, em 1944, e no Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, em 1948 (BRIANI, 2003).

Datam, também, desta conjuntura o surgimento das entidades médicas brasileiras: o primeiro Sindicato Médico, no Rio de Janeiro, em 1927; o Conselho Federal de Medicina, em

1945; e a Associação Médica Brasileira, em 1951. A partir de 1957, surgiram os Conselhos Regionais de Medicina.

Como resultado do processo de capitalização da medicina, iniciado em meados da década de 50, teve início o desenvolvimento das especialidades médicas, com reflexos imediatos no ensino de graduação, cujas grades curriculares passaram a adotar disciplinas com ênfase na especialização, em detrimento da formação clínica geral (Idem).

A década de 50 inaugura o ensino de medicina privado no país, com quatro (14,8%) dos cursos criados neste período. Até então, os 13 cursos de medicina em funcionamento eram todos públicos (federais e estaduais).

No ano de 1956, o Brasil possuía 24 escolas médicas, das quais 13 (54%) foram criadas entre 1808 e 1948 (140 anos) e 11 (46%) entre 1948 e 1956 (8 anos) (Quadro 2).

Do total de 27 cursos, 12 (44,4%) foram criados no Sudeste, nove (33,3%) no Nordeste, cinco (18,5%) no Sul e um (3,8) no Norte (Tabela 2).

Esta expansão passou a preocupar as entidades médicas, levando a Associação Médica Brasileira a criar, em 1956, a *Comissão de Ensino Médico* para avaliar a qualidade e os objetivos deste sistema de ensino. Os resultados do trabalho desta comissão foram apresentados ao presidente Juscelino Kubitschek, resultando na constituição de uma comissão interministerial, com a participação de professores de medicina, cuja finalidade era avaliar o ensino médico brasileiro e apresentar subsídios à elaboração de um projeto de lei adequando a nova realidade do ensino de medicina no Brasil. Representantes de entidades médicas e das faculdades de medicina do país reuniram-se em Ribeirão Preto, para discutir a matéria, resultando do encontro o encaminhamento de inúmeras sugestões ao Projeto de lei, que recebeu o nº 2.046. Lamentavelmente, todo este esforço deu em nada, uma vez que o projeto de lei perdeu seu prazo de tramitação nas morosas comissões técnicas do Congresso Nacional (VERAS citado por AMARAL, 2000).

QUADRO 2 - CURSOS DE MEDICINA POR PERÍODO, UNIDADE DA FEDERAÇÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA - BRASIL 1808/1959

Nº	CRIAÇÃO	NOME DA INSTITUIÇÃO	CATEG. ADM.
01.	1808	Universidade Federal da Bahia – Salvador / BA	Federal
02.	1808	Universidade Federal do Rio de Janeiro / RJ	Federal
03.	1898	Universidade Federal do Rio Grande do Sul –Porto Alegre / RS	Federal
04.	1912	Universidade do Rio de Janeiro / RJ	Federal
05.	1912	Universidade Federal do Paraná – Curitiba / PR	Federal
06.	1913	Universidade de São Paulo (Campus SP)	Estadual
07.	1911	Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte/ MG	Federal
08.	1919	Universidade Federal do Pará – Belém / PA	Federal
09.	1920	Universidade Federal de Pernambuco – Recife / PE	Federal
10.	1926	Universidade Federal Fluminense - Niterói/ RJ	Federal
11.	1933	Univ. Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina / SP	Federal
12.	1936	Universidade do Estado do Rio de Janeiro / RJ	Estadual
13.	1948	Universidade Federal do Ceará – Fortaleza / CE	Federal
14.	1951	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Sorocaba)	Privada
15.	1951	Universidade de Pernambuco – Recife / PE	Estadual
16.	1951	Universidade Federal de Alagoas – Maceió / AL	Federal
17.	1951	Universidade Federal da Paraíba (João Pessoa)	Federal
18.	1951	Fac. de Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte / MG	Privada
19.	1952	Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto)	Estadual
20.	1952	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Salvador / BA	Privada
21.	1953	Universidade Federal de Juiz de Fora /MG	Federal
22.	1954	Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro – Uberaba / MG	Federal
23.	1954	Universidade Federal de Santa Maria /RS	Federal
24.	1956	Universidade Federal do Rio Grande do Norte- Natal / RN	Federal
25.	1957	Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba / PR	Privada
26.	1958	Fundação Universidade Federal do Maranhão – São Luiz / MA	Federal
27.	1959	Fundação Universidade Federal de Pelotas / RS	Federal
TOTAL		27	

Fonte: DAES/INEP/MEC

TABELA 2- DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CURSOS DE MEDICINA POR PERÍODO, REGIÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA - BRASIL /1808-1959

REGIÃO	Nº CURSOS	%	CATEG. ADM.	Nº CURSOS	%
Norte	01	3,8	PÚBLICOS	23	85,2
Nordeste	09	33,3	Federal	19	70,4
Centro-Oeste	—	—	Estadual	04	14,8
Sudeste	12	44,4	Municipal	—	—
Sul	05	18,5	PRIVADOS	04	14,8
TOTAL	27	100		27	100

Fonte: DAES/INEP/MEC

2.1.2. Década de 1960

O início da década de 1960 marca a conjuntura do primeiro Plano Decenal de Saúde das Américas, iniciativa da política externa americana inserida no programa de ajuda aos países subdesenvolvidos denominada *Aliança para o Progresso*. O referido plano estava voltado à problemática da carência de médicos para a América Latina e à introdução do planejamento de recursos humanos, o que contribuiu e influenciou sobremaneira para a expansão do número de escolas médicas. Ganham projeção no cenário sócio-político organismos internacionais, com destaque para a Organização Pan-Americana de Saúde e as fundações Rockefeller e Kellogg, preocupadas com o desenvolvimento da medicina social (AMARAL, 2002).

As iniciativas de aproximação das faculdades de medicina brasileira com os organismos internacionais de apoio técnico e de financiamento de projetos e pesquisas no campo da saúde e da educação médica foram intensificadas pelos governos militares, após 1964. Neste contexto ganha força o conceito de que níveis melhores de educação e saúde seriam essenciais para o desenvolvimento econômico.

Consolidado o movimento de aproximação com os organismos internacionais e dando seqüência ao projeto de modernização das universidades brasileiras, surgem os primeiros acordos de assistência técnica e/ou cooperação financeira resultantes dos convênios que o Ministério da Educação firmou com o governo americano, que ficaram conhecidos como MEC-USAID, cujos termos foram transformados em leis, portarias, resoluções e decretos. Estes convênios visavam a formação de recursos humanos, bem como a implantação de nova estrutura acadêmica e organização administrativa, objetivando maior eficiência e produtividade nas instituições de ensino superior (Idem).

Uma das faces mais visíveis deste processo foi a concessão de bolsas de estudo, possibilitando a um grande número de médicos fazer especialização nos Estados Unidos, de onde trouxeram novas tecnologias que foram implantadas nos serviços e no ensino médico.

Estavam lançadas, assim, as bases para a reforma universitária brasileira, voltada, cada vez mais, à privatização do ensino e aos interesses dos setores hegemônicos nacionais e estrangeiros.

O suporte econômico desta reforma foi a intensificação do processo de desenvolvimento tecnológico na área médica, identificados como parte do movimento de capitalização do setor, iniciado em meados dos anos 50.

A década de 1960 assinalou uma forte expansão da oferta de médicos no Brasil, com a correspondente ampliação das instituições formadoras. Ao iniciar a década, existiam no Brasil 27 cursos de medicina. Ao término deste período, 35 novos cursos haviam sido criados no país, indicando um crescimento da ordem de 130% (Quadro 3). Destes, 25 (71,4%) foram criados após 1964 e 22 (62,8%) estão concentrados no eixo Rio-São Paulo, assim distribuídos: São Paulo 10 (28,6%), Rio de Janeiro seis (17,1%), Minas Gerais quatro (11,4%) e Espírito Santo dois (5,7%). O Nordeste ganhou dois cursos (5,7%), um no Piauí e outro em Sergipe. O Centro-Oeste ganhou três (8,6%), sendo um em Goiás, um no Distrito Federal e um no Mato Grosso do Sul. O Norte, recebeu somente um (2,8%) no Amazonas. E, o Sul, recebeu sete (20,0%) no Rio Grande do Sul, dois (5,7%) no Paraná e um em Santa Catarina (Tabela 3).

O desempenho do estado gaúcho neste período merece uma menção especial. Este estado iniciara a década já com três cursos de medicina em funcionamento. Ao término desta década, o estado estava sediando mais quatro cursos, sendo que dois deles foram criados antes dos militares tomarem o poder. No início da década de 70, o estado gaúcho ganharia mais dois cursos de medicina.

Em 1965, o Brasil possuía 40.809 médicos para uma população de 80.113.000 habitantes, o que resultava em uma relação de 1/1.963. O país realmente precisava de mais médicos para atender a população brasileira. A política de corte nos gastos sociais, porém, fez com que os investimentos públicos no ensino superior fossem reduzidos. Neste contexto, a demanda social por mais vagas para o

QUADRO 3 - CURSOS DE MEDICINA POR PERÍODO, UNIDADE DA FEDERAÇÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA – BRASIL 1960/ 1969

Nº	FUNDAÇÃO	ENTIDADE	CATEG. ADM.
01.	1960	Universidade Federal de Goiás – Goiânia / GO	Federal
02.	1960	Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis / SC	Federal
03.	1961	Universidade Federal do Espírito Santo – Vitória / ES	Federal
04.	1961	Fund. Fac. Fed. de Ciências Médicas de Porto Alegre / RS	Federal
05.	1961	Universidade Federal do Sergipe – Aracajú/ SE	Federal
06.	1962	Fundação Universidade de Brasília / DF	Federal
07.	1963	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Botucatu / SP	Estadual
08.	1963	Universidade Católica de Pelotas / RS	Privada
09.	1963	Universidade Estadual de Campinas / SP	Estadual
10.	1963	Fac. de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo /SP	Privada
11.	1965	Universidade Gama Filho – Rio de Janeiro / RJ	Privada
12.	1966	Universidade Federal do Amazonas – Manaus/ AM	Federal
13.	1966	Fundação Universidade do Rio Grande – Rio Grande / RS	Federal
14.	1967	Centro Universitário Lusíada – Santos / SP	Privada
15.	1967	Faculdade de Medicina de Petrópolis / RJ	Privada
16.	1967	Fac. de Méd. de Campos – Campos de Goytacazes / RJ	Privada
17.	1967	Universidade de Taubaté / SP	Municipal
18.	1967	Universidade Estadual de Londrina /PR	Estadual
19.	1967	Faculdade de Medicina de Marília / SP	Estadual
20.	1968	Universidade de Caxias do Sul / RS	Privada
21.	1968	Centro Universitário de Volta Redonda / RJ	Privada
22.	1968	Centro de Ensino Superior de Valença / RJ	Privada
23.	1968	Universidade de Mogi das Cruzes / SP	Privada
24.	1968	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto / SP	Estadual
25.	1968	Universidade do Vale do Sapucaí - Pouso Alegre/ MG	Privada
26.	1968	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória / ES	Privada
27.	1968	Universidade Federal do Piauí – Teresina / PI	Federal
28.	1968	Fundação Universidade Federal de Uberlândia / MG	Federal
29.	1968	Faculdade de Medicina de Itajubá / MG	Privada
30.	1968	Faculdade de Medicina de Jundiá / SP	Municipal
31.	1968	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campo Grande / MS	Federal
32.	1969	Faculdade Evangélica do Paraná – Curitiba / PR	Privada
33.	1969	Faculdade de Medicina do ABC – Santo André / SP	Privada
34.	1969	Universidade Estadual de Montes Claros / MG	Estadual
35.	1969	Universidade Severino Sombra – Vassouras / RJ	Privada

Fonte: DAES/INEP/MEC

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CURSOS DE MEDICINA POR PERÍODO, REGIÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA – BRASIL/1960-1969

REGIÃO	Nº CURSOS	%	CATEG. ADM.	Nº CURSOS	%
Norte	01	2,9	PÚBLICOS	19	54,3
Nordeste	02	5,7	Federal	11	341,0
Centro-Oeste	03	8,6	Estadual	06	17,1
Sudeste	22	62,8	Municipal	02	5,7
Sul	07	20,0	PRIVADOS	16	45,7
TOTAL	35	100		35	100

Fonte: DAES/INEP/MEC

ensino superior desencadeou o movimento dos excedentes dos vestibulares. A saída encontrada pela Junta Militar, que governava o país, foi determinar o aumento de matrículas no ensino superior privado e público. A lógica era a do mercado e o credenciamento das escolas realizado sem maiores verificações da qualidade dos cursos oferecidos. Assim, a expansão dos cursos de medicina ocorrida nos anos 60 baseou-se em um crescimento de instituições privadas da ordem de 400% (de 4 a 20) e no desenvolvimento da prática médica nas regiões mais ricas e populosas, principalmente no Sudeste.

2.1.3. Décadas de 1970 e 1980

O Brasil inicia a década de 70 com 62 cursos de medicina em funcionamento, dos quais 35 (56,5%) foram autorizados na década anterior.

Diante deste crescimento acelerado, a AMB encaminhou às autoridades responsáveis o documento “Problemática do Ensino Médico no Brasil”, cuja repercussão gerou a criação pelo MEC, em 1971, da Comissão de Ensino Médico, que após investigar profundamente o assunto produziu o “Documento n.1”, o qual, em essência, reafirmava as conclusões e proposições do documento da AMB. Este documento serviu de subsídio a uma portaria ministerial suspendendo a criação de novas

escolas médicas. Somente aquelas que haviam requerido autorização de funcionamento antes da nova regra conseguiram implantar-se. Assim, durante 13 anos – de 1971 a 1976 e de 1979 a 1987 – nenhum curso de medicina recebeu autorização de funcionamento no país.

A partir da análise das respostas a um questionário enviado a todas as escolas e de visitas *in loco*, a comissão fez recomendações visando homogeneizar o processo de formação e conter a expansão desordenada da rede de ensino médico. Reconheceu que o número de escolas estava aquém das exigências do país, mas que o crescimento verificado havia sido demasiado rápido e descontrolado, muitas vezes sem previsão de recursos didáticos e corpo docente (BRIANI, 2003).

Dos 17 cursos criados no período (Quadro 4), o Sudeste recebeu 10 (58,8%), cuja metade foi para São Paulo; o Sul, três (17,6%); o Nordeste, dois (11,8%); e o Norte e Centro-Oeste, um (5,9%) cada (Tabela 4).

Observa-se nestes cursos uma prevalência de privados, 12 (70,6%), em relação a cinco (29,4%) públicos. O Brasil foi praticamente o único país da América Latina onde essa expansão baseou-se em escolas isoladas, na maioria instituições privadas.

QUADRO 4 - CURSOS DE MEDICINA POR PERÍODO, UNIDADE DA FEDERAÇÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA – BRASIL 1970 / 1989

Nº	FUNDAÇÃO	ENTIDADE	CATEG. ADM.
01.	1970	Fundação Universidade de Paço Fundo / RS	Privada
02.	1970	Faculdades Unificadas Serra dos Órgãos - Teresópolis / RJ	Privada
03.	1970	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre / RS	Privada
04.	1970	Faculdade de Medicina de Catanduva / SP	Privada
05.	1970	Universidade de Santo Amaro - / SP	Privada
06.	1970	Escola de Ciências Médicas de Alagoas – Maceió / AL	Estadual
07.	1971	Escola de Medicina Souza Marques – Rio de Janeiro / RJ	Privada
08.	1971	Faculdade de Medicina de Barbacena / MG	Privada
09.	1971	Universidade do Estado do Pará – Belém / PA	Estadual
10.	1971	Universidade de São Francisco – Bragança / SP	Privada
11.	1976	Pontifícia Universidade Católica de Campinas / SP	Privada
12.	1977	Universidade Iguazu (Campus Nova Iguazu / RJ)	Privada
13.	1978	Universidade Federal de Mato Grosso – Cuiabá / MT	Federal
14.	1979	Universidade Federal da Paraíba (Campina Grande)	Federal
15.	1987	Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente / SP	Privada
16.	1988	Universidade Estadual de Maringá / PR	Estadual
17.	1989	Universidade de Alfenas / MG	Privada
TOTAL ACUMULATIVO		79	

Fonte: DAES/INEP/MEC

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CURSOS DE MEDICINA POR PERÍODO, REGIÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA – BRASIL / 1970 / 1989

REGIÃO	Nº CURSOS	%	CATEG. ADM.	Nº CURSOS	%
Norte	01	5,9	PÚBLICOS	05	29,4
Nordeste	02	11,8	Federal	02	11,8
Centro-Oeste	01	5,9	Estadual	03	17,6
Sudeste	10	58,8	Municipal	—	—
Sul	03	17,6	PRIVADOS	12	70,6
TOTAL	17	100		17	100

Fonte: DAES/INEP/MEC

2.1.4. Década de 1990

A partir da aprovação da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, denominada Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), o sistema educacional brasileiro vem sendo novamente reformulado. “Como em 1968, a educação foi chamada a dar conta de um projeto político com vistas ao desenvolvimento nacional, agora sob a ótica das políticas neoliberais dos anos noventa” (BRIANI, 2003).

A proliferação de cursos passa a exigir do MEC controles efetivos da qualidade do ensino

ofertado. Como parte das políticas do Novo Plano Nacional de Educação, o MEC instituiu a avaliação dos cursos, por meio do *Exame Nacional dos Cursos (Provão)*, criado por força da Lei 9.131/95; a avaliação das instituições, por meio da Avaliação das Condições de Oferta, atualmente denominada Avaliação das Condições de Ensino.

A década de 90, com 17 novos cursos de medicina (Quadro 5), repetiu as duas últimas décadas em quantidade e concentração espacial, com o Sudeste e o Sul novamente totalizando 13 cursos (76,5%). O

QUADRO 5 – CURSOS DE MEDICINA POR PERÍODO, CATEGORIA ADMINISTRATIVA E Nº DE VAGAS – BRASIL 1990 / 2002

Nº	FUNDAÇÃO	ENTIDADE	CATEG. ADM.
01.	1990	Fundação Universidade Regional de Blumenau / SC	Municipal
02.	1994	Universidade Federal de Roraima – Boa Vista / RR	Federal
03.	1996	Universidade de Marília / SP	Privada
04.	1996	Universidade Luterana do Brasil – Canoas / RS	Privada
05.	1996	Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Cascavel / PR	Estadual
06.	1997	Universidade de Ribeirão Preto / SP	Privada
07.	1997	Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy / RJ	Privada
08.	1997	Universidade Estácio de Sá – Rio de Janeiro / RJ	Privada
09.	1997	Universidade Iguazu – Itaberuna / RJ	Privada
10.	1997	Universidade de Cuiabá / MT	Privada
11.	1998	Universidade Metropolitana de Santos / SP	Privada
12.	1998	Universidade do Vale do Itajaí / SC	Privada
13.	1999	Fundação Universidade Estadual do Piauí – Teresina / PI	Estadual
14.	1999	Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto / SP	Privada
15.	1999	Universidade do Sul de Santa Catarina – Tubarão / SC	Privada
16.	1999	Universidade da Região de Joinville/ SC	Privada
17.	1999	Faculdade de Medicina de Araguaína / TO	Privada
TOTAL ACUMULATIVO		96	

Fonte: DAES/INEP/MEC

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CURSOS DE MEDICINA POR PERÍODO, REGIÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA – BRASIL 1990 / 1999

REGIÃO	Nº CURSOS	%	CATEG. ADM.	Nº CURSOS	%
Norte	02	11,8	PÚBLICOS	04	23,6
Nordeste	01	5,9	Federal	01	5,9
Centro-Oeste	01	5,9	Estadual	02	11,8
Sudeste	07	41,1	Municipal	01	5,9
Sul	06	35,3	PRIVADOS	13	76,4
TOTAL	17	100		17	100

Fonte: DAES/INEP/MEC

Norte que, até então, possuía apenas três cursos, agregou mais dois (11,8%). O Nordeste e Centro-Oeste receberam mais um (5,9%) cada (Tabela 5).

O destaque deste período vai para Santa Catarina, que ganhou quatro dos cursos (23,5%), indicando um crescimento de 161% no número de vagas/ano. Sem dúvida, é um desempenho surpreendente para um estado que só tinha um curso em funcionamento e apresenta uma relação médico/habitante baixa (1/741).

Quanto à vinculação administrativa, os cursos privados neste período prevalecem em 13 (76,4%), a maior concentração verificada em todos os períodos.

2.1.5. Período 2000 a 2004

Os três primeiros anos deste período (até 2002), que assinala o final do governo de Fernando Henrique Cardoso, ficará registrado como sendo aquele em que, proporcionalmente, mais houve abertura de escolas médicas no país. Vinte e oito novos cursos de medicina receberam do MEC autorização de funcionamento, embora a maioria deles não tenha obtido parecer favorável do Conselho Nacional de Saúde.

No primeiro ano governo Lula, a tendência de expansão se mantém, visto que, foram autorizados 16 novos cursos de medicina no país, totalizando 44 até fevereiro de 2005, e um acréscimo de 2.771 vagas/ano. Destes, somente três cursos ainda não têm previsão para iniciar seu funcionamento, visto que acabam de receber autorização legal para tanto.

Este desempenho surpreende, haja vista que, em meados de 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendou ao Conselho Nacional de Educação (CNE) a suspensão por 180 dias das autorizações de funcionamento de novos cursos universitários na área da saúde no país (Res. CNS nº324/03, de 15 de julho/2002), prorrogados por mais 60 dias em janeiro de 2004 (Res. CNS nº336/02). Esta resolução foram acatadas pelo MEC e CNE. Em março de 2004, o Ministro da Educação Tarso Genro anunciou nova prorrogação por mais 60 dias, o que somam dez meses de efeito suspensivo.

Mais surpreendente é a constatação de que este crescimento acelerado ocorreu paralelamente ao

processo de reforma do ensino médico, no qual, em busca da melhoria da qualidade do ensino, as instituições são convocadas a adotarem as regras do Decreto nº 3.860, de 9 de julho de 2001, que passou a orientar a organização e avaliação de cursos e instituições de ensino superior, bem como adotarem as Diretrizes Curriculares Nacional do Curso de Graduação em Medicina, contidas na Resolução nº4, de 7 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação, homologada pelo MEC. Estas diretrizes curriculares, que definem competências e habilidades profissionais a serem exigidas dos graduandos e visam a formação do médico generalista, foram discutidas e aprovadas no XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em Petrópolis, no ano 2000.

Nos últimos quatro anos, Amazonas, Distrito Federal, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Rondônia e Tocantins receberam cada um três novos cursos de medicina, passando de 1 para 3. Em termos de vagas/ano, significou elevados incrementos de 66%, 422%, 47%, 72%, e 62%, respectivamente. Convém realçar que o desempenho de Brasília -de 62 a 262 vagas/ano- se choca com o fato de apresentar a segunda menor relação médico/habitante do país (1 / 309).

Não obstante apresentar uma baixa relação médico/habitantes (1/741), Santa Catarina também ganhou 3 novos cursos, representando mais 27% no número de vagas/ano.

O Maranhão, estado com a maior relação médico/habitantes do país (1/1.917), passou de 1 para 3 cursos, configurando um incremento de 80 (47%) vagas/ano. A Paraíba e o Piauí, passaram de 2 para quatro cursos, com respectivamente 43% e 64% de acréscimo no número de vagas/ano.

Apesar de apresentarem uma relação médico/habitantes dentro dos padrões preconizados pela OMS, Bahia e Ceará ganharam 4 cursos de medicina cada, totalizando mais 36% e mais 53% de vagas/ano, respectivamente.

O destaque deste período, em termos de novos cursos, cabe a Minas Gerais, que de 10 passou a 17 novos cursos de medicina, evidenciando um crescimento de 70%. Por outro lado, das 2.771 novas vagas/ano criadas no país ao longo dos últimos 4 anos, Minas Gerais ficou com 400 (15%).

QUADRO 6 - DISTRIBUIÇÃO DE CURSOS DE MEDICINA CRIADOS POR PERÍODO, REGIÃO, CIDADE/UF, CATEGORIA ADM

Nº	ENTIDADE	CIDADE/UF
NORDESTE		
BAHIA		
01	Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC	Ilhéus / BA
02	Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS	Feira de Santana / BA
03	Universidade Estadual de Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB	Vitória da Conquista / BA
04	Faculdade de Tecnologia e Ciências - FTC *	Salvador / BA
CEARÁ		
05	Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte - FMJ	Juazeiro do Norte / CE
05	Univ. Federal do Ceará: Curso de Sobral - UFC	Fortaleza / CE
07	Univ. Federal do Ceará: Curso de Barbalha - UFC	Fortaleza / CE
08	Universidade Estadual do Ceará / UEC	Fortaleza / CE
MARANHÃO		
09	Universidade Estadual do Maranhão - UEMA	Caxias / MA
10	Centro Universitário do Maranhão - UNICEUMA	São Luiz / MA
PARAÍBA		
11	Faculdade de Medicina Nova Esperança -FAMENE	João Pessoa / PB
12	Faculdade de Ciência Médicas da Paraíba -FCM-PB	João Pessoa / PB
PIAUI		
13	Fac. de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí - NOVAFAPI	Terezina / PI
14	Faculdade Integral Diferencial - FACID	Terezina / PI
RIO GRANDE DO NORTE		
15	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN	Mossoró / RN
SUDESTE		
ESPÍRITO SANTO		
16	Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC *	Colatina / ES
MINAS GERAIS		
17	Universidade de Uberaba - UNIUBE	Uberaba / MG
18	Universidade Presidente Antonio Carlos - UNIPAC	Juiz de Fora / MG
19	Faculdade de Medicina de Caratinga - UNEC	Caratinga / MG
20	Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS	Belo Horizonte / MG
21	Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - FASEH	Vespasiano / MG
22	Universidade Vale do Rio Verde - UNINCOR	Belo Horizonte / MG
23	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - FCMS	Juiz de Fora / MG
RIO DE JANEIRO		
24	Universidade do Grande Rio Prof. José Souza Herdy - UNIGRANRIO	Rio de Janeiro / RJ
25	Universidade Gama Filho (Jacarepaguá) - UGF	Rio de Janeiro / RJ
SÃO PAULO		
26	Centro Universitário Nove de Julho - UNINOVE	São Paulo / SP
27	Universidade Camilo Castelo Branco - UNICASTELO	Fernandópolis / SP
28	Universidade Cidade de São Paulo -UNICID	São Paulo / SP
NORTE		
ACRE		
29	Universidade Federal do Acre	Rio Branco / AC
AMAZONAS		
30	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	Manaus / AM
31	Centro Universitário Nilton Lins -UNINILTONLINS	Manaus / AM
RONDÔNIA		
32	Universidade Federal de Rondônia -UNIR	Porto Velho / RO
33	Faculdades Integradas Maria Coelho Aguiar - FIMCA *	Porto Velho / RO
TOCANTINS		
34	Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas de Gurupi - FACICH	Gurupi / TO
35	Faculdades Integradas de Ensino Superior de Porto Nacional *	Porto Nacional / TO
CENTRO-OESTE		
DISTRITO FEDERAL		
36	Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS	Brasília / DF
37	Universidade Católica de Brasília - UCB	Brasília / DF
38	Fac. de Medicina do Planalto Central - FAMEPLAC	Brasília / DF
MATO GROSSO DO SUL		
39	Univ. para o Desenv. do Estado e da Região do Pantanal - UNIDERP	Campo Grande / MS
40	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul -UFMS	Dourados / MS
SUL		
PARANÁ		
41	Centro Universitário Positivo -UNICENP	Curitiba / PR
SANTA CATARINA		
42	Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC	Criciúma / SC
43	Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC	Joaçaba / SC
44	Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC	Lages / SC

TOTAL ACUMULATIVO

Fonte: DAES/INEP/MEC

OBS: * Cursos de medicina autorizados, que ainda não iniciaram suas atividades. Há, também, a situação sub-judice da Faculdade de Medicina do Vale do Aço - UNIVACO, e

CATEGORIA ADMINISTRATIVA E NÚMERO DE VAGAS/ANO - BRASIL 2000/2004

	CATEG. ADM.	INÍCIO CURSO	Nº VAGAS	N CURSOS*
		796	15	
			200	04
a / BA	Estadual	229/Jun/2001	40	
quista / BA	Estadual	14/Jul/2003	30	
	Privada	16/Ag/2004	30	
	Privada	Port. MEC 3.601, 08/Nov/2004 *	100	
			170	04
te / CE	Privada	25/Out/2000	50	
	Federal	01/Março/2001	40	
	Federal	01/Março/2001	40	
	Estadual	24/Março/2003	40	
		80	02	
	Estadual	29/Out/2003	30	
	Privada	02/Fev/2004	50	
		140	02	
PB	Privada	02/Ag/2004	60	
PB	Privada	02/Ag/2004	80	
			180	02
	Privada	27/Ag//2004	100	
	Privada	21/Fev/2005	80	
			26	01
	Estadual	18/Out/2004	26	
		990	13	
		100	01	
	Privada	14/Fev/2005	100	
		400	07	
MG	Privada	01/Fev/2000	60	
G	Privada	10/Nov/2002	60	
e / MG	Privada	03/Março/2002	40	
IG	Privada	10/Março/2003	60	
: / MG	Privada	02/Out/2003	40	
MG	Estadual	16/Out/2003	40	
	Privada	24/Out/2004	100	
		210	02	
/ RJ	Privada	01/Ag/2005 *	60	
/ RJ	Privada	2003*	150	
			280	03
/ SP	Privada	01/Jun/2003	100	
	Privada	25/Ag/2003	80	
	Privada	16/Fev/2004	100	
			510	07
			40	01
C	Federal	17/Jun/2002	40	
			220	02
	Estadual	01/Ag/2001	120	
	Privada	01/Fev/2002	100	
			120	02
RO	Federal	05/Ag/2002	40	
RO	Privada	Port. MEC 2.061, 12/07/2004 *	80	
			130	02
/ TO	Municipal	01/Ag/2002	50	
	Estadual	Decr. Est. 2.104, de 25/05/2004 *	80	
			330	05
			200	03
	Estadual	10/Ag/2001	80	
	Privada	15/Ag/2001	80	
	Privada	02/Abri/2002	40	
			130	02
/ MS	Privada	07/Fev/2000	80	
S	Federal	08/Maio/2000	50	
			145	04
			50	01
	Privada	17/ Fev/2003	50	
			95	03
	Municipal	14/Ag/2000	30	
	Privada	16/Fev/2004	25	
	Privada	09/Fev. 2004	40	
			2.771	44
MULATIVO			12.224	140

de Aço - UNIVACO, de Ipatinga/MG, criada pelo Decreto Estadual nº 40.238, de 30/Dez.1998.

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CURSOS DE MEDICINA POR PERÍODO, REGIÃO, NÚMERO DE VAGAS/ANO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA – BRASIL 2000/2004

REGIÃO	Nº CURSOS	%	CATEG. ADM.	Nº CURSOS	%
Norte	07	16	PÚBLICOS	16	36
Nordeste	15	34	Federal	05	11
Centro-Oeste	05	11	Estadual	09	24
Sudeste	13	30	Municipal	02	04
Sul	04	09	PRIVADOS	28	64
TOTAL	44	100		44	100

Fonte: DAES/INEP/MEC

Desempenho que deve ser confrontado com a baixa relação médico/habitante existente no estado (1/642).

Não obstante as entidades médicas mineiras terem contestado judicialmente a criação dos cursos da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora-FCMS, em Juiz de Fora; da Faculdade de Medicina do Vale do Aço-UNIVACO, em Ipatinga; e da Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS, campus de Belo Horizonte, somente o da UNIVACO ainda não iniciou suas atividades.

No Paraná ocorreu um fato inédito: o fechamento do curso de medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa, criado por decreto estadual em 2001. Sua primeira turma já havia iniciado o ano letivo, quando o curso foi fechado em maio de 2003 por decreto do governador Roberto Requião, por não reunir as condições mínimas necessárias à oferta de um ensino de qualidade. A atitude do governo veio de encontro às preocupações das entidades médicas paranaenses.

Merece, ainda, destaque o fato de Rondônia, ter criado neste período seus dois primeiros cursos de medicina, disponibilizando assim 120 vagas/ano.

Em termos de regiões, destaca-se no período a surpreendente expansão do Norte e do Nordeste. Este, chegou a suplantar o Sudeste em número de novos cursos. Mesmo assim, em termos de vagas/ano, o Sudeste apresenta a maior expansão (36%). (Tabela 6)

Quanto à vinculação administrativa, a categoria privada prevalece em 28 cursos (64%), sendo a maior

concentração verificada em todos os períodos analisados. (Tabela 6)

2.2. Distribuição Administrativa de Cursos e vagas/ano

O equilíbrio observado entre ensino médico público e privado, 49% e 51% respectivamente, sinaliza para a tendência de predomínio privado dominante na formação das demais profissões da área da saúde. Observa-se na Tabela 07 que já há esta predominância no Sul e Sudeste, onde estão concentrados os maiores grupos empresariais da educação. O ensino privado ganhou espaço diante da capacidade limitada de investimentos do poder público. (Tabela 7)

Merece destaque o fato de que, dos 29 cursos de medicina do Nordeste, só existem 8 privados (28%). Esta prevalência de cursos públicos se repete também no Norte, com 75% e no Centro-Oeste, com 60%.

Quanto aos cursos estaduais, existem 25 no país, representando apenas 18% do total. Nordeste e Sudeste possuem 9 cursos estaduais cada. No entanto, é no Nordeste e Norte que o percentual é maior 31% e 25%, respectivamente. No Nordeste, somente na Paraíba e em Sergipe não existe um curso estadual. O mesmo ocorre no Norte nos estados do Acre, Rondônia e Roraima. É em São Paulo que concentra-se o maior número de cursos estaduais, 6, seguido pela Bahia e Paraná com 3 cada e Minas Gerais com 2.

Do total de 5 cinco cursos de medicina mantidos por municípios, São Paulo e Santa Catarina sediam 2

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CURSOS DE MEDICINA POR REGIÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA - TOTAL BRASIL / 2004

Categoria Administrativa	Norte	%	Nordeste	%	Centro-Oeste	%	Sudeste	%	Sul	%	Total	%
PÚBLICOS	09	75	21	72	06	60	20	31	12	48	68	49
Federal	05	42	12	41	05	50	09	14	07	28	38	27
Estadual	03	25	09	31	01	10	09	14	03	12	25	18
Municipal	01	08	0	0	0	0	02	3	02	08	05	4
PRIVADOS	03	25	08	28	04	40	44	69	13	52	72	51
TOTAL	12	100	29	100	10	100	64	100	25	100	140	100

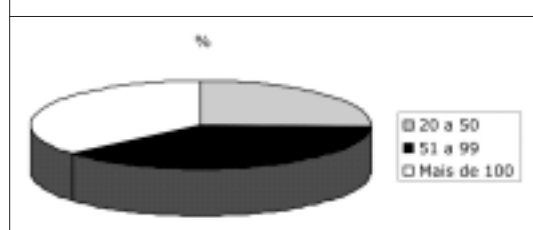
Fonte: DAES/INEP/MEC

cada; o outro foi criado recentemente no Tocantins.

Este equilíbrio não vem acompanhado na formação especializada, especialmente na residência médica, que em sua esmagadora maioria é pública. Nas 362 instituições que mantêm Programas de Residência Médica, 69% são públicas e 31% são privadas, não há, portanto, correlação entre a graduação e especialização, resultando que 4.600 formandos/ano, cerca de 40%, não terão vagas nos programas de residência médica. (cf Anexo 4)

Cinquenta e um cursos oferecem cem vagas ou mais, destacando-se as 320 vagas do curso de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e as 200 vagas dos cursos da Universidade Gama Filho (RJ) e da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (BA). Em sentido contrário, destacam-se as 20 vagas do curso de medicina da Universidade Federal de Roraima.

A expansão do número de vagas nos cursos de medicina também ocorre devido ao aumento no número de vagas nos cursos já existentes, especialmente nos privados, configurando uma situação preocupante, que pode comprometer a qualidade

GRÁFICO 5 - CURSOS DE MEDICINA SEGUNDO O NÚMERO DE VAGAS DISPONÍVEIS

do ensino ofertado e agravar o problema do excesso de médicos no país. Há casos em que esta expansão assume a dimensão de um novo curso. Como exemplo, cita-se a expansão de vagas ocorrida na Pontifícia Universidade Católica do Paraná, que, em duas etapas, passou de 100 para 180 vagas.

2.3. Síntese

O maior número de cursos de medicina criados por período no Brasil destaca os quatros primeiros anos da década atual, que deram origem a 44 novos cursos, o equivalente a 30% do total existente. Este *boom* de crescimento supera o intenso movimento verificado na década de 60, com 35 novos cursos, o que representa 25% do total existente hoje no país. (Gráfico 6)

Em termos de regiões, observa-se nos Gráficos 7 e 8 que quase a metade dos cursos de medicina

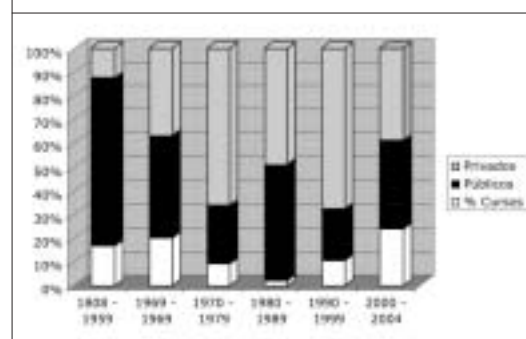
GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CURSOS DE MEDICINA POR PERÍODO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA

GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CURSOS E VAGAS POR REGIÃO - BRASIL 2004

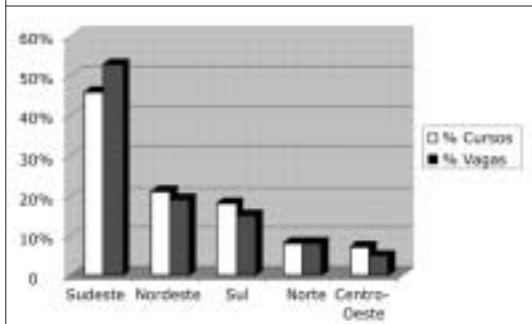
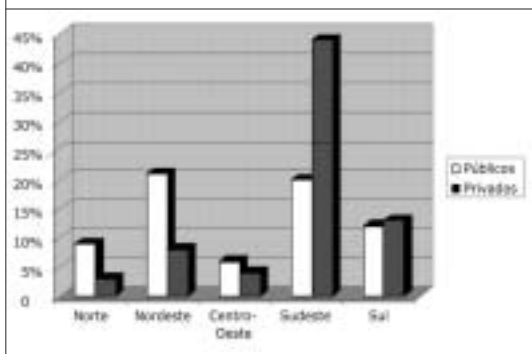


GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CURSOS POR REGIÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA - BRASIL 2004



(46%) e mais da metade de vagas/ano (53%) existentes no país estão concentrados no Sudeste, justamente onde se verifica os menores índices de relações médico/habitantes. O Norte e Centro-Oeste dobraram o número de cursos, passando de 5 a 12, e de 5 a 10, respectivamente. Este desempenho resultou em um incremento de 510 vagas/ano (52%) no Norte e 330 (50%) no Centro-Oeste. Já o Sul com 25 cursos, 18% do total, teve uma expansão bem mais modesta de 19% para cursos e 8% para vagas/ano, perdendo a segunda posição para o Nordeste. Isto porque o Nordeste apresenta uma

expansão surpreendente de 14 a 29 cursos (107%) e 796 (35%) vagas/ano.

À exceção do Mato Grosso, Pará e Amapá, todos os demais estados que apresentam relação médico/habitante acima de 1/1000 aumentaram o número de cursos de medicina nos últimos quatro anos, sem que ainda se tenha sentido os efeitos sobre a população médica. São eles: Bahia, + 4; Amazonas, + 2; Ceará, + 4; Tocantins, + 2; Acre, + 1; Piauí, + 2; Maranhão + 2; e Rondônia, 2. Este último, iniciou o funcionamento de seu primeiro curso de medicina em 2002. Já o Amapá continua sendo o único estado brasileiro que não tem nenhum curso de medicina.

À exceção do Mato Grosso, Pará e Amapá, todos os demais estados que apresentam relação médico/habitante acima de 1/1000 aumentaram o número de cursos de medicina nos últimos quatro anos, sem que ainda se tenha sentido os efeitos sobre a população médica. São eles: Bahia, + 4; Amazonas, + 2; Ceará, + 4; Tocantins, + 2; Acre, + 1; Piauí, + 2; Maranhão + 2; e Rondônia, 2. Este último, iniciou o funcionamento de seu primeiro curso de medicina em 2002. Já o Amapá continua sendo o único estado brasileiro que não tem nenhum curso de medicina.

A expansão dos cursos de medicina baseou-se em um crescimento de instituições privadas e no desenvolvimento da prática médica nas regiões mais ricas e populosas, principalmente no Sudeste.

Minoria no final da década de 50 (15%), os cursos de medicina privados no Brasil apontam uma evolução crescente expressiva nas décadas seguintes: 46%, em 1969; 70%, em 1989; 76%, em 1999 e 64%, em 2004. Este desempenho aponta para a lógica do mercado, a força de *lobby do* capital empresarial voltado para o ensino superior. Neste contexto, o credenciamento das escolas foi realizado sem maiores verificações da qualidade dos cursos oferecidos, em que pese existir legislação regulatória específica, conforme se verá a seguir.

3. CONFIGURAÇÃO LEGAL

3.1. Gestão de Recursos Humanos na Saúde

O Artigo 200, Incisos III e IV da Constituição Nacional estabelece que

“compete à gestão do Sistema Único de Saúde o ordenamento da formação de recursos humanos da área de saúde, bem como o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico”.

A realidade indica a existência de uma falta de entrosamento histórica entre os Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS) e ausência de propostas articuladas voltadas ao cumprimento dos dispositivos constitucionais de formação de profissionais de saúde para o SUS.

A Resolução nº4 do CNE/CES, de 7 de novembro de 2001, que institui as *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*, em seu Art. 12, item 8, prevê “vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS”.

Diante disso, o MS cobra uma ação conjunta com o MEC no plano das políticas de formação de recursos humanos em saúde. O MEC, por sua vez, concorda com esta parceria, desde que não interfira em suas prerrogativas de condução da política de ensino superior.

Segundo o MS, a qualidade da atenção à saúde da população exige um novo perfil profissional, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva. Não se trata de formar profissionais apenas tecnicamente competentes, mas profissionais que tenham vivido e refletido sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na atenção à saúde.

As conferências nacionais de saúde têm cobrado sistematicamente a necessidade de trabalho conjunto desses dois ministérios.

As divergências ideológicas entre MEC e MS são fruto de construções sociais diferentes. Com a implantação do SUS, o MS adquiriu legitimidade de construção social democrática. Neste sentido, sua

história é diferente da do MEC, cujos critérios indicam um olhar formal e burocrático, que não tem levado em conta as necessidades da população. Daí, a inadequação do modelo de formação em saúde. Da forma como está, a formação em saúde não muda o modelo assistencial.

Hoje, finalmente, há consenso entre os dois ministérios que tem de haver vinculação da formação em saúde com as necessidades do SUS. Com isso o MS está enfrentando sua omissão diante da prerrogativa constitucional de ordenar a formação de recursos humanos para o SUS. Ambos os ministérios estão instituindo trabalhos intersetoriais para orientar programas conjuntos e decisões relacionadas à formação de profissionais de saúde.

Cita-se como exemplo o “Programa MEC/MS de Certificação dos HUs” e o “Pró-jovem” de residência multiprofissional.

Está em curso a construção da política de educação para o SUS, que possibilite a articulação da gestão com a formação, por meio de:

- pólos de educação em saúde
- educação nos hospitais de ensino
- residências integradas em saúde
- VER-SUS (estudantes e a gestão)
- Aprender-SUS: eixo central é a integralidade da atenção à saúde. Novos compromissos da escola com o SUS, tendo em vista formar profissionais para a atuação multiprofissional
- Fórum das associações de ensino das profissões de saúde.

Na proposta de Reforma Universitária, que está sendo discutida, a área de saúde é a única tratada de maneira específica. O MEC, inclusive, abriu espaço para um representante do MS na Comissão Executiva da Reforma Universitária. Trata-se de Ricardo Burg Ceccim, da Diretoria de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde-DEGES/MS

O MEC também está abrindo espaço para o MS contribuir na formulação de critérios para o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes).

A proposta de avaliação e transformação do ensino médico da Cinaem, que muito contribuiu para a aprovação das novas diretrizes curriculares,

também, defende a integração das escolas médicas aos problemas de saúde locais e a participação do aluno na rede de serviços desde o início do curso.

O que não pode acontecer, no entanto, é o uso da política de recursos humanos para prover o SUS e o Programa Saúde da Família (PSF) como elemento justificador da criação de novos cursos de medicina. Há tempos as entidades médicas brasileiras vem alertando para este fato.

Neste sentido, citamos como exemplo o Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre, cujo funcionamento teve início em 17 de janeiro de 2002. Este curso, o primeiro do Acre, foi instituído de acordo com este modelo, que preconiza que o médico precisa interagir com o paciente em uma relação mais humana, mais cotidiana, o chamado “médico de família”. Transcorridos dois anos, enfrenta sucessivos protestos dos alunos que estão dispostos a lutar por uma formação acadêmica digna, exigindo melhores condições de infraestrutura física e de pessoal para o curso, bem como “uma ampla revisão da grade curricular” adotada.

3.2. Legislação competente

As questões relacionadas ao ensino no país estão enquadradas, basilarmente, na **Lei nº 9394**, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional e no **Decreto nº 3860**, de 9 de julho de 2001, que dispõe sobre a organização do ensino superior. A **Resolução nº 10**, de 11 de março de 2002, que tem como origem a CES/CNE, em seu Art. 20 trata da autorização para funcionamento de cursos em instituições já credenciadas.

Os cursos de medicina, como os demais cursos superiores, são criados por meio de ato legal, denominado criação ou autorização, dependendo da organização acadêmica da instituição. Criação é um ato restrito das universidades e centros universitários, não dependendo da aprovação de nenhuma instância superior, além da aprovação do colegiado superior da instituição (conselho universitário ou conselho de ensino), haja vista a autonomia universitária, prevista nos art. 207, da Constituição Federal, combinado com art. 53 da LDB, a saber:

Art. 207 - Constituição Federal

“As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.”

Art. 53 - LDB

“No exercício de sua autonomia, são asseguradas às universidades, sem prejuízo de outras, as seguintes atribuições:

I – criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de educação superior previstos nesta Lei, obedecendo às normas gerais da União e, quando for o caso, do respectivo sistema de ensino”.

No entanto, quando se tratar da criação de cursos fora de suas sedes, as universidades e os centros universitários dependem de autorização do MEC e do CNE.

Da mesma forma, as instituições não-universitárias, como as faculdades isoladas, escolas ou institutos superiores, necessitam de autorização, devendo obrigatoriamente submeter as suas propostas de criação de cursos a instâncias superiores: MEC e CNE, quando forem instituições públicas federais ou privadas.

A situação legal de curso criado ou autorizado é provisória. Existe uma outra exigência a ser cumprida, a do reconhecimento, que deve ser solicitado ao MEC após o cumprimento de 50% do projeto curricular. Somente os cursos reconhecidos estão habilitados a conferir diploma a seus alunos. Ocorre que esta exigência só é cumprida, pela maioria das instituições, por ocasião da graduação da primeira turma, o que tem gerado reivindicação dos direitos dos alunos e comoção social.

3.2.1. Sistemas Público Federal e Privado: Pré-Requisitos Mínimos

Conforme visto, pela legislação em vigor, as regras de organização e avaliação de cursos e instituições de ensino superior são regidas pelo Decreto nº 3.860, de 9 de julho de 2001.

Para obter tanto a autorização de funcionamento como o reconhecimento do curso, a instituição pleiteante deve apresentar:

- detalhamento da infra-estrutura física e recursos financeiros disponíveis;
- disponibilidade de corpo docente qualificado e em número suficiente;
- projeto pedagógico de qualidade, com estrutura curricular atualizada e metodologia de ensino e de avaliação.

Em se tratando de solicitação de autorização, a entidade deve, ainda, caracterizar a necessidade social do curso, incluindo estudos que demonstrem aspectos sócio-econômicos, demográficos, rede regional de serviços de saúde e recursos humanos em saúde já disponíveis na região. Cabe ao CNS emitir parecer caracterizando ou não a necessidade social do curso. Estas informações, que, em muitos casos, não passam de uma “carta de intenções” são vistoriadas *in loco*.

O *Programa de Renovação de Reconhecimento* da SESu/MEC, por sua vez, baseia-se nas determinações da normativa referente aos *Padrões Mínimos de Qualidade para Cursos de Graduação em Medicina*, dispondo de instrumentos para indicar até a necessidade de fechamento de cursos de medicina.

A partir de fevereiro de 2002, foi implantado o *Sistema de Acompanhamento de Processos das Instituições de Ensino Superior-SAPIEnS/MEC*, que permite a abertura e o acompanhamento do trâmite dos processos a distância, por meio da Internet.

3.2.2. Sistemas Estadual e Municipal: Pré-Requisitos Mínimos

As universidades que integram os sistemas estadual e municipal de ensino superior, têm autonomia para propor e criar cursos de medicina, o que não as isenta da obrigação legal de cumprir uma série de pré-requisitos:

§ submeter os pedidos de autorização aos seus respectivos conselhos estaduais de educação.

§ E, por fim, estes cursos, a partir da primeira turma de graduandos, devem se submeter às avaliações do MEC.

Há controvérsia jurídica se a abertura de curso de medicina estadual deve ou não ser submetido ao CNS, como determina o Artigo 27 da Lei 3.860/01

Não obstante a competência privativa da União para baixar normas gerais sobre cursos de graduação

e pós-graduação, o Artigo 10, inciso IV, da Lei nº 9394, elenca, entre as incumbências dos estados, autorizar, reconhecer, credenciar, supervisionar e avaliar, respectivamente, os cursos das instituições de educação superior e os estabelecimentos do seu sistema de ensino, neste compreendidas (Art. 17, I) as instituições de ensino mantidas pelo poder público estadual. Assim sendo, aos estados cabe a competência legislativa plena para atender às suas peculiaridades, com a ressalva de que a superveniência de lei federal sobre normas gerais suspende a eficácia da lei estadual, no que àquela for contrária.

Os cursos de medicina estaduais que desejarem passar pelo processo da Avaliação das condições de Ensino devem cobrir os custos. Muitos destes cursos, no entanto, não dispõem de recursos em seu orçamento para cobrir tais custos. A solução seria o MEC obter recursos extras para arcar com estes custos.

3.2.3. Papel do Conselho Nacional de Saúde

O que diferencia os cursos de medicina, odontologia e psicologia dos demais está previsto no Capítulo V, do Decreto nº 3860/ 2001:

Art. 27: “A criação de cursos de graduação em medicina, em odontologia e em psicologia, por universidades e demais instituições de ensino superior, deverá ser submetida à manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º - O Conselho Nacional de Saúde deverá manifestar-se no prazo máximo de cento e vinte dias, contados da data do reconhecimento do processo remetido pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação”.

Assim, é condição indispensável para a criação de curso de medicina a manifestação do CNS, sob a ótica da necessidade social, além de deliberação da Câmara de Educação Superior do Conselho CNE e homologação pelo Ministro de Estado da Educação.

Da forma como está redigido, no entanto, o Art. 27 não exige a aprovação do CNS, mas apenas a sua manifestação, o que permite que diversos cursos de medicina sejam autorizados pelo CNE e homologados pelo Ministro da Educação, apesar

de pareceres contrários do CNS.

As comissões instituídas por este conselho, apresentavam seus pareceres sobre a necessidade social consubstanciados na análise da coletânea de informações obtidas junto ao Conselho Federal de Medicina, cuja base de dados é referendada pelo seu Cadastro Nacional de Médicos, e ao Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Consciente de que estes elementos não eram suficientes para definir a necessidade social de novos cursos nas áreas de medicina, odontologia e psicologia e que a necessidade social é oposta a dinâmica do mercado, o CNS suspendeu a emissão de pareceres e recomendou ao CNE a suspensão das autorizações para criação de cursos na área da saúde, por um período de 180 dias (Res.CNS nº. 324/03, de 15 de julho/2003), prorrogados por mais 60 dias em janeiro de 2004 (Res. CNS nº. 336/04). Em março de 2004 o Ministro da Educação Tarso Genro anunciou a prorrogação da suspensão destas autorizações por mais 60 dias, o que totalizou cerca de dez meses.

Neste período, o fechamento do Protocolo do MEC deu margem para que as instituições que tinham processos de autorizações em andamento recorressem à justiça, tendo assegurado o direito ao trâmite normal.

Em outra resolução, de nº. 325/03, o CNS recomendou a realização de audiência pública com a Comissão Especial de Avaliação para analisar os critérios que vinham sendo adotados nos cursos da área de saúde. Do mesmo modo, solicitou ao MS a realização de um amplo estudo visando receber elementos para a formulação de critérios para a avaliação da necessidade social da abertura de cursos e para a proposição de mecanismos regulatórios em relação à formação de especialistas. Isto porque a incorporação no mercado de trabalho se dá pela especialização.

O *Estudo para Identificação de Necessidade de Profissionais e Especialistas na Área de Saúde*, coordenado por Ricardo Burg Ceccim e Laura Feuerwerker, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGES/SEGES/MS), envolveu cinco universidades públicas -as federais de Minas Gerais, Bahia, Rio Grande do Sul, Pelotas, e a estadual de São Paulo- e teve vários enfoques:

- Síntese sobre políticas, sistema e mecanismos de regulação da força de trabalho em saúde: a experiência internacional.
- Situação de Saúde da população brasileira: perfil sócio-demográfico, epidemiológico, fontes de financiamento e demanda acolhida por regiões e municípios.
- Distribuição espacial dos vínculos empregatícios médicos no país por estado e especialidade: coeficiente de vínculo médico / 100.000 habitantes.
- Capacidade instalada.
- Residência médica.

Segundo Laura Feuerwerker “ a pesquisa deparou-se com cenários em transição. Neste contexto, fazer proposições taxativas pode ser negativo ou falso”.

- Abaixo, cita-se alguns percalços da pesquisa:
- A constatação da transitoriedade e provisoriade dos critérios sócio-demográficos, epidemiológicos e profissionais.
 - A dificuldade de acesso aos dados primários: migração, provimento, fixação, planos de desenvolvimento dos sistemas estaduais e municipais de saúde, etc.
 - A problemática está a exigir sua contextualização em diferentes cenários (graduação e especialização), visto que a incorporação no SUS se dá por especialidade.
 - A ausência de dados seguros para proibir a abertura de escolas, nem para definir critérios, apenas dá para sugerir.
 - Critérios objetivos de distribuição e formação de profissionais não foram encontrados nem no exterior.

Neste sentido, permanece a busca de definição de referenciais norteadores para a elaboração de diretrizes para a formulação de critérios à abertura de cursos de graduação em saúde. Ricardo Burg Ceccim aponta alguns caminhos neste sentido:

- Distribuição dos serviços: acessibilidade;

- Integralidade da rede instalada: resolutividade;
- Inserção nas redes sociais: presença de controle social;
- Equidade na atenção às desigualdades regionais e sociais;
- Orientação dos cursos: implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais, cenários de participação, loco-regionalização, retaguarda acadêmica para superação das desigualdades sociais.

Para tanto, o estado deve exercer papel regulador na expansão do ensino superior. O grande desafio, porém, é equacionar a expansão com qualidade, impondo o cumprimento da função social das instituições de ensino superior. Isto porque:

- Não há políticas públicas e de controle social para acoplar formação, exercício profissional e implementação do SUS. Tudo é conduzido de forma dissociada;
- Não há um padrão-ouro e maioria dos esforços se limitam à proposição e não à execução, além de ter-se de admitir a vigência provisória das descobertas e imperfeita alimentação de informações;
- Há desigualdades regionais e sociais na distribuição da população, dos serviços, oportunidades de formação e dos fatores epidemiológicos e sócio-demográficos;
- Não há correlação entre potencialidade e investimento em instalação da capacidade assistencial, de promoção de saúde e pedagógica;
- A existência de estrutura de ensino é fator de provimento, fixação e valorização de profissionais;
- Embora a incorporação dos médicos ocorra pela especialização, não há correlação entre a graduação e especialização;
- Não há fonte de conhecimento sobre o planejamento de desenvolvimento dos sistemas estaduais e municipais de saúde;
- Estrutura de Educação à Distância são inexpressivas;
- Formação profissional: graduação, especialização em área profissional e educação permanente em saúde;
- Necessidades específicas do SUS: provimento,

- fixação e valorização dos profissionais;
- Critérios mínimos para autorização: formais: CNS opinando e instâncias do MEC controlando; qualidade: deve ser comprovada já no projeto político-pedagógico;
- Acompanhamento / acoplamento em especialidades: incentivo/investimento em especialização e criação de bolsas;
- Linhas de apoio para abertura de cursos e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais ;
- Criação de residências multiprofissionais em saúde;
- Consideração da capacidade instalada e a desenvolver.

3.2.3.1- Projeto de Lei 65/2003

Tramita na Câmara dos Deputados desde fevereiro de 2003 o Projeto de Lei 65/2003, de autoria do Deputado Arlindo Chinaglia (PT-SP). Seu texto original previa a proibição de criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes, nos próximos dez anos. Na Comissão de Seguridade Social e Família, recebeu um Substitutivo da relatora, Deputada Ângela Guadagnin(PT-SP), ampliando sua abrangência para as demais profissões da área da saúde e acrescentando-lhe igualdade de poder decisório ao CNS e CNE.

A Associação Médica Brasileira (AMB) levou até o Dep. Eduardo Barbosa (PSDB-MG), seu relator na Comissão de Educação e Cultura, onde se encontra aguardando parecer, questionamentos e sugestões importantes referentes ao texto do Substitutivo, em especial aos seguintes parágrafos:

“§ 4º A autorização para os cursos superiores mencionados no § 3º deste artigo será conferida pelo Conselho de Educação e pelo Conselho de Saúde do sistema de ensino a que pertencer a instituição requerente.”

A dúvida é sobre o que prevaleceria em caso de divergências de posição dos dois conselhos seja tanto em âmbito nacional como estadual?

“§ 5º: A autorização para os cursos superiores mencionados no § 3º deste artigo será precedida de estudo de viabilidade específico para cada solicitação a ser realizado pelo Conselho de

Educação e pelo Conselho de Saúde do sistema de ensino a que pertencer a instituição requerente.”

O que seria este “estudo de viabilidade específico para cada solicitação”? Estaria se falando de emissão de pareceres referentes à necessidade social (CNS) e aos pré-requisitos fixados no Decreto nº3.860, de 6 de julho/2001 (CNE)? Os critérios de necessidade social ainda estariam sendo contemplados?

Diante da importância destas definições, a AMB defende que o texto da lei seja muito claro a este respeito. Assim, sugere que autorização para os cursos superiores mencionados deva ficar **condicionada a pareceres favoráveis de ambos os conselhos** (Educação e Saúde) do sistema de ensino a que pertencer a instituição requerente. Com isso, se estaria atribuindo caráter terminativo a ambos os conselhos, bem como reduzindo consideravelmente a chance do PL ser considerado inconstitucional pela CCJ.

“§ 6º: Os comitês e comissões de especialistas estabelecidos para fins de autorização,

reconhecimento e avaliação dos cursos superiores mencionados no § 3º deste artigo devem incluir em sua composição pelo menos um representante indicado pelo Conselho de Saúde da esfera a que pertencerem os comitês e comissões de especialistas.”

O texto refere-se às Comissões de Especialistas de Ensino do MEC e introduz uma antiga reivindicação das entidades médicas, que é obrigatoriedade de inclusão em sua composição de “*pelo menos, um representante indicado pelo Conselho de Saúde da esfera a que pertencerem...*” Considerando que as entidades médicas têm representantes nestes conselhos, a novidade é muito bem vinda e poderá resultar em benefício importante à causa disciplinadora e de controle da abertura de novos cursos de medicina.

Em que pese o Substitutivo da Deputada Ângela Guadagnin ter sepultado de vez o período de suspensão de autorizações, a aprovação deste PL é da maior urgência para o início do processo regulatório da formação na área de saúde.

4. MECANISMOS DE AVALIAÇÕES DO ENSINO SUPERIOR

Até a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em dezembro de 1996, as instituições de educação superior brasileiras eram autorizadas a funcionar em bases permanentes. Uma vez credenciada, a instituição podia funcionar indefinidamente, desde que cumprisse a lei. O processo de credenciamento não previa nenhum tipo de avaliação institucional futuro.

Com a LDB, o credenciamento das instituições passa a ser temporário e, desde então, todos os atos de credenciamento institucional passaram a fixar o prazo de validade da credencial.

O Decreto 3.860, de 9 de julho de 2001, atribuiu ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (Inep/MEC), instituto de pesquisa responsável por levantamentos e estatísticas de ensino, também a responsabilidade de mobilizar entidades e pessoas no processo de avaliação de desempenho de estudantes e de instituições de ensino superior, que passou a se chamar de *Avaliação das Condições de Ensino* (ACE), em substituição a *Avaliação das Condições de Oferta* (ACO). Sem poder de decisão e de supervisão, o INEP/MEC encaminha os resultados à Secretaria de Ensino Superior (SESu/MEC).

Trata-se, portanto, de um sistema recente que vem sendo implementado somente a partir de 2002 nas instituições novas ou para aquelas que se transformaram em universidades ou centros universitários. Posteriormente, o MEC pretende estender às universidades e às instituições não universitárias de educação superior.

O governo Lula realizou uma profunda reformulação no processo de avaliação do ensino superior brasileiro, o que culminou na aprovação da Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, que cria o **Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes)**.

Os processos avaliativos serão coordenados e supervisionados pela **Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (Conaes)**, que é órgão colegiado de coordenação e supervisão

do Sinaes e está vinculada ao Gabinete do Ministro da Educação. Cabendo-lhe, entre outras atribuições, propor os mecanismos e procedimentos de avaliação das instituições de educação superior, de cursos e de desempenho dos estudantes, bem como formular propostas para o desenvolvimento institucional, com base nas recomendações dos processos de avaliação.

A Conaes terá treze membros, assim constituídos: um representante do INEP; um representante da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES; três representantes do MEC, um representante do corpo docente das instituições de educação superior; um representante do corpo docente das instituições de educação superior; um representante do corpo técnico-administrativo das instituições de educação superior; cinco membros, indicados pelo Ministro da Educação, escolhidos entre cidadãos com notório saber e reconhecida competência em avaliação ou gestão da educação superior.

As avaliações para fins de autorização de novos cursos serão de competência da SESu/MEC e da Secretaria de Educação Média e Tecnológica (Semtec/MEC), segundo diretrizes estabelecidas pela Conaes.

4.1. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes)

Criado pela Lei nº 10.861/04, o Sinaes é o novo instrumento de avaliação do Inep/MEC, formado por três componentes principais:

- Auto-avaliação institucional, realizada de forma permanente e com resultados a serem apresentados a cada três anos;
- A avaliação institucional externa, realizada *in loco* por uma comissão de avaliadores;
- Avaliação das condições de ensino (ACE), aplicada aos cursos nos casos em que a comissão de avaliação julgar necessária uma verificação;
- Processo de Avaliação Integrada do Desenvolvimento Educacional e da Inovação da Área (ENADE), que terá uma prova aplicada aos alunos, por amostragem, no meio e no final do curso em quatro grandes áreas: ciências humanas,

exatas, tecnológicas e biológicas e da saúde.

O diferencial do Sinaes é que cada instrumento de avaliação leva em consideração os demais, de forma integrada, consolidando uma visão ampla do ensino superior. (PACHECO, 2004)

O resultado individual será enviado somente ao participante, sendo resguardado o sigilo das informações. Os resultados dos cursos serão divulgados para as instituições e para a sociedade em geral e integrarão o conjunto de dimensões da avaliação de cursos e da auto-avaliação.

4.1.1. Auto-avaliação das instituições

A auto-avaliação deverá ser realizada pelas Comissões Próprias de Avaliação (CPAs) que terão autonomia em relação aos conselhos e demais órgãos colegiados existentes na instituição. O prazo para a apresentação dos resultados do processo de auto-avaliação será até 1º de setembro de 2006.

4.1.2. Avaliação Externa

Para operacionalizar a avaliação externa, a Conaes designará comissões externas formadas por especialistas. A avaliação institucional será o referencial básico para o processo de autorização, reconhecimento, renovação de reconhecimento de cursos das instituições, com os prazos de validade estabelecidos pelo MEC.

De acordo com a regulamentação da lei, a primeira avaliação institucional externa ocorrerá no prazo máximo de dois anos e será realizada após o processo de auto-avaliação, em cronograma a ser estabelecido pela Conaes.

A avaliação *in loco* das instituições e cursos de graduação resultará na atribuição de conceitos a cada uma e ao conjunto das dimensões avaliadas. Os resultados serão expressos numa escala de cinco níveis:

Níveis 1 e 2 - indicativos dos pontos fracos

Nível 3 - do mínimo aceitável

Níveis 4 e 5 - dos pontos fortes

4.1.3. Avaliação das Condições de Ensino -ACE

A partir de 2001, a avaliação passou a ser realizada posteriormente à implantação do curso,

visando avaliar as condições do ensino que está sendo oferecido. Não se tratou apenas de uma mudança de nome, mas também de concepção e objetivos. Antes, denominava-se *Avaliação das Condições de Oferta* porque procurava avaliar se a instituição tinha condições de ofertar determinado curso. Assim, a ACE, é capaz de evidenciar de forma mais efetiva a qualidade da graduação brasileira. Realizada por uma equipe de especialistas ao longo do curso e no próprio local de funcionamento, a ACE verifica a qualidade acadêmica a partir de um conjunto de indicadores: em três etapas: organização didático-pedagógica, corpo docente e instalações físicas, especialmente laboratórios e biblioteca. Os resultados destas avaliações não são divulgados, apenas os conceitos obtidos. Os relatórios finais são encaminhados às instituições, que têm prazo para se manifestar em relação aos mesmos.

A ACE só começou a ser realizada no segundo semestre de 2002, em razão de ter demandado um período de ampla discussão e reavaliação dos antigos parâmetros de avaliação da oferta. Nesta discussão envolveram-se não apenas uma comissão, mas centenas de especialistas de diversas entidades representativas das instituições das diversas áreas de ensino.

Esta avaliação é uma atividade bastante complexa, que envolve centenas de pessoas e capacitação de professores. Segundo Orlando Pilati, assessor da SESu/MEC, “o que está dificultando, também, estas avaliações periódicas é o acúmulo de um número enorme de processos de reconhecimento e renovação de reconhecimento, que, em decorrência da nova lei, aguardam parecer.”

Por outro lado, os parâmetros de avaliação não são definitivos, eles são atualizados e reformulados periodicamente.

Quando os resultados forem considerados insatisfatórios, a Conaes informará a necessidade de celebração do Protocolo de Compromisso, a ser firmado entre a instituição e o MEC, indicando os aspectos que devem merecer atenção especial. O descumprimento deste compromisso público poderá ensejar a aplicação das seguintes penalidades:

- suspensão temporária da abertura de processo seletivo de cursos de graduação;

- cassação da autorização de funcionamento da instituição ou do reconhecimento de cursos por ela oferecidos;

- advertência, suspensão ou perda de mandato do dirigente responsável pela ação não executada, no caso de instituições públicas de ensino superior.

As penalidades previstas na Lei nº 10.861/04 serão aplicadas pela SESu/MEC, responsável pela regulação e supervisão da educação superior, ouvida a Câmara de Educação Superior, do Conselho Nacional de Educação, em processo administrativo próprio, ficando assegurado o direito de recurso.

Esta forma de avaliação, visa identificar os pontos fortes e fracos e eventuais omissões, abrindo possibilidades concretas para a tomada de medidas administrativas capazes de assegurar a qualidade do ensino.

4.1.4. Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade)

O Enade é parte integrante do Sinaes e será aplicado aos alunos do primeiro e último ano dos cursos de graduação. Enquanto este tem por objetivo avaliar as instituições de educação superior e os seus cursos de graduação, o Enade ocupa-se com o desempenho dos estudantes em relação a competências, saberes, conteúdos curriculares e formação em geral.

Diferentemente do Exame Nacional de Cursos (ENC), criado por força da Lei 9.131/95, o Enade não é apenas uma prova de conclusão de curso, mas se constitui de três avaliações: avaliação do ingressante, do concluinte e da formação geral. Por isto, explora conteúdos de todo o espectro das diretrizes nacionais e não apenas conteúdos profissionalizantes.

Segundo Amir Limana, coordenador-geral do Enade, este difere do antigo ENC “no tipo de exame; no destinatário do exame; na periodicidade; na forma de aplicação; no tipo de resultados produzidos; no uso dos resultados; no questionário a ser aplicado aos alunos; no questionário a ser aplicado aos coordenadores, entre outros.” (LIMANA e RISTOFF, 2004)

A realização do Enade inclui a aplicação de um questionário socioeconômico para os alunos e,

para coordenadores, um questionário que ajude a definir o perfil do curso.

Uma característica marcante do Enade é o fato dele ser aplicado simultaneamente a calouros e formandos, permitindo identificar o nível de ingresso e de saída dos alunos de um determinado curso, ajudando a orientar as instituições sobre a necessidade ou não de fazer ajustes ou revisões curriculares.

O registro de participação no exame é condição indispensável para a emissão do histórico escolar, sem o que o aluno fica impossibilitado de retirar seu diploma. No entanto, quem foi dispensado, por não ter sido incluído na amostragem, poderá colar grau normalmente.

Em oito anos de ENC, de 1996 a 2003, foram avaliadas 26 áreas. Em três anos de Enade o MEC pretende avaliar 52 áreas de conhecimento (13 áreas no primeiro ano, 19 no segundo e 20 no terceiro). Esse universo só será possível de ser atingido porque o atual sistema utiliza o método amostral, avaliando as áreas de três em três anos, diferentemente do programa anterior, que era anual.

Será responsabilidade da instituição a inscrição, no Inep/MEC, de todos os estudantes habilitados a participarem do Enade. A partir da listagem fornecida, será selecionada uma amostra dos estudantes de cada curso que deverá participar da prova.

Dada a sua natureza, o Enade gerará diversos notas: de desempenho dos calouros e formandos na parte específica e na parte geral comum; indicando o quanto a média de desempenho dos estudantes evoluiu durante a sua trajetória acadêmica.

Assim, a nota do Enade não será a nota do curso, mas parte do conjunto das dimensões da nota da avaliação, pois será somada à nota do curso obtida durante a avaliação *in loco*, a ser feita periodicamente por comissões de especialistas nas diversas áreas de conhecimento. “Nenhuma decisão regulatória será tomada em função apenas do desempenho dos estudantes no Enade. Como a nota do Enade não será considerada igual à qualidade do curso, ela também não será, por consequência, usada para fazer ranqueamentos.” (RISTOFF e LIMANA, 2004)

A primeira edição do Enade ocorreu em 7 de

TABELA 9 – RESULTADOS PERCENTUAIS DE CURSOS DE MEDICINA POR REGIÃO, SEGUNDO O CONCEITO OBTIDO NO EXAME NACIONAL DE CURSOS - BRASIL 1999 A 2002

Ano	Conceito	REGIÃO											
		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1999	A	0	0	01	08	07	16	01	06	01	25	10	12
	B	0	0	04	30	08	18	02	12	01	25	15	19
	C	01	25	05	39	14	32	11	69	02	50	33	41
	D	02	50	02	15	11	25	01	06	0	0	16	20
	E	01	25	01	08	04	09	01	06	0	0	07	09
	Total	4	100	13	100	44	100	16	100	4	100	81	100
2000	A	0	0	0	0	07	16	02	12	02	50	11	14
	B	0	0	01	08	11	25	04	25	0	0	16	20
	C	0	0	07	54	17	39	07	44	02	50	33	41
	D	02	50	04	30	07	16	02	12	0	0	15	19
	E	02	50	01	08	02	04	01	06	0	0	06	7
	Total	4	100	13	100	44	100	16	100	4	100	81	100
2001	A	0	0	0	0	07	16	04	24	0	0	11	13
	B	0	0	01	08	09	20	05	29	02	50	17	20
	C	01	25	07	54	21	46	06	35	02	50	37	45
	D	02	50	04	30	04	09	01	06	0	0	11	13
	E	01	25	01	08	04	09	01	06	0	0	7	8
	Total	4	100	13	100	45	100	17	100	4	100	83	100
2002	A	0	0	0	0	09	20	03	17	0	0	12	14
	B	0	0	0	0	07	15	07	39	0	0	14	16
	C	0	0	06	46	20	43	08	44	04	100	38	45
	D	0	0	02	15	07	15	0	0	0	0	09	11
	E	04	100	05	39	03	07	0	0	0	0	12	14
	Total	04	100	13	100	46	100	18	100	04	100	87	100
2003	A	0	0	0	0	08	16	0	0	0	0	8	09
	B	0	0	02	15	13	27	02	12	02	50	19	22
	C	02	50	06	46	21	43	11	65	02	50	42	48
	D	01	25	02	15	05	10	04	23	0	0	12	14
	E	01	25	03	23	02	04	0	0	0	0	06	07
	Total	04	100	13	100	49	100	17	100	4	100	87	100

Fonte: DAES/INEP/MEC-ENC

novembro de 2004, sendo que medicina esteve entre as áreas avaliadas. O resultado oficial ainda não foi divulgado pelo Inep/MEC.

4.2. Exame Nacional de Cursos aplicado a graduandos de Medicina

O Exame Nacional de Cursos (ENC-Medicina) teve cinco edições, de 1999 a 2003. Todas as escolas médicas que tinham graduandos durante o ano letivo vigente eram obrigadas a inscreverem seus alunos ao ENC, cujos objetivos eram:

- contribuir para a expansão da cultura da avaliação

no âmbito da escola médica;

- avaliar as habilidades cognitivas dos médicos recém-formados, de acordo com a prova apresentada;
- contribuir para o estabelecimento de novos padrões de qualidade para o ensino médico;
- colaborar para o contínuo aprimoramento dos métodos pedagógicos e das propostas curriculares dos cursos de Medicina;
- contribuir para a adequação das escolas médicas às novas Diretrizes Curriculares Nacionais.

A atribuição de conceitos baseava-se na seguinte metodologia: conhecido o desempenho de

TABELA 10 – RESULTADOS PERCENTUAIS DE CURSOS DE MEDICINA POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA, SEGUNDO O CONCEITO OBTIDO NO EXAME NACIONAL DE CURSOS - BRASIL 1999 A 2003

Ano	Conceito	CATEGORIA ADMINISTRATIVA									
		Federal		Estadual		Municipal		Privada		Total Brasil	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1999	A	5	15	5	38	0	0	0	0	10	12
	B	9	27	3	23	1	33	2	6	15	18
	C	15	45	2	15	1	33	15	47	33	41
	D	3	9	2	15	1	33	10	31	16	20
	E	1	3	1	8	0	0	5	16	7	9
	Total	33	100	13	100	3	100	32	100	81	100
2000	A	5	15	5	36	0	0	1	4	11	14
	B	9	27	3	21	3	60	1	4	16	20
	C	11	33	4	29	1	20	17	59	33	41
	D	7	21	0	0	1	20	7	24	15	18
	E	1	3	2	14	0	0	3	10	6	7
	Total	33	100	14	100	5	100	29	100	81	100
2001	A	5	15	4	0	1	33	1	3	11	13
	B	7	21	3	23	0	0	7	21	17	20
	C	13	39	2	15	2	67	18	53	35	42
	D	3	9	1	8	0	0	5	15	9	11
	E	5	15	3	23	0	0	3	9	11	13
	Total	33	100	13	100	3	100	34	100,0	83	100
2002	A	5	15	4	27	1	33	2	6	12	14
	B	6	18	8	53	0	0	2	6	16	18
	C	14	42	0	0	1	33	22	61	36	42
	D	2	6	0	0	1	33	7	19	10	12
	E	6	18	3	20	0	0	3	8	12	14
	Total	33	100	15	100	3	100	36	100	86	100
2003	A	3	9	4	33	0	0	1	3	8	9
	B	10	30	3	25	1	33	5	13	19	22
	C	14	42	2	17	2	66	23	59	41	47
	D	4	12	1	8	0	0	8	20	13	15
	E	2	6	2	17	0	0	2	5	6	7
	Total	33	100	12	100	3	100	39	100	87	100

Fonte: DAES/INEP/MEC-ENC

cada um dos cursos, calcula-se a média geral e o desvio padrão dos desempenhos obtidos pelo conjunto dos cursos. Determinados esses valores, os conceitos eram atribuídos de acordo com os critérios abaixo:

Conceito A: notas acima de 1 desvio padrão (inclusive) da média geral.

Conceito B: notas entre 0,5 (inclusive) e 1 desvio padrão acima da média geral.

Conceito C: notas entre 0,5 desvio padrão abaixo e 0,5 desvio padrão acima da média geral.

Conceito D: notas entre 0,5 (inclusive) e 1 desvio padrão abaixo da média geral.

Conceito E: notas abaixo de 1 desvio padrão (inclusive) da média geral.

O ENC, logo batizado de Provão, foi recebido com muita desconfiança pelo movimento estudantil e, por diversas instituições de ensino, resultando, inclusive, em atitudes de boicote por parte dos alunos de algumas delas. Se compareciam à prova, entregavam-na em branco ou zerada. Tal fato comprometeu bastante os resultados obtidos.

Elaborada em 40 questões de múltipla escolha e 10 dissertativas, a prova do ENC recebeu muitas críticas. De acordo com o então presidente do Inep/MEC, Otaviano Helene, as mudanças foram

necessárias, pois o Provão, como estava sendo aplicado, não cumpria o objetivo de avaliar os cursos de graduação. “A avaliação em todos os níveis deve ser contínua e processual, formativa e dialógica. O Provão poderia ser, na melhor das hipóteses, um controle de qualidade dos alunos, não uma avaliação da qualidade dos cursos”, argumenta

As entidades que integram a Cinaem, também, não o consideravam a melhor forma de avaliação dos cursos de medicina, pois, consideravam que da forma como era elaborado, não testava as habilidades do graduando, apenas sua memória. E, ainda, por ser realizado ao final do curso, não possibilitava a correção das deficiências do graduando.

4.2.1. Análise dos Resultados do ENC-Medicina

O desempenho das instituições de ensino nas cinco edições do ENC que incluíram a área de Medicina (ENC-Medicina) será avaliada por região geográfica e categoria administrativa, conforme dados levantados no Anexo 3, cujos dados serão analisadas a seguir:

Conceitos do ENC-Medicina por região geográfica (Tabela 9):

Região Norte: nenhum dos 4 cursos que participaram dos ENC -Medicina alcançaram conceitos **A** e **B**, com o agravante de que em 2002 todos receberam conceitos **E**. Diferentemente das demais regiões onde prevaleceu o conceito **C**, no Norte observa-se a prevalência de **D** e **E**.

Região Nordeste: o melhor desempenho ocorreu em 1999, o único ano em que aparece 1 (8%) conceito **A** e 4 (30%) **B** entre os 13 cursos que participaram dos ENC-Medicina. O conceito **C** foi o mais freqüente em todos os anos, mantendo-se em aproximadamente a metade dos cursos participantes. O conceito **E**, que se mantinha em apenas 1 curso (8%), deu um salto para 5 (39%) em 2002. Assim, o pior resultado obtido no Nordeste foi em 2002, quando 5 (39%) cursos obtiveram conceito **E** e 2 (15%) o **D**, seguido de 2003 com 3 (23%) cursos com **E** e 2 (15%) com **D**.

Região Centro-Oeste: em 1999, 25% dos quatro cursos que participaram do ENC-Medicina receberam conceitos **A** e outros 25% receberam **B**. Em 2000, sobe para 50% a obtenção de conceitos **A**. Em 2002, surpreendentemente, todos os cursos receberam conceitos **C**. Nos demais anos este conceito foi atribuído a 50% dos cursos participantes. Não se observa nesta região nenhum conceito **E**.

Região Sudeste: Nas duas primeiras edições do ENC-Medicina, 44 cursos participaram, passando para 45, 46 e 49 nas subseqüentes. A exceção de 2002, em que o conceito **A** foi atribuído a 20% dos cursos participantes, este conceito manteve-se em 16%. Já o conceito **B** é mais freqüente, aparecendo em uma escala de 15 a 27%. Excluindo-se o Centro-Oeste, o conceito **E** é o menos freqüente das demais regiões, ficando entre 4 e 9%. Também no Sudeste, o conceito **C** é maioria.

Região Sul: O maior percentual de conceitos **C** obtido por região no ENC-Medicina ocorreu em 1999, com 69%, seguido de 2003, com 64%. No entanto, o diferencial em relação às demais regiões fica por conta da alta freqüência em que aparecem os conceitos **A** e **B** e baixa freqüência nos **D** e **E**. Merece destaque o fato de que em 2002, nenhum dos cursos participantes do obtiveram conceitos **D** e **E**. Da mesma forma, em 2003, não aparecem os conceitos **A** e **E**.

Conceitos do ENC-Medicina por categoria administrativa (Tabela 10):

Instituições públicas: o fato de ser uma instituição pública ou privada parece influir no desempenho dos estudantes, que, regra geral, é bem melhor nas públicas. Enquanto os conceitos **A** e **B**, somados, mantêm-se em torno de 40%, os **C**, sozinhos, mantêm-se neste mesmo patamar, sendo, portanto, a maioria. O conceito **E**, inexpressivo nas duas primeiras edições, com 3%, cresce para 15 e 18% nas duas edições seguintes e reduz novamente para o patamar de 6% em 2003.

Entre as públicas, as estaduais têm tido melhores desempenhos, com 61,5% de conceitos **A**

e **B** em 1999; 57% em 2000; 54% em 2001; 80% em 2002 e 58% em 2003. Neste sentido, merecem destaque os desempenhos dos graduandos das faculdades de medicina estaduais do Paraná, do Rio de Janeiro e de São Paulo. A seguir, vêm as instituições federais com 42% de conceitos **A** e **B** em 1999 e 2000; 36% em 2001, 33% em 2002 e 39% em 2003.

As municipais, por sua vez, têm repetido nos ENC-Medicina de 2002 e 2001 33% de conceitos **A**. Em 2000, receberam 60% de conceitos **B**. Quanto aos conceitos **C**, são maioria nas federais e municipais e minoria nas estaduais.

Instituições privadas: no ENC-Medicina de 1999 não foi atribuído nenhum conceito **A** às instituições privadas. Com exceção da edição de 2002, com duas instituições obtendo conceito **A**, nas demais este conceito só aparece uma única vez. Já os conceitos **B** oscilam entre 6 e 21%. Da mesma forma que nas federais e municipais, o conceito **C** é a maioria nas privadas, oscilando entre 47 a 61%. Por fim, os conceitos **D** e **E**, somados, alcançam 47%, reduzindo para 25% em 2003.

4.2.2. Síntese

Não obstante os boicotes ocorridos, os resultados obtidos nas quatro primeiras edições do ENC permitem observar o seguinte desempenho: Conceitos **A** entre 12 e 17% \uparrow crescimento de 42%
Conceitos **B** entre 18 e 14% \downarrow redução de 22%
Conceitos **C** entre 41 e 44% \uparrow crescimento de 7%
Conceitos **D** entre 20 e 11% \downarrow redução de 45%
Conceitos **E** entre 9 e 14% \uparrow crescimento de 55%

Os resultados obtidos no ENC comprometeram a eficácia deste processo de avaliação, enquanto elemento de contribuição ao estabelecimento de novos padrões de qualidade para o ensino médico. Isto porque os resultados vinham se mantendo com alterações positivas mínimas.

Embora nas quatro edições do ENC os conceitos **A** e **B** somados tenham alcançado o patamar de 30%, o expressivo percentual dos conceitos **C**, em torno de 40%, indicaram um desempenho mediano dos graduandos, o que é reforçado pela tendência de crescimento verificada. Outra tendência preocupante, referia-se aos conceitos **E**, em franca expansão. Da mesma forma que nas federais, o conceito **C** foi a maioria nas privadas. Por outro lado, não se observou diminuição nos cerca de 25% de cursos com conceitos **D** e **E**.

Esse desempenho confirma a tese de que é necessário reforçar o controle sobre as escolas médicas, principalmente sobre as privadas. E, também, desenvolver mecanismos regulatórios em relação à sua expansão, até que se consiga assegurar a qualidade das escolas existentes.

No caso das instituições federais e privadas, o governo federal deve tomar medidas de suspensão das autorizações de funcionamento por prazo prolongado. No entanto, não será a simples proibição de abertura de cursos que fará com que os existentes melhorem suas condições de funcionamento. Esta medida corre, inclusive, o risco de provocar um afrouxamento no controle e causar uma acomodação daqueles cursos deficientes em solucionar seus problemas.

Quanto ao Sinaes, um sistema de avaliação sofisticado e complexo, espera-se que seus resultados possam, efetivamente, contribuir ao estabelecimento de novos padrões de qualidade para o ensino médico. A melhoria da qualidade depende de uma profunda reforma curricular, o que já está ocorrendo em algumas escolas.

Tanto as decisões do CNE quanto as do MEC, no que diz respeito ao reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos, devem **efetivamente** levar em consideração os resultados obtidos nas diferentes avaliações. Só assim se avançará na direção de um ensino superior de qualidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados e informações permitem as seguintes considerações:

- **Desequilíbrio entre demanda e oferta de recursos humanos na medicina e má distribuição**

O desequilíbrio entre demanda e oferta de recursos humanos não é uma problemática exclusiva do sistema de saúde brasileiro. Muito pelo contrário, constitui-se em desafio para diversos países.

A saída para a má distribuição territorial de médicos será o governo implementar uma política de atração e fixação de médicos no interior das regiões Norte e Nordeste, o que exige não apenas bons salários, mas também condições adequadas de trabalho.

Não obstante a crise que enfrenta a classe médica em relação aos honorários e condições de trabalho, os grandes centros ainda permitem um nível mínimo de sobrevivência em empregos e sub-empregos ou mesmo na prestação de serviços médicos sub-remunerados às empresas de saúde. Embora se possa entender a dinâmica do processo de concentração de médicos nas capitais, as cifras atingidas ultrapassam os limites do razoável, com graves conseqüências para o futuro da categoria.

Há que se restringir, portanto, a expansão de cursos de medicina, bem como a entrada de médicos formados no exterior. Conforme foi enfatizado, as carências que existiam nas regiões Norte e Nordeste já foram sanadas com a surpreendente expansão de 59 novos cursos ocorrida nos últimos dez anos, indicando um crescimento de 42%. Se o governo não intervir imediatamente a qualidade do ensino ofertado estará comprometida, o que se reveste em um problema de grande repercussão social.

- **Necessidade formulação e implantação de uma política nacional regulatória do acesso e da formação de RHS**

O cenário de transição detectado no Estudo para identificação da necessidade de profissionais e especialistas na área de saúde (DEGES/SEGES/

MS-2005) não pode ser entrave para a adoção de um conjunto de medidas regulatórias de recursos humanos na área, tal como fez o Canadá com dados “imperfeitos”, fazendo os ajustes necessários à medida que novas evidências surjam das pesquisas. Embora a pesquisa não tenha tido acesso a dados primários, seus resultados consolidam suposições sobre a realidade, produzindo importante fonte de subsídios para intervenção.

Por outro lado, se não há padrão-ouro para a distribuição de RHS entre especialidades médicas e entre regiões geográficas que levem em consideração critérios sócio-demográficos e epidemiológicos, o MS e o MEC, conjuntamente, devem construir estes critérios em consonância com os anseios da sociedade e dos grupos diretamente envolvidos. Sob o ponto de vista conceitual, o DEGES/MS está bastante avançado neste sentido. (cf. pág. 35)

Assim, defende-se a suspensão das autorizações de funcionamento de novos cursos até que novas evidências sejam produzidas e sejam implantadas medidas regulatórias, se necessário for, reduzindo o número de vagas das escolas existentes recorrendo a percentuais variáveis em função da distribuição de médicos por regiões e estados.

Da mesma forma, defende-se a aprovação do Projeto de Lei 65/2003, em tramitação na Câmara federal, por agregar uma importante contribuição do legislativo ao processo regulatório da formação na área de saúde.

- **A política de recursos humanos para prover o SUS e o Programa Saúde da Família (PSF) está sendo usada como elemento justificador da criação de novos cursos de medicina**

O despreparo dos egressos para o exercício profissional no contexto sócio-epidemiológico do país evidencia um descompasso entre as necessidades ditadas pelo reordenamento do setor de saúde e o que o sistema de ensino oferece.

No entanto, o compromisso social da escola médica decorrente do imperativo da vinculação do ensino-aprendizagem à prestação de serviços à população, contemplado nas novas Diretrizes

Curriculares de Graduação em Medicina do MEC, não pode ser usado como elemento justificador da criação de novos cursos de medicina. Trata-se de uma visão equivocada, que parte do pressuposto de que o aumento numérico de médicos implica necessariamente em elevação dos padrões de assistência à população. Há uma grande distorção entre o aumento do número de vagas em medicina e os recursos técnico-orçamentários à disposição da atenção à saúde da população, o que muito contribuiu para a concentração de médicos nas capitais. É falso, pois, o argumento de que é preciso formar médicos generalistas para cobrir a carência de regiões interioranas, porque, a grande maioria destes formandos, não escolherá o interior pela simples razão de que não existe uma política pública efetiva de atração e manutenção destes profissionais, no que diz respeito à rede de serviços e honorários.

• **Os efeitos da superpopulação de médicos para a defesa profissional**

Não dá para discutir a expansão do número de médicos sem questionar quais são as perspectivas futuras para a classe, em especial para o contingente de mais de 10 mil novos profissionais que se formam todos os anos no país, diante da crise do sistema público de saúde e da crescente mercantilização da medicina imposta pelas empresas compradoras de serviços médicos. Este excedente de mão-de-obra, ao fazer prevalecer a lei da oferta e da procura, traz reflexos danosos à política salarial aplicada à classe médica, bem como aos honorários médicos, de maneira geral. Esta baixa renda imposta a um expressivo contingente de profissionais compromete a sua atualização profissional, forçando-os a se submeterem à condições de trabalho inadequadas, o que os expõe aos riscos de cometimento de infrações éticas.

Contrastando, assim, com a evolução técnico-científica, que exige do médico cada vez mais conhecimentos e preparo profissional, caiu sensivelmente a sua imagem para muito aquém dos padrões que anteriormente a exaltavam. A medicina, de profissão-sacerdócio, transformou-se em mera prestação de serviço, virou uma mercadoria.

• **Existe uma coerência em relação ao papel das escolas médicas brasileiras e as diretrizes do modelo político-ideológico hegemônico de cada época.**

A educação tem sido chamada a dar conta de projetos políticos com vistas ao desenvolvimento nacional. Neste contexto prevalece o conceito de que níveis melhores de educação e saúde são essenciais para o desenvolvimento econômico. O médico, em especial, é o elemento estratégico na implantação de qualquer política social.

Assim é que o suporte econômico da reforma do ensino médico ocorrida na década de 60 foi a intensificação do processo de desenvolvimento tecnológico na área médica, iniciado em meados dos anos 50. Período que marca o surgimento do ensino de medicina privado e o desenvolvimento das especialidades médicas, refletindo no ensino de graduação, que passou a adotar disciplinas com ênfase na especialização.

Com a Lei 9.384, de 20 de dezembro de 1996 - LDB-, gerida no contexto das políticas neoliberais dos anos noventa, voltou-se a enfatizar a necessidade de ampliação de vagas para o ensino superior. Diante da capacidade limitada de investimentos do poder público, a educação passa a ser encarada como uma excelente fronteira de oportunidade de negócios, inclusive para capitais transnacionais. Neste contexto político de redução do Estado, abre-se um enorme espaço para a educação privada, principalmente no ensino superior.

Na graduação de medicina o setor privado, com 51% dos cursos, já suplantou o setor público, caminhando firmemente em direção da maioria absoluta que já predomina na formação das demais profissões da área de saúde. da mesma forma, a expansão privada do ensino não tem mostrado interesse em investir na especialização, principalmente em residência médica. Em outras palavras, onera o poder público com esta responsabilidade.

Considerando as altíssimas mensalidades cobradas pelas escolas de medicina privadas, percebe-se que o elevado custo da graduação está sendo repassado aos alunos, sem contudo apresentar a contrapartida da oferta de ensino de qualidade,

conforme se pode observar no desempenho no ENC dos alunos da maioria das instituições privadas.

•Mecanismos de Avaliação do MEC

O MEC, de fato, tem uma legislação forte e detalhista de controle da abertura de novos cursos. O problema é que nem sempre ela é cumprida pelas instituições formadoras, que, muitas vezes, vão contornando a situação irregular para ganhar tempo e criar fatos consumados, que envolvem o direito dos alunos.

Esta não é uma questão só de fiscalização, nem tampouco pode ser resolvida pelas entidades de classe. O fundamental é que tanto a sociedade, como as próprias instituições se convençam de que para criarem um curso terão que atender aos pré-requisitos mínimos necessários à oferta de ensino de qualidade. Daí a necessidade de se aplicar mecanismos de avaliação, inclusive externos com a participação de entidades representativas, cujo objetivo, antes de fechar, seja mostrar à sociedade que determinados cursos de medicina efetivamente não estão cumprindo seu papel de formar bons profissionais. Esta sinalização resultará em uma cobrança maior da sociedade a respeito da fiscalização que o estado está obrigado por lei a cumprir.

6. REFERÊNCIAS

1. AMARAL, Jorge Luiz do. CINAEM: Avaliação e transformação das escolas médicas (Uma experiência brasileira nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS. Dissertação (Mestrado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002. www.abem-educmed.org.Br
2. BRIANI, Maria Cristina. História e construção social do currículo na educação médica: A trajetória do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Dissertação (Mestrado). www.abem-educmed.org.br
3. Ceccim, RB. Cotas regionais para a graduação em medicina e carências regionais de médicos especialistas no Brasil: opiniões e constatações. jan 2005.
4. Conselho Federal de Medicina do Estado de São Paulo, Associação Paulista de Medicina, Federação dos Médicos do Estado de São Paulo. Porque somos contra a abertura de novos cursos de medicina? São Paulo, 2003.
5. Conselho Federal de Medicina. Cadastro Nacional de Médicos
6. Conselho Nacional de Saúde. Santana, Maria Natividade G. S. T.; REZENDE, Conceição Aparecida. A abertura de novos cursos na área de saúde e o controle social do SUS. Brasília, 2003 (Subsídios para discussão na reunião dos dias 24 e 25 de abril de 2003)
7. Conselho Nacional de Saúde. Feuerwerker, Laura M.; CECCIM, Ricardo B. Abertura de novos cursos para a graduação na área de saúde. Brasília, 2003 (Subsídios para discussão na reunião dos dias 24 e 25 de abril de 2003)
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional: Estimativa Populacional período 1992/2010.
9. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - Ministério da Educação (Inep/MEC). Diretoria de Estudos e Avaliações da Educação Superior (DAES/Inep)
10. PACHECO, Elieser. **A Questão da Avaliação**. Rio de Janeiro, Jornal do Brasil, 19/Jul./2004.
11. ROSENBERG, Cynthia. O mega negócio da Educação. **EXAME**, São Paulo, 3 abr. 2002, 7:34-45
12. RIGATTO, Mário. **Médicos e Sociedade**. Porto Alegre, Livraria do Globo, 1976. (Fundo Editorial BYK-PROCIENX)

13. RISTOFF, Dilvo e LIMANA, Amir. **O Enad como parte da Avaliação da Educação Superior.** www.inep.gov.br, 12/Nov./2004

14. **Estudo para Identificação de Necessidades de Profissionais e Especialistas na Área da Saúde – 1ª Fase: Profissão Médica.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SEGES/DEGES/MS). Brasília, Março, 2005

15. **Síntese temática das propostas dos Fóruns Regionais Novas Escolas de Medicina: Necessidade Social ou Oportunismo?** Jornal da Associação Médica Brasileira, n., 2002

ENTREVISTAS

1. PEDERNEIRAS, Mário. Diretor de Supervisão de Ensino Superior da SESu/MEC. Brasília, 28 de maio de 2003.
2. PILATI, Orlando. Ex-assessor do INEP/MEC e Assessor da SESu/MEC. Brasília, 30 de maio de 2003.
3. CRUZ, Eliane. Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 29 de maio de 2003.

Sites pesquisados

www.mec.gov.br
 www.educacaosuperior.inep.gov.br
 www.portalmedico.org.br
 www.abem-educmedi.org.br
 www.abem-educmedi.org.br/cinaem.htm
 www.camara.gov.br

7. ANEXOS

ANEXO 1 - POPULAÇÃO, NÚMERO E PERCENTUAL DE MÉDICOS ATIVOS E RELAÇÃO DE MÉDICOS						
					REGIÕES	
ESTADOS						
	POPULAÇÃO	MÉDICOS ATIVOS	%	MÉDICO/HABITANTES	POPULAÇÃO	MÉDICO ATIVO
NORTE	13.504.599	10.040	3,6	1 / 1.345	4.109.333	6.23
Acre	586.942	427	0,2	1./ 1.374	267.740	2,4
Amapá	516.511	348	0,1	1./ 1.484	306.583	2,2
Amazonas	2.961.801	2.615	0,9	1./ 1.132	1.488.805	1,9
Pará	6.453.683	4.300	1,5	1./ 1.500	1.322.683	3,1
Rondônia	1.431.777	987	0,4	1./ 1.450	347.844	3,3
Roraima	346.871	455	0,2	1./ 762	214.541	1,5
Tocantins	1.207.014	908	0,3	1./ 1.329	161.137	10,1
NORDESTE	48.845.112	45.940	16,4	1./ 1.063	10.496.865	30.66
Alagoas	2.887.535	3.212	1,1	1./ 899	833.261	2,5
Bahia	13.323.212	11.935	4,3	1./ 1.116	2.520.504	7,5
Ceará	7.654.535	6.593	2,4	1./ 1.161	2.219.837	4,9
Maranhão	5.803.224	3.027	1,1	1./ 1.917	906.567	1,5
Paraíba	3.494.893	3.793	1,4	1./ 921	619.049	2,0
Pernambuco	8.084.667	10.185	3,6	1./ 794	1.449.135	6,7
Piauí	2.898.223	2.041	0,7	1./ 1.420	740.016	1,4
Rio Grande do Norte	2.852.784	3.201	1,1	1./ 891	734.505	2,1
Sergipe	1.846.039	1.953	0,7	1./ 945	473.991	1,6
CENTRO-OESTE	12.101.540	18.895	6,7	1./ 640	4.467.950	13.02
Distrito Federal	2.145.839	6.943	2,5	1./ 309	2.145.839	6,9
Goiás	5.210.335	6.779	2,4	1./ 768	1.129.274	3,7
Mato Grosso	2.604.742	2.500	0,9	1./ 1.041	500.288	1,0
Mato Grosso do Sul	2.140.624	2.673	0,9	1./ 800	692.549	1,3
SUDESTE	74.447.456	163.675	58,4	1./ 455	19.121.138	75.86
Rio de Janeiro	14.724.475	48.813	17,4	1./ 302	5.937.253	30,2
Espírito Santo	3.201.722	5.351	1,9	1./ 598	299.357	2,4
Minas Gerais	18.343.517	28.555	10,2	1./ 642	2.284.468	9,6
São Paulo	38.177.742	80.956	28,9	1./ 471	10.600.060	33,6
SUL	25.734.253	41.820	14,9	1./ 615	3.388.655	14.64
Paraná	9.798.006	14.033	5,0	1./ 698	1.644.600	5,8
Rio Grande do Sul	10.408.504	20.331	7,3	1./ 512	1.383.454	7,6
Santa Catarina	5.527.707	7.456	2,6	1./ 741	360.601	1,1
TOTAL	174.632.960	280.370	100	1 / 622	41.583.941	140.43

Fontes: Cadastro Nacional de Médicos do CFM
 Censo Populacional do IBGE
 Resultados obtidos da compilação dos dados do Anexo 1

DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS POR HABITANTES POR REGIÕES, ESTADOS, CAPITAIS E INTERIOR - BRASIL / 2002

REGIÕES

REGIÃO	CAPITAIS			POPULAÇÃO	INTERIOR		
	MÉDICOS ATIVOS	%	MÉDICO / HABITANTES		MÉDICOS ATIVOS	%	MÉDICO / HABITANTES
BRASIL	6.236	62,1	1./ 658	9.394.366	3.804	37,9	1./ 2.483
AC	243	56,9	1./ 1.102	319.202	184	43,1	1./ 1.735
AM	218	62,6	1./ 1.406	209.928	130	37,4	1./ 1.615
AP	1.958	74,9	1./ 760	1.472.996	657	25,1	1./ 2.242
BA	3.151	73,3	1./ 419	5.131.000	1.149	26,7	1./ 4.466
CE	359	24,8	1./ 968	1.083.033	628	75,2	1./ 1.725
DF	139	30,5	1./ 1.737	132.330	316	69,5	1./ 419
ES	168	18,5	1./ 959	1.045.877	740	81,5	1./ 1.413
GO	30.665	66,8	1./ 342	38.348.247	15.275	33,2	1./ 2.510
GO	2.568	79,9	1./ 324	2.054.274	644	20,1	1./ 3.190
MA	7.542	63,2	1./ 334	10.802.708	4.393	36,8	1./ 2.459
MG	4.944	74,9	1./ 448	5.434.698	1.649	25,1	1./ 3.296
MS	1.588	52,5	1./ 570	4.896.657	1.439	47,5	1./ 3.403
MT	2.092	55,2	1./ 295	2.875.844	1.701	47,8	1./ 1.691
PA	6.779	66,6	1./ 213	6.635.532	3.406	33,4	1./ 1.948
PB	1.408	69,0	1./ 525	2.158.207	633	31,0	1./ 3.409
PE	2.125	66,4	1./ 345	2.118.279	1.076	33,6	1./ 1.969
PI	1.619	82,9	1./ 292	1.372.048	334	17,1	1./ 4.108
PR	13.021	68,9	1./ 422	7.633.590	5.874	31,1	1./ 1.300
PR	6.943		1./ 309	—			
RR	3.722	54,9	1./ 303	4.081.061	3.057	45,1	1./ 1.335
RJ	1.011	40,4	1./ 494	2.104.454	1.489	59,6	1./ 1.413
RN	1.345	50,3	1./ 514	1.448.075	1.328	49,7	1./ 1.090
RS	75.866	46,4	1./ 252	55.326.318	87.809	53,6	1./ 630
RS	30.200	61,8	1./ 196	8.787.222	18.613	38,2	1./ 472
SC	2.410	45	1./ 124	2.902.365	2.941	55	1./ 987
SE	9.630	33,7	1./ 237	16.059.049	18.925	66,3	1./ 848
SP	33.626	41,5	1./ 315	27.577.682	47.330	58,5	1./ 583
TO	14.647	35	1./ 231	22.345.562	27.173	65	1./ 822
TO	5.800	41,3	1./ 283	8.153.406	8.233	58,7	1./ 990
AC	7.650	37,6	1./ 180	9.025.050	12.681	62,4	1./ 712
DF	1.197	16	1./ 301	5.167.106	6.259	84	1./ 825
DF	140.435	50,1	1./ 254	133.048.083	139.935	49,9	1./ 951

ANEXO 2 - DISTRIBUIÇÃO DE CURSOS DE MEDICINA E VAGAS POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO, ANO DE F

	criação	NOME DA INSTITUIÇÃO	CIDADE	ADM.	VAGAS	%
67	REGIÃO SUDESTE				6.513	53,0
26	SÃO PAULO				2.423	19,8
01	1913	Universidade de São Paulo - USP	São Paulo	Estadual	175	
02	1933	Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina - UNIFESP	São Paulo	Federal	110	
03	1951	Pontifícia Univ. Católica de São Paulo - PUCSP	Sorocaba	Privada	100	
04	1952	Universidade de São Paulo - USP	Ribeirão Preto	Estadual	100	
05	1963	Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho - UNESP	Botucatu	Estadual	90	
06	1963	Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP	Campinas	Estadual	110	
07	1963	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP	São Paulo	Privada	100	
08	1967	Centro Universitário Lusiada - UNIMES	Santos	Privada	120	
09	1967	Universidade de Taubaté - UNITAU	Taubaté	Municipal	80	
10	1967	Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA	Marília	Estadual	80	
11	1968	Universidade de Mogi das Cruzes - UMC	Mogi das Cruzes	Privada	60	
12	1968	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP	São José do Rio Preto	Estadual	64	
13	1969	Faculdade de Medicina do ABC - FMABC	Santo André	Privada	100	
14	1969	Faculdade de Medicina de Jundiaí - FMJ	Jundiaí	Municipal	60	
15	1970	Faculdade de Medicina de Catanduva - FAMECA	Catanduva	Privada	64	
16	1970	Universidade de Santo Amaro - UNISA	Santo Amaro	Privada	80	
17	1971	Universidade São Francisco - USF	Bragança Paulista	Privada	80	
18	1976	Pontifícia Univ. Católica de Campinas - PUC-Campinas	Campinas	Privada	90	
19	1988	Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE	Presidente Prudente	Privada	120	
20	1996	Universidade de Marília - UNIMAR	Marília	Privada	100	
21	1997	Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP	Ribeirão Preto	Privada	120	
22	1998	Universidade Metropolitana de Santos - UNIMES	Santos	Privada	80	
23	1999	Centro Universitário Barão de Mauá - CBM	Ribeirão Preto	Privada	60	
24	2003	Centro Universitário Nove de Julho - UNINOVE	São Paulo	Privada	100	
25	2003	Universidade Camilo Castelo Branco - UNICASTELO	Fernandópolis	Privada	80	
26	2004	Universidade Cidade de São Paulo - UNICID	São Paulo	Privada	100	
18	RIO DE JANEIRO				2.210	18,0
27	1808	Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	Rio de Janeiro	Federal	192	
28	1912	Univ. Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO	Rio de Janeiro	Federal	100	
29	1926	Universidade Federal Fluminense - UFF	Niterói	Federal	160	
30	1936	Univ. do Estado do Rio de Janeiro - UERJ	Rio de Janeiro	Estadual	92	
31	1965	Universidade Gama Filho - UGF	Rio de Janeiro	Privada	200	
32	1967	Faculdade de Medicina de Petrópolis - FMP	Petrópolis	Privada	110	
33	1967	Faculdade Medicina de Campos - FMC	Campos de Goytacazes	Privada	80	
34	1968	Centro Universitário de Volta Redonda - UNIFOA	Volta Redonda	Privada	120	
35	1968	Centro de Ensino Superior de Valença - CESVA	Valença	Privada	80	
36	1969	Universidade Severino Sombra - IUSS	Vassouras	Privada	160	
37	1970	Faculdades Unificadas Serra dos Órgãos	Teresópolis	Privada	144	
38	1971	Escola de Medicina Souza Marques - FTESM	Rio de Janeiro	Privada	192	
39	1977	Universidade Iguacu - UNIG	Nova Iguaçu	Privada	80	
40	1997	Univ. Grande Rio Prof. José Souza Herdy - UNIGRANRIO	Duque de Caxias	Privada	120	
41	1997	Universidade Estácio de Sá - UNESA	Rio de Janeiro	Privada	120	
42	1997	Universidade Iguacu - UNIG	Itaperuna	Privada	50	
43	2003	Universidade Gama Filho (Jacarepaguá) - UGF	Rio de Janeiro	Privada	150	
44	Res. Consep 29/04, 20/Ag/2004	Universidade do Grande Rio Prof. José Souza Herdy - UNIGRANRIO	Rio de Janeiro	Privada	60	
20	MINAS GERAIS		12,9			
45	1918	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	Belo Horizonte	Federal	320	
46	1951	Fac. de Ciências Médicas de Minas Gerais - FCMMG	Belo Horizonte	Privada	80	
47	1952	Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF	Juiz de Fora	Federal	160	
48	1954	Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - FMTM	Uberaba	Federal	80	
49	1968	Fund. de Ensino Superior do vale do Sapucaí - UNIVAS	Pouso Alegre	Privada	70	
50	1968	Fundação Universidade Federal de Uberlândia - UFU	Uberlândia	Federal	80	
51	1968	Faculdade de Medicina de Itajuba - FMIT	Itajuba	Privada	60	
52	1969	Univ. Estadual de Montes Claros - UNIMONTES	Montes Claros	Estadual	40	
53	1971	Faculdade de Medicina de Barbacena - FAME	Barbacena	Privada	100	
54	1989	Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS	Alfenas	Privada	160	
55	2001	Universidade de Uberaba - UNIUBE	Uberaba	Privada	90	
56	2001	Universidade Presidente Antonio Carlos - UNIPAC	Juiz de Fora	Privada	60	
57	2002	Centro Universitário de Caratinga - UNEC	Caratinga	Privada	40	
58	2003	Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS	Belo Horizonte	Privada	60	
59	2003	Faculdade da Saúde e Ecologia Humana FASEH	Vespasiano	Privada	40	
60	2003	Universidade Vale do Rio Verde - UNINCOR	Belo Horizonte	Estadual	40	
61	2004	Fac. de Ciências Méd. e da Saúde de Juiz de Fora - FCMS	Juiz de Fora	Privada	100	
03	ESPÍRITO SANTO				300	2,4
62	1961	Universidade Federal do Espírito Santo - UFES	Vitória	Federal	80	
63	1968	Esc. Sup. de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM	Vitória	Privada	120	
64	2004	Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC	Colatina	Privada	100	
29	REGIÃO NORDESTE		2.226	19,0	2.226	19,0
06	BAHIA				560	4,6
65	1808	Universidade Federal da Bahia - UFBA	Salvador	Federal	160	
66	1952	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública-EBMSP	Salvador	Privada	200	
67	2001	Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC	Ilhéus	Estadual	40	
68	2003	Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS	Feira de Santana	Estadual	30	
69	Port. MEC 3.601, de 8/Nov/2004	Faculdade de Tecnologia e Ciências - FTC **	Salvador	Privada	100	
70	2004	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB	Vitória da Conquista	Estadual	30	
05	CEARÁ				320	2,6
71	1948	Universidade Federal do Ceará - UFC	Fortaleza	Federal	150	
72	2000	Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte - FMJ	Juazeiro do Norte	Privada	50	
73	2001	Univ. Fed. do Ceará: Medicina de Sobral - UFC	Fortaleza	Federal	40	
74	2001	Univ. Fed. do Ceará: Curso de Barbalha - UFC	Fortaleza	Federal	40	
75	2003	Universidade Estadual do Ceará - UEC	Fortaleza	Estadual	40	
04	PARAÍBA				320	2,6
76	1951	Universidade Federal da Paraíba - UFPB	João Pessoa	Federal	100	
77	1979	Universidade Federal da Paraíba - UFCG	Campina Grande	Federal	80	
78	2004	Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE	João Pessoa	Privada	60	
79	2004	Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - FCM-PB	João Pessoa	Privada	80	

CRIAÇÃO, ANO DE FUNDAÇÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA - BRASIL / 1.808 - 2004

	CRIAÇÃO	NOME DA INSTITUIÇÃO	CIDADE	ADM.	VAGAS	%
02	PERNAMBUCO				290	2.4
80	1920	Universidade Federal de Pernambuco - UFPE	Recife	Federal	140	
81	1951	Universidade de Pernambuco - UPE	Recife	Estadual	150	
04	PIAUI				280	2.3
82	1968	Universidade Federal do Piauí - UFPI	Terezina	Federal	60	
83	1998	Universidade Estadual do Piauí - UESPI	Terezina	Estadual	40	
84	2004	Fac. de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí - NOVAFAP	Terezina	Privada	100	
85	2004	Faculdade Integral Diferencial - FACID	Terezina	Privada	80	
03	MARANHÃO				170	1.4
86	1958	Fund. Univ. Fed. do Maranhão - UFMA	São Luiz	Federal	90	
87	2002	Centro Universitário do Maranhão - UNICEUMA	São Luiz	Privada	50	
88	2003	Universidade Estadual do Maranhão - UEMA	Caxias	Estadual	30	
02	ALAGOAS				130	1.0
89	1951	Universidade Federal de Alagoas - UFAL	Maceió	Federal	80	
90	1970	Escola de Ciências Médicas de Alagoas - ECMAL	Maceió	Estadual	50	
02	RIO GRANDE DO NORTE				116	0.9
91	1956	Univ. Federal do Rio Grande do Norte - UFRN	Natal	Federal	90	
92	2004	Univ. do Estado do Rio Grande do Norte - UERN	Mossoró	Estadual	26	
01	SERGIPE				80	0.7
93	1961	Univ. Fed. de Sergipe - UFS	Aracaju	Federal	80	
25	REGIÃO SUL				1.811	15
10	RIO GRANDE DO SUL				829	6.8
94	1898	Univ. Fed. do Rio Grande do Sul - UFRGS	Porto Alegre	Federal	140	
95	1954	Universidade Federal de Santa Maria - UFSM	Santa Maria	Federal	100	
96	1959	Fundação Universidade Federal de Pelotas - UFPEL	Pelotas	Federal	90	
97	1961	Fund. Fac. Fed. de Ciências Méd. de Porto Alegre - FFFCMPA	Porto Alegre	Federal	89	
98	1963	Universidade Católica de Pelotas - UCPEL	Pelotas	Privada	80	
99	1966	Fundação Univ. Federal do Rio Grande - FURG	Rio Grande	Federal	66	
100	1968	Universidade de Caxias do Sul - UCS	Caxias do Sul	Privada	60	
101	1970	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS	Porto Alegre	Privada	74	
102	1970	Universidade de Passo Fundo - UPF	Passo Fundo	Privada	50	
103	1996	Universidade Luterana do Brasil - ULBRA	Canoas	Privada	80	
08	SANTA CATARINA				356	2.9
104	1963	Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC	Florianópolis	Federal	100	
105	1990	Universidade Regional de Blumenau - FURB	Blumenau	Municipal	48	
106	1998	Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI	Itajaí	Privada	33	
107	1999	Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE	Joinville	Privada	40	
108	1999	Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL	Tubarão	Privada	40	
109	2000	Univ. do Extremo Sul Catarinense - UNESC	Criciúma	Municipal	30	
110	2004	Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC	Joaçaba	Privada	25	
111	2004	Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC	Lages	Privada	40	
07	PARANÁ				626	5.1
112	1912	Universidade Federal do Paraná - UFPR	Curitiba	Federal	176	
113	1957	Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR	Curitiba	Privada	180	
114	1967	Universidade Estadual de Londrina - UEL	Londrina	Estadual	80	
115	1968	Fac. Evangélica do Paraná - FEPAR	Curitiba	Privada	60	
116	1988	Universidade Estadual de Maringá - UEM	Maringá	Estadual	40	
117	1996	Univ. Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE	Cascavel	Estadual	40	
118	2002	Centro Universitário Positivo - UNICENP	Curitiba	Privada	50	
12	REGIÃO NORTE				972	8.0
03	AMAZONAS				332	2.7
119	1966	Universidade Federal do Amazonas - UFAM	Manaus	Federal	112	
120	2001	Universidade do Estado do Amazonas - UEA	Manaus	Estadual	120	
121	2002	Centro Universitário Nilton Lins - UNINILTONLINS	Manaus	Privada	100	
02	PARÁ				250	2.0
122	1919	Universidade Federal do Pará - UFPA	Belém	Federal	150	
123	1971	Universidade do Estado do Pará - UEPA	Belém	Estadual	100	
03	TOCANTINS				210	1.7
124	1999	Faculdade de Medicina de Araguaína - ITPAC	Araguaína	Privada	80	
125	2002	Fac. de Filos. e Ciênc. Humanas de Gurupi - FAFICH	Gurupi	Municipal	50	
126	Lei Est. 2.104, 25/05/2004	Faculdades Integradas de Ensino Superior de Porto Nacional *	Porto Nacional	Estadual	80	
02	RONDÔNIA				120	0.9
127	2002	Universidade Federal de Rondônia - UNIR	Porto Velho	Federal	40	
128	Port. MEC 2.061, 09/07/2004 09/07/2004	Faculdades Integradas Maria Coelho Aguiar - FIMCA *	Porto Velho	Privada	80	
01	ACRE				40	0.3
129	2002	Universidade Federal do Acre - UFAC	Rio Branco	Federal	40	
01	RORAIMA				20	0.2
130	1994	Universidade Federal de Roraima - UFRR	Boa Vista	Federal	20	
10	REGIÃO CENTRO-OESTE				662	5.0
04	DISTRITO FEDERAL				262	2.1
131	1962	Universidade de Brasília - UnB	Brasília	Federal	62	
132	2001	Pontifícia Universidade Católica de Brasília - UCB	Brasília	Privada	80	
133	2001	Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS	Brasília	Estadual	80	
134	2002	Fac. de Med. do Planalto Central - FAMEPLAC	Brasília	Privada	40	
03	MATO GROSSO DO SUL				180	1.5
135	1968	Univ. Fed. Mato Grosso do Sul - UFMS	Campo Grande	Federal	50	
136	2000	Univ. Fed. Mato Grosso do Sul - UFMS	Dourados	Federal	50	
137	2000	Univ. para o Desenv. do Estado e da Região do Pantanal - UNIDERP	Campo Grande	Privada	80	
02	MATO GROSSO				140	1.1
138	1978	Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT	Cuiabá	Federal	40	
139	1997	Universidade de Cuiabá - UNIC	Cuiabá	Privada	100	
01	GOIÁS				80	0.7
140	1960	Universidade Federal de Goiás - UFG	Goiania	Federal	80	
					12.224	100

Fonte: DAES/INEP/MEC-ENC

OBS: * Cursos criados que ainda não iniciaram seu funcionamento.

Cf. atualização dos dados na pág. 4: total de cursos em 12.07.2005 = 146

ANEXO 3 – DESEMPENHO DAS INSTITUIÇÕES NO EXAME NACIONAL DE CURSOS E NA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES

Nº	INSTITUIÇÃO	CATEG. ADM.	CONCEITO OBTIDO NO EXAME NACIONAL DE CURSO				
			1999	2000	2001	2002	2003
NORTE							
AMAZONAS							
01	Univ. do Amazonas – Manaus	Federal	E	E	E	E	C
PARÁ							
02	Univ. Fed. do Pará – Belém	Federal	D	D	C	E	D
03	Univ. do Estado do Pará – Belém	Estadual	D	E	D	E	E
RORAIMA							
04	Univ. Fed. de Roraima – Boa Vista	Federal	C	D	D	E	C
NORDESTE							
ALAGOAS							
05	Univ. Fed. de Alagoas – Maceió	Federal	C	D	E	E	D
06	Esc. de Ciências Médicas de Alagoas – Maceió	Estadual	D	E	E	E	C
BAHIA							
07	Univ. Fed. da Bahia – Salvador	Federal	B	C	B	C	B
08	Esc. Bahiana de Méd. e Saúde Pública – Salvador	Particular	E	D	D	C	C
CEARÁ							
09	Univ. Fed. do Ceará – Fortaleza	Federal	B	C	E	C	C
MARANHÃO							
10	Fund. Univ. Fed. do Maranhão – São Luiz	Federal	D	D	C	D	C
PARAÍBA							
11	Univ. Fed. da Paraíba (Campus – João Pessoa)	Federal	C	C	C	E	E
12	Univ. Fed. da Paraíba (Campus – Campina Grande)	Federal	C	C	D	E	D
PERNAMBUCO							
13	Univ. Fed. de Pernambuco – Recife	Federal	B	B	E	C	C
14	Univ. Estadual de Pernambuco – Recife	Estadual	C	C	E	E	E
PIAUI							
15	Univ. Fed. do Piauí – Teresina	Federal	A	C	C	C	B
RIO GRANDE DO NORTE							
16	Univ. Fed. do Rio Grande do Norte – Natal	Federal	B	C	C	C	C
SERGIPE							
17	Univ. Fed. de Sergipe – Aracaju	Federal	C	D	C	D	E
CENTRO-OESTE							
DISTRITO FEDERAL							
18	Univ. de Brasília – DF	Federal	A	A	B	C	C
GOIÁS							
19	Univ. Federal de Goiás – Goiânia	Federal	B	C	C	C	B
MATO GROSSO							
20	Univ. Fed. de Mato Grosso – Cuiabá	Federal	C	C	C	C	B
MATO GROSSO DO SUL							
21	Univ. Fed. Mato Grosso do Sul – Campo Grande	Federal	C	A	B	C	C
SUDESTE							
ESPÍRITO SANTO							
22	Univ. Fed. do Espírito Santo – Vitória	Federal	B	A	B	A	B
23	Esc. Sup de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória	Particular	C	D	B	C	C
MINAS GERAIS							
24	Univ. Fed. de Minas Gerais – Belo Horizonte	Federal	A	B	B	C	B
25	Fac. de Medicina do Triângulo Mineiro – Uberaba	Federal	B	B	C	B	B
26	Univ. Fed. de Juiz de Fora	Federal	C	D	B	B	C
27	Univ. Fed. de Uberlândia	Federal	D	B	B	C	B
28	Univ. Estadual de Montes Claros	Estadual	E	B	C	B	B
29	Fac. de Ciências Médicas de MG – Belo Horizonte	Particular	B	C	C	E	B
30	Fac. de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho – Pouso Alegre	Particular	D	C	B	D	C
31	Fac. de Medicina de Itajuba	Particular	B	D	C	D	C
32	Univ. de Alfenas	Particular	C	C	C	C	D
33	Fac. de Medicina de Barbacena	Particular	C	D	D	D	C
SÃO PAULO							
34	Univ. de São Paulo (Campus SP)	Estadual	B	A	A	A	A
35	Univ. Estadual de Campinas	Estadual	A	A	A	A	B
36	Univ. Fed. de São Paulo – EPM	Federal	A	B	A	A	A

DAS CONDIÇÕES DE OFERTA, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA E ANO – BRASIL 1999 / 2002

Nº	INSTITUIÇÃO	CATEG. ADM.	CONCEITO OBTIDO NO EXAME NACIONAL DE CURSO				
			1999	2000	2001	2002	2003
SÃO PAULO							
37	Univ. de São Paulo (Campus Ribeirão Preto)	Estadual	B	A	A	A	A
38	Fac. de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo	Particular	C	A	A	B	B
39	Fac. de Medicina de Marília	Estadual	A	B	C	B	A
40	Univ. Est. Paulista Julio de Mesquita Filho	Estadual	B	C	B	B	B
41	Fac. de Medicina de Jundiaí	Municipal	B	B	C	A	C
42	Fac. de Medicina do ABC / Santo André	Particular	D	B	C	A	B
43	Fac. de Medicina de São José do Rio Preto	Estadual	C	C	B	B	B
44	Centro Univ. Lusiada – Santos	Particular	D	C	B	C	C
45	Univ. de Mogi das Cruzes	Particular	D	C	C	C	C
46	Pontifícia Univ. Católica de São Paulo (Sorocaba)	Particular	C	C	C	C	C
47	Univ. São Francisco – Bragança	Particular	C	C	C	C	C
48	Pontifícia Univ. Católica de Campinas	Particular	C	C	C	C	B
49	Univ. de Santo Amaro	Particular	D	C	C	C	C
50	Fac. de Medicina de Catanduva	Particular	C	C	D	C	C
51	Univ. de Taubaté	Municipal	C	D	C	C	C
52	Univ. de Marília	Particular	—	—	D	C	C
53	Univ. do Oeste Paulista – Pres. Prudente	Particular	E	D	E	D	E
54	Univ. de Ribeirão Preto	Particular	—	—	—	C	D
RIO DE JANEIRO							
55	Univ. de Federal do Rio de Janeiro	Federal	A	A	A	A	A
56	Univ. do Estado do Rio de Janeiro	Estadual	A	A	E	A	A
57	Univ. Federal Fluminense – Niterói	Federal	C	B	A	A	A
58	Univ. do Rio de Janeiro	Federal	B	B	C	C	C
59	Fac. Medicina de Campos Campos de Goytacazes	Particular	E	B	C	C	C
60	Fac. de Medicina de Petrópolis	Particular	C	C	C	C	C
61	Centro Univ. de Volta Redonda	Particular	C	C	C	D	D
62	Centro de Ensino Superior de Valença	Particular	D	E	C	C	A
63	Univ. Severino Sombra – Vassouras	Particular	D	C	C	E	C
64	Fac. Unificadas da Serra dos Órgãos – Teresópolis	Particular	D	D	D	C	C
65	Esc. de Medicina Souza Marques – Rio de Janeiro	Particular	D	C	C	D	C
66	Univ. Gama Filho – Rio de Janeiro	Particular	D	C	E	C	D
67	Univ. Iguaçú - Nova Iguaçú	Particular	E	E	E	E	E
68	Univ. Estácio de Sá	Particular	—	—	—	—	C
69	Univ. Iguaçú – Itaperuna	Privada	—	—	—	—	D
70	Univ. do Grande Rio Prof. José Souza Herdy – RJ	Particular	—	—	—	—	C
SUL							
PARANÁ							
71	Univ. Estadual de Maringá	Estadual	B	A	A	B	C
72	Univ. Estadual de Londrina	Estadual	A	B	B	B	—
73	Univ. Federal do Paraná – Curitiba	Federal	C	B	D	B	C
74	Pontifícia Univ. Católica do Paraná – Curitiba	Particular	C	C	C	C	D
75	Fac. Evangélica do Paraná – Curitiba	Particular	C	C	C	C	C
76	Univ. Estadual do Oeste do Paraná – Cascavel	Estadual	—	—	—	B	C
SANTA CATARINA							
77	Univ. Regional de Blumenau	Municipal	D	B	A	A	C
78	Univ. Federal de Santa Catarina	Federal	C	A	E	B	C
RIO GRANDE DO SUL							
79	Univ. Federal do RS – Porto Alegre	Federal	B	D	A	A	C
80	Univ. de Paço Fundo	Particular	C	D	B	B	C
81	Pontifícia Univ. Católica do RS – Porto Alegre	Particular	C	E	B	A	C
82	Univ. Federal de Santa Maria	Federal	C	B	C	C	B
83	Univ. de Caxias do Sul	Particular	C	C	B	C	C
84	Fund. Fac. Fed. de Ciências Médicas de Porto Alegre	Federal	C	C	A	B	B
85	Fund. Univ. Federal de Pelotas	Federal	C	C	C	C	C
86	Fund. Univ. Fed. do Rio Grande – Rio Grande	Federal	C	C	C	C	D
87	Univ. Católica de Pelotas	Particular	E	C	C	C	C
88	Univ. Luterana do Brasil – Canoas	Particular	—	—	B	C	D

Fonte: DAES/INEP/MEC-ENC

ANEXO 4**ESTUDO PARA IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES DE PROFISSIONAIS E ESPECIALISTAS NA ÁREA DA SAÚDE – 1ª FASE: PROFISSÃO MÉDICA.**

Este estudo, coordenado por Ricardo Burg Ceccim e Laura Feuerwerker, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/MS) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGES/MS), foi encomendado pelo Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de receber elementos para a formulação de critérios para a avaliação da necessidade social da abertura de cursos e para a proposição de mecanismos regulatórios em relação à formação de especialistas. Isto porque a incorporação no mercado de trabalho se dá pela especialização.

O estudo, apresentado às entidades representativas das profissões da área de saúde recentemente, envolveu cinco universidades públicas -as federais de Minas Gerais, Bahia, Rio Grande do Sul, Pelotas e a estadual de São Paulo- e teve vários enfoques:

1. Estudo síntese sobre políticas, sistema e mecanismos de regulação da força de trabalho em saúde: a experiência internacional.
2. Situação de Saúde da população brasileira: perfil sócio-demográfico, epidemiológico, fontes de financiamento e demanda acolhida por regiões e municípios.
3. Distribuição espacial dos vínculos empregatícios médicos no país por estado e especialidade: coeficiente de vínculo médico / 100.000 habitantes.
4. Levantamento da capacidade instalada.
5. Levantamento dos programas de residência médica.

Abaixo, apresenta-se a síntese de seus resultados:

1. ESTUDO SÍNTESE SOBRE POLÍTICAS, SISTEMA E MECANISMOS DE REGULAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

Pesquisa desenvolvida na Universidade Federal da Bahia: Monique Esperidião, Jairnilson Silva Paim, Solange Veloso Viana

Introdução:

No Brasil, o preceito constitucional que estabelece como uma das competências do SUS - *ordenar a formação de recursos humanos em saúde* está a exigir um grande esforço das instâncias gestoras e conselhos de saúde no sentido de formular políticas e estabelecer estratégias;

Justificativa:

Pertinência de identificar sistemas e mecanismos de regulação que orientem a abertura de vagas de graduação e de especialização em diferentes países ocidentais como subsídio para inspirar, com as devidas mediações e adaptações, a construção do sistema de regulação brasileiro

Objetivo e tipo de estudo:

Sintetizar experiências de alguns países acerca da regulação da força de trabalho em saúde, com ênfase na formação médica e na abertura de cursos de graduação e de especialização em medicina.

Estudo de síntese: revisão sistemática da literatura técnico-científica, a partir de bases de dados específicas e de documentos governamentais sobre o tema

Questionamentos:

Quais os critérios que têm sido utilizados para a regulação da abertura de novos cursos de graduação e especialização na formação de recursos humanos em saúde?

Como realizar estimativas sobre a oferta de médicos que permitam a definição de critérios para a regulação da formação? Quais as estratégias metodológicas e indicadores a utilizar?

Quais documentos definem marcos regulatórios referentes às políticas de formação médica nos Estados Unidos, Canadá e Reino Unido?

Metodologia: localização e seleção dos estudos e documentos:

Artigos publicados em periódicos indexados nas bases de dados MEDLINE e WEB OF SCIENCE e nos sítios da OMS e OPS, no período compreendido entre 1970 e 2004.

Documentos localizados nos sítios dos Departamentos e Ministérios de Saúde dos EUA, Canadá e Reino Unido.

Propostas para estimativa de necessidade de RHS:

Para conceituar os desequilíbrios na FTS, a OPS/OMS (2002), destaca como importantes:

o estudo das principais características do sistemas de saúde (principalmente do ponto de vista econômico)

a identificação dos principais atores institucionais no mercado de trabalho em saúde;

a análise das características do mercado de trabalho em saúde (crescimento de emprego, questões de gênero;

Tempo necessário para a formação médica:

- papel das associações profissionais;
- potencial poder dos hospitais;
- impacto de agências em países em desenvolvimento

Tipologia desenvolvida pela OPS/OMS (2002) para identificar os desequilíbrios da FTS, considerando as diferentes categorias profissionais:

por espaço geográfico (áreas urbanas e rurais; regiões ricas e pobres)

por instituições e serviços (distribuição da FT em uma dada instituição);

por natureza da instituição (alocação de RH entre instituições de natureza pública ou privada)

por gênero (desequilíbrios na representação da FT entre os sexos)

“Manual de análisis de la dotación de personal em establecimiento de salud”- OPS – 2003

Metodologia para identificar a oferta de profissionais quanto à identidade, tipo e distribuição de pessoal em organizações públicas de saúde. Propõe três perspectivas:

procurar dar conta da cobertura de profissionais para as necessidades de saúde de uma determinada população; determinação do “dever ser”, ou seja, a fixação de padrões com os quais se pode comparar a disponibilidade atual de RH;

identificar a oferta de acordo com o processo de trabalho.

Experiência em outros países:**EUA**

Os textos mencionem o número excessivo de médicos, particularmente de especialistas, desde a década de 1980, porém, sem alusão à implantação de alguma política de ordenação dos RHS; Nesse país, os textos publicados no início dos anos 2000 trazem para a agenda a possibilidade do *Managed Care* produzir impactos no número e na distribuição de médicos no país (previsão de um excedente de 145.000 médicos para o ano 2000)

Canadá

No Canadá, as províncias realizaram, desde a década de 80, mudanças nas políticas para força de trabalho do médico: limitaram vagas nas escolas, ajustaram a composição das especialidades em atenção às necessidades, estabeleceram incentivos para a prática e restringiram a migração;

As experiências de Québec e Ontário são as mais exitosas, mediante criação de Conselhos Consultivos responsáveis pela regulação de todas as profissões de saúde, incluindo o escopo da prática e o registro de várias ocupações em saúde;

Recentemente, tem sido desencadeado um movimento no sentido de incentivar a formação e a prática médica nas diferentes províncias, além de questionar as barreiras protecionistas entre elas estabelecidas desde os anos 80;

Foi criada uma força tarefa para desenvolver a Organização Nacional do Planejamento da FTS, com recursos que possam mantê-la em caráter permanente e representada pelos níveis federal, provincial e territorial, além de organizações profissionais, educacionais e civis;

A província de Quebec, desde 1987, vem utilizando um modelo de estimativa de necessidades em serviços médicos, baseado na “norma” ou razão desejada de médicos por necessidade (OPAS,2002);

O modelo estabelece uma série de regras para identificar as necessidades em cada categoria de médicos e permite uma projeção no tempo e nos dados demográficos (idade/sexo) da população global e da população médica.

Reino Unido

No Reino Unido, o número de vagas para o primeiro ano de medicina é fixado pelo governo. A pós-graduação e a educação continuada ficam a cargo do *Postgraduate Medical Education and Training Board* que fazem os registros de médicos generalistas e especialistas. Mais recentemente, os Conselhos Profissionais de Regulação de diversas profissões de saúde foram substituídos pelo *Council for the Regulation of Health Care Professionals*.

Síntese - Experiência em outros países

O Reino Unido e o Canadá revelam uma experiência de planejamento integrado da FTS. Além do caráter sistemático e permanente, o planejamento único dos diversos profissionais de saúde e entre os diversos níveis de assistência, é outro aspecto relevante do planejamento dos RHS nestes países;

A “regulação” nos países estudados (Estados Unidos, Canadá e Reino Unido) tem acionado a auto-regulação por pares, mesmo sendo tais organismos e instituições constituídos e autorizados pelo governo federal, estadual ou provincial como no caso do Canadá;

A crítica feita às experiências dos EUA quando comparadas às do Canadá apontam que, enquanto os gestores estadunidenses esperam por uma “informação perfeita” para tomar uma decisão, os gestores canadenses tomam decisões mais prontamente, às vezes, mediante “informações imperfeitas”, fazendo ajustes ao longo do processo.

Resultados:

- O desequilíbrio entre demanda e suprimento de RHS não é um problema vivido exclusivamente pelo sistema de saúde brasileiro. Constitui-se em importante desafio a ser enfrentado por diversos países;
- São escassos os artigos sobre políticas de formação de RHS que tratam, especificamente, da definição de critérios para a abertura de novos cursos.
- A reorganização da FTS pela via da regulação não tem sido uma trajetória comum entre os países pesquisados, apesar do amplo reconhecimento dos graves problemas derivados da ausência de ordenamento;
- Nenhuma medida empírica por si só, é capaz de dar conta da caracterização do desequilíbrio da FTS;
- A literatura enfatiza as vantagens de uma abordagem integrada, contemplando métodos quantitativos e métodos não estruturados, para os estudos sobre regulação das profissões de saúde, relações de trabalho, satisfação e motivação profissional;
- As publicações também revelaram a falta de padrão-ouro para a distribuição de RHS entre especialidades médicas e entre regiões geográficas que levem em consideração critérios epidemiológicos e equitativos;
- Os documentos acessados (em sua maioria, leis, decretos e relatórios) não informam se as políticas propostas foram implementadas e quais os resultados alcançados pelas mesmas.
- Referem-se à regulação profissional (normas, leis, associações formais) para controle da prática médica e garantia da qualidade das escolas, hospitais, alunos/profissionais;
- Forte investimento dos países pesquisados na sofisticação de metodologias para as projeções da oferta de médicos;
- Perspectiva do planejamento baseado em evidências.

Discussão: problemas/desafios relativos aos RHS:

- Falta de um “padrão-ouro” para distribuição de RHS entre especialidades médicas e entre regiões geográficas que levem em consideração critérios epidemiológicos e de equidade;
- Definição teórica dos desequilíbrios da FTS e a identificação da sua natureza (estático ou dinâmico);
- Ausência de análise do mercado de serviços em saúde (demanda e oferta da FTS, questões de gênero etc);
- Ausência de abordagens para projeção da demanda e da oferta da FTS (tipologia, medidas, indicadores)

Discussão: fatores que têm alterado a dinâmica de demanda e oferta

- Adensamento tecnológico;
- Repercussão de novas tecnologias no mercado de saúde;
- Distribuição espacial das instituições de ensino;
- Política de empregos;
- Influência do seguro-saúde;
- Variações demográficas;
- Movimentos migratórios de profissionais de saúde;
- Participação crescente da mulher na FTS;

Propostas políticas de promoção do equilíbrio na oferta

- Redução do número de médicos que estão se incorporando à prática ativa;
- Aumento do número de aposentadorias;
- Regionalização das projeções em lugar de aplicar dados nacionais;
- Integração entre escolas médicas, governo federal e estadual no desenvolvimento de políticas. Análise do tamanho e da estrutura da força de trabalho, avaliados em termos de horas de trabalho, contrato de serviço, descrição do trabalho.

- Restrição de médicos imigrantes;
- Desenvolvimento de programas de graduação regionais;
- Redução de vagas em escolas médicas;
- Dar respostas aos problemas de distribuição e de redução do poder médico em saúde;
- Política baseada em incentivos;
- Limitação do número de especialidades mais concorridas;
- Modificação de currículos, privilegiando a medicina da família, a medicina geral interna e a pediatria;
- Redução de reembolso para especialistas e aumento de reembolsos para generalistas;
- Adoção de modelos alternativos de serviços que expressem a política pensada nacionalmente;

Considerações finais

Não há um número ideal de médicos ou de enfermeiros para um país ou região;

O indicador a ser adotado como referência para uma política de regulação de RHS, tende a ser uma norma socialmente construída;

As sugestões apresentadas em muitos dos artigos e/ou documentos governamentais, poderão ser úteis para inspirar, com as devidas mediações e adaptações, a formulação de políticas de regulação de RHS pelo MS como:

- 1) Promover uma linha de pesquisa com abordagem integrada, acionando métodos quantitativos e qualitativos, cujos resultados contribuam na construção de consensos, ainda que provisórios;
- 2) Suspender a abertura de novas escolas e, na medida em que novas evidências sejam produzidas pelas pesquisas, reduzir o número de vagas das escolas existentes recorrendo a percentuais variáveis em função da distribuição de médicos por regiões e estados;
- 3) Não ignorar a possibilidade de migração interna de profissionais na hipótese de autorização da criação de faculdades de medicina em regiões ou estados com uma menor proporção de médicos por habitantes, permitindo a sua instalação em áreas carentes desses profissionais;
- 4) Transferir (como uma das estratégias), bolsas de especialidades em desequilíbrio para outras mais necessárias, ou favorecer certas especialidades via estímulos financeiros e acadêmicos já que o SUS dispõe de certa governabilidade pois financia parte substantiva das bolsas de residentes;
- 5) Iniciar a adoção de um conjunto de medidas regulatórias, tal como o Canadá, com “informações imperfeitas” acompanhando a sua implantação, ao tempo em que são produzidas novas evidências mediante pesquisas qualitativas e quantitativas que permitam uma sintonia fina e os ajustes necessários;
- 6) Desenvolver *Estudos Prospectivos sobre Regulação da Força de Trabalho em Saúde* (baseado em conferências de consenso, grupos focais, técnica delphi, etc.), procurando identificar concepções e posições dos atores envolvidos no processo político-institucional, tendências e demandas no âmbito da regulação da formação médica, bem como as perspectivas das ações implementadas, de modo a permitir mudanças de rumo oportunas por parte dos condutores da política de RHS.

2. SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO, EPIDEMIOLÓGICO, FONTES DE FINANCIAMENTO E DEMANDA ACOLHIDA POR REGIÕES E MUNICÍPIOS

Pesquisa desenvolvida na Universidade Federal de Pelotas (RS): Luiz Augusto Facchini, Roberto Xavier Piccini, Elaine Tomasi

Objetivos:

- Elaborar perfis sociodemográfico e epidemiológico da população
- Levantar a capacidade instalada de serviços de saúde

Também são descritas algumas tendências e contrastes dos achados destes estudos com a disponibilidade de médicos.

Dois sub-estudos:

Estudo 1: amostra de 353 municípios brasileiros
 Perfil sociodemográfico e epidemiológico
 Capacidade instalada

Estudo 2: todos os 253 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes
 Capacidade instalada

Fontes dos dados:

- DATASUS
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
- Cadernos de Informações em Saúde
- Pacto da Atenção Básica
- Indicadores e Dados Básicos (IDB)
- IBGE
- Atlas IDH
- Banco de dados do Grupo de Pesquisa da UFRGS sobre Recursos Humanos

Resultados:

- A globalização tem afetado os mais diversos âmbitos da vida nacional;
- As mudanças nas características epidemiológicas, demográficas e ocupacionais do país continuam marcadas por fortes contrastes regionais e municipais;
- Envelhecimento da população = novas demandas para o acolhimento e cuidados de suas necessidades de saúde;
- Urbanização acelerada = carência de infraestrutura dos serviços de saúde;
- As profundas desigualdades sociais perpassam regiões, estados e municípios do país;
- A redução da mortalidade materno-infantil continua prioritária, mas as doenças crônico-degenerativas e as causas externas crescem continuamente;
- Os recursos disponíveis são escassos para as necessidades atuais.

Perfil sócio-demográfico:

- O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a renda per capita, a esperança de vida ao nascer e a rede de esgoto revelam um país com marcantes contrastes regionais e municipais;
- Norte e Nordeste destacam-se como mais pobres e menos desenvolvidos, enquanto Sul e Sudeste aparecem como mais ricos e mais desenvolvidas. O Centro Oeste ocupa posição intermediária;
- Os indicadores melhoram linearmente com o aumento do tamanho da população do município, em todas as regiões do país;
- Rede de Esgoto é uma das grandes carências do país;
- Pior situação: região Norte e municípios menos populosos, mesmo na região Sul;

Gestantes e pré-natal

- As piores coberturas de pré-natal e as maiores proporções de gestantes adolescentes ocorrem nas regiões
- Norte e Nordeste, principalmente em municípios menos populosos.
- A gestação em adolescentes também é problemática na região Centro Oeste, diminuindo discretamente

nos municípios das regiões Sul e Sudeste.

Crianças e mortalidade infantil:

- A proporção de crianças menores de 5 anos é maior nas regiões Norte e Nordeste, diminuindo sensivelmente no Sul e Sudeste;
- O CMI neonatal precoce é um problema grave em todas as regiões do país, mas a situação é pior no Norte e Nordeste, mesmo em municípios grandes e médios;
- O CMI pós-neonatal é particularmente grave no Nordeste, em especial em municípios com menos de 50 mil habitantes;
- A redução da mortalidade infantil ainda é prioritária no país, especialmente nas regiões Norte e Nordeste;

Financiamento e cobertura de PSF:

- As transferências federais per capita são maiores para as regiões Norte e Nordeste, do que para as demais, indicando uma prática de equidade;
- As menores aplicações de recursos municipais em saúde foram observadas nas regiões Norte e Sul;
- As maiores coberturas do PSF ocorrem em municípios menos populosos do Norte e Nordeste, cujos indicadores sócio-sanitários são piores.

Transição Epidemiológica:

- Nas regiões Sul e Sudeste, as internações por causas circulatórias e neoplasias são proporcionalmente maiores do que nas demais regiões;
- Nas regiões Norte e Nordeste as internações associadas à DIP são mais frequentes do que nas demais regiões;
- As internações por causas externas são proporcionalmente maiores em municípios de médio porte do Centro Oeste, mas apresentam grande relevância em todas as regiões, principalmente nos grandes municípios.

Destaques e possibilidades:

- Priorizar problemas tradicionais (morbi-mortalidade materno-infantil) e problemas emergentes (cardiovasculares, neoplasias e causas externas);
- Aumentar a capacidade instalada em saúde, principalmente em municípios de 100 a 300 mil habitantes, que são pólos regionais;
- Promover a formação e capacitação de profissionais de saúde, especialmente médicos, e incentivar sua presença nas regiões com maiores carências, como a Norte e a Nordeste;
- Gradiente de saúde do norte para o sul e do pequeno para o grande. A materialização geopolítica da transição epidemiológica associada ao comportamento dos determinantes sócio-demográficos e econômicos;
- A perspectiva de Projetos Cuidadores microrregionais (Aparelhos Formadores e Serviços) como uma possível solução.

3. DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS MÉDICOS NO PAÍS POR ESTADO E ESPECIALIDADE: COEFICIENTE DE VÍNCULO MÉDICO/100.000 HABITANTES

Pesquisa desenvolvida na Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Maria Ceci Misoczky, Ronaldo Bordin, Roger dos Santos Rosa e Paul Douglas Fisher.

Objetivos:

- Descrever os quantitativos de vínculos empregatícios por unidade federada;
- Criar coeficientes por especialidade e por cem mil habitantes;
- Distribuir o quantitativo de vínculos profissionais médicos para pediatras, gineco-obstetras e geriatras por extratos populacionais específicos e estimativas de demanda assistencial;

Fontes

- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, para o mês de junho de 2004
- Estimativas populacionais da FIBGE para o ano de 2004
- Unidade de análise: 558 microrregiões

Síntese

- Foram identificados 324.430 vínculos empregatícios.
- Existe um gradiente crescente de concentração de vínculos do Norte ao Sul do país, das áreas de pequeno para grande porte populacional, do interior para o litoral do país.
- Existem quantitativos de microrregiões, notadamente nas regiões Norte e Nordeste, ainda sem assistência médica em especialidades selecionadas;
- Quanto maior o grau de especialização do profissional médico, menor a probabilidade da existência desta subespecialidade fora dos grandes centros urbanos (capitais e demais municípios de grande porte);
- As especialidades de clínica geral, gineco-obstetrícia e pediatria apresentam, frente às demais, um gradiente de dispersão superior pelo território nacional.
- Tendo em vista a transição epidemiológica e demográfica em curso, bem como a bipolaridade do perfil de morbimortalidade existente, fica claro que determinadas especialidades, estratégicas para a nova realidade que se apresenta ao SUS, devem sofrer ações para incremento de quantitativo e distribuição geográfica.

4. Estudo para identificação de necessidade de profissionais e especialistas na área de saúde: capacidade instalada.

Pesquisa desenvolvida na Universidade Federal de Minas Gerais: Soraya Belisário, Daisy Abreu, Mariângela Cherchiglia, Raphael Aguiar e Raphael Aguiar

Objetivos

- Subsidiar o debate presente na sociedade acerca da pertinência da abertura de novos cursos de medicina;
- Fazer um levantamento dos cursos de medicina registrados no *site* do INEP;
- Situar os cursos de medicina em relação à sua localização: estados / municípios / capital / interior;
- Caracterizar as instituições que oferecem cursos de medicina quanto à sua natureza jurídica, início do funcionamento do curso e número de vagas ofertadas.

Considerações:

- Número de municípios com escolas médicas: 88
- Único estado sem escola médica: Amapá
- Localização: 47,4% - Capital 52,6% - Interior
- Acentuada concentração nas Regiões Sudeste e Sul
- Menor município com escola médica: Joaçaba/SC (24.066 hab.)

Características:

- Educação à Distância: 16,1% Sim 83,2% Não
- Turno diurno: 92,7
- Carga horária: 69,3% (95 escolas) entre 6000 e 9000/horas
- Leve predominância de cursos de Medicina em instituições privadas
- Crescimento do número de cursos de Medicina a partir de 1995 - particularmente em instituições privadas
- Número de vagas equivalente em cursos de medicina em instituições públicas e privadas – 4 vagas a mais em instituições privadas;
- Menor presença de cursos de Medicina em instituições privadas nas regiões Norte e Nordeste;
- Cerca de 80,3% dos cursos estão em instituições de pequeno e médio porte (nº de vagas entre 20 e 100);
- Há variabilidade entre as regiões e estados quanto ao número de vagas por habitante nos cursos de Medicina
- Apenas o Nordeste apresenta um menor número de vagas por habitante em relação às demais regiões.

3. ESTUDO PARA IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADE DE PROFISSIONAIS E ESPECIALISTAS NA ÁREA DE SAÚDE: RESIDÊNCIA MÉDICA.

Pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: Paulo Eduardo Mangeon Elias, Maria do Patrocínio Tenório Nunes, Joaquim Edson Vieira e Luiz Fernando Ferraz da Silva

Objetivos:

- Mapear os programas de residência médica por estado e município;
- Levantar o número e o fluxo de vagas existentes e seu potencial de expansão.
- Foram somente consideradas as vagas oferecidas, uma vez que não há sistema de informação consistente sobre vagas ocupadas.
- Nas 362 instituições que mantêm Programas de Residência Médica, 69% são públicas e 31% são privadas;
- O total de vagas credenciadas em Residência Médica no Brasil é de 21.306; 15.546 (73%) das vagas estão sendo oferecidas em instituições públicas e 5.760 (27%) na privadas. No entanto, parte das instituições privadas e filantrópicas têm bolsas de residência médica financiadas com recursos públicos;
- No ensino médico público fica com 58% das vagas de graduação e 73% das vagas de R1; 70% das vagas credenciadas de Residência Médica estão localizadas em municípios com mais de 1 milhão de habitantes, concentrados nas regiões Sudeste. Distribuição: Sudeste= 63%; Sul= 16%; NE= 12%; Centro-Oeste= 7%, Norte= 2%;
- Rondônia e Tocantins não oferecem vagas em residência médica;
- Onze municípios têm curso de medicina em funcionamento e não têm Programas de Residência Médica.
- Áreas de concentração: básica= 46%; com pré-requisito= 31%; acesso direto= 23%;
- Estima-se que cerca de 40% dos formandos em medicina não terão acesso aos Programas de Residência Médica;
- A expansão privada do ensino médico não tem mostrado interesse em investir em residência médica;
- Necessariamente deve haver uma política de expansão de vagas em residência médica. Existe capacidade instalada para esta expansão nas áreas básicas.

ANEXO 5**RECOMENDAÇÕES DO 10º ENEM**

O tema Escolas Médicas recebeu a atenção da plenária do 10º Enem, realizado em Brasília, no final de maio de 2003. Representantes da Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Confederação Médica Brasileira (CMB), Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e Associação dos Médicos Residentes (ANMR) aprovaram as seguintes propostas e moções, anteriormente debatidas nos “Pré-Enem” regionais:

ABERTURA DE ESCOLAS E EXPANSÃO DE VAGAS

1. Definir estratégias de mobilização da classe médica nacional pela aprovação na Câmara dos Deputados do Projeto de Lei Nº 6.240, de 2002. O Art. 5º deste projeto de lei propõe alterar o Art. 53 da Lei Nº 9.384, de 20 de dezembro de 1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, estabelecendo que a criação de vagas nos cursos da área de saúde, em qualquer caso, deverão ser submetidas, em caráter terminativo, à manifestação do Conselho Nacional de Saúde, que, por sua vez, tem se manifestado em relação à necessidade social de abertura de novos cursos de medicina;
2. Defender a alteração do parágrafo único do Artigo 52 da LDB, acrescentando: atendendo necessidade social, condições de infra-estrutura física e recursos financeiros para sua manutenção. É mister que novos cursos, principalmente os da área médica, estejam atrelados à residência médica;
3. Cobrar o cumprimento da legislação vigente na Secretaria de Educação Superior-SESu/MEC, referente aos pré-requisitos para a autorização de abertura de novas escolas de medicina no país: Decreto nº 3.860, de 9 de julho 2001 e a normativa referente aos Padrões Mínimos de Qualidade para Cursos de Graduação em Medicina”, reivindicando uma definição precisa de qual seria o conceito mínimo para a criação de curso de medicina;
4. Incentivar a classe médica a mobilizar-se pela aprovação do Projeto de Lei do Deputado Arlindo Chinaglia (PT/SP). Este projeto propõe a concessão de um período de moratória de 10 anos sem a abertura de novos cursos de medicina no país;
5. Apresentar adendo ao Projeto de Lei do Deputado Arlindo Chinaglia de que não devem ser abertas novas escolas médicas públicas ou privadas, por um período de 10 anos, até que se complete uma avaliação responsável das escolas existentes, descredenciando as irregulares e aparelhando adequadamente as públicas, incluindo a possibilidade de abertura de escola médica, e apenas uma, em estado que não a possua;
6. Propor assessoria técnica ao MEC, através do Conselho Nacional de Saúde quanto à orientação para a criação de novas escolas médicas, através de canais formais pré-estabelecidos;
7. Defender uma urgente revisão da política de criação de cursos de medicina em instituições estaduais e municipais, sem a devida comprovação de sua necessidade social e recursos para sua completa implantação e manutenção, através da aprovação de leis regulamentares referentes aos pré-requisitos para criação, autorização de funcionamento e de abertura de novas vagas, avaliação e reconhecimento dos cursos de graduação na área médica, das instituições de educação superior integrantes dos sistemas estaduais de educação;
8. Cobrar da Secretaria de Educação Superior-SESu/MEC o controle efetivo da abertura de novas vagas nos cursos de medicina já em funcionamento. A autonomia universitária, prevista no Art. 207 da Constituição Federal, não pode ser interpretada como independência e, muito menos, como soberania, afastando as universidades, sejam públicas ou privadas, do poder normativo e de controle dos órgãos federais competentes;
9. Cobrar do Ministério da Educação o imediato fechamento das faculdades de medicina que estão funcionando sem a autorização legal para a sua abertura;
10. Propor que a expansão do número de vagas existentes deve ser de acordo com as necessidades sociais da

- região e as condições pedagógicas da escola;
11. Defender a unificação das normas de procedimentos para revalidação do diploma pelas universidades públicas e criação de data única e anual para execução das provas de revalidação;
 12. Procurar agilizar junto ao Supremo Tribunal Federal o julgamento da ADIN que pode declarar ilegal os artigos da constituição mineira que permitem a abertura de faculdades privadas sem a homologação do Ministério da Educação.

CURRÍCULO

1. Apoiar as novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação do Ministério da Educação;
2. Defender que o curso médico deve prover aos estudantes conhecimentos fundamentais, que permitam o exercício da medicina em atendimento primário, porém sem vincular a formação às expectativas exclusivas do PSF;
3. Manifestar oposição às residências multiprofissionais, com conteúdo programático comum;
4. Defender a inclusão do curso de ética médica e bioética no currículo de todas as escolas médicas com carga horária mínima de um semestre e independente das demais disciplinas;
5. Colocar no currículo do ensino médico para o que servem as entidades médicas (conselhos, sindicatos, associações médicas), com acompanhamento dessas entidades no corpo docente das faculdades;
6. Acrescentar às escolas médicas um setor para atendimento psicológico e psiquiátrico para os estudantes;
7. Criar curso terminativo de qualidade, havendo necessidade de revisão curricular inclusive com aumento do tempo de formação.

AVALIAÇÃO

1. Cobrar que as recomendações resultantes das avaliações de desempenho de cursos de medicina sejam cumpridas pelos órgãos competentes. Por exemplo: o Programa de Renovação de Reconhecimento da SESu/MEC, baseado nas determinações da normativa referente aos “Padrões Mínimos de Qualidade para Cursos de Graduação em Medicina”, dispõe de instrumentos para indicar até a necessidade de fechamento de cursos de medicina;
2. Reivindicar a participação de representante das entidades médicas nos comitês determinados pelo Decreto 3.860/01 e assessorias para tratar de assuntos específicos
3. Esta participação será fundamental para levar até o poder público as reivindicações da classe médica;
4. Defender o modelo CINAEM de avaliação das escolas médicas;
5. Rejeitar que as notas do exame nacional de curso (Provão) não devam ser aceitas como parâmetro único de avaliação das escolas médicas do país, da forma como se vem divulgando na mídia atualmente;
6. Defender a criação de Acreditação de escolas médicas públicas e privadas.

RESIDÊNCIA MÉDICA

1. Defender a residência médica como melhor forma de treinamento em serviços;
2. Defender o atrelamento das novas escolas com a oferta de vagas na residência médica. Toda nova escola deverá obrigatoriamente disponibilizar um número de vagas para residência médica, sob seu gerenciamento, igual número de vagas do exame admissional (vestibular);
3. Estabelecer aumento de vagas na residência médica para a Clínica Médica.

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

1. Debater a crise dos hospitais universitários no contexto do ensino médico, visto que mais de 50% dos recursos das universidades, que mantém cursos de medicina, acabam sendo consumidos na manutenção dos hospitais de ensino e, mesmo assim, têm se revelado insuficientes para fazer frente às suas necessidades operacionais básicas;
2. Estabelecer atuação fiscalizatória intensa dos Conselhos Estaduais de Saúde nos hospitais universitários,

até com a interdição dos mesmos.

ESTRATÉGIAS JUNTO À POPULAÇÃO

1. Criar dia nacional de luta em defesa da boa formação médica e boa assistência médica com realização de debates abertos em todo o território nacional com a sociedade civil;
2. Explicar à sociedade, através de debates, porque as entidades médicas são contra a abertura de novas escolas médicas;
3. Defender a qualificação do ensino médico, dos profissionais médicos e da assistência médica;
4. Declarar a luta contra a abertura de novas faculdades médicas como uma luta justa da categoria, sob o ponto de vista ético.

MOÇÕES

1. Moção de apoio ao Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais no que diz respeito à sua decisão de não conceder registro de diploma aos alunos egressos de cinco escolas de medicina privadas que estão *sub-judice*, em razão da Ação Direta de Inconstitucionalidade no Supremo Tribunal Federal. Decreto do estadual permitiu a criação de faculdades privadas no sistema estadual de ensino, contrariando a LDB;
2. Moção de apoio ao governador do Estado do Paraná, Roberto Requião, pela decisão de fechar o recém-criado curso de medicina da Universidade Estadual do Ponta Grossa, por absoluta falta de condições de funcionamento, após avaliação de entidades médicas.
3. Moção de cobrança ao Ministério da Educação para que passe a agir com firmeza e agilidade visando coibir os abusos e desrespeito à legislação:

As entidades médicas e os médicos presentes ao 10º ENEM (Encontro Nacional das Entidades Médicas), Considerando a abertura indiscriminada de novas faculdades de medicina;

Considerando que não há necessidade social destas novas escolas;

Considerando que a abertura desta faculdade atende a interesses de mercado de proprietários de instituições privadas de ensino;

Considerando que a abertura de muitas destas escolas não obedecem à legislação competente;

Considerando que a Lei nº 9.394/96 e o Decreto nº 3.860/01 determinam que para a abertura de novas faculdades de medicina há a necessidade de manifestação prévia do Conselho Nacional de Saúde, aprovação pelo Conselho Nacional de Educação e homologação pelo Ministro da Educação;

Considerando que diversas instituições privadas de ensino superior abriram novas escolas de medicina sem o atendimento a estes pré-requisitos;

Considerando que a autonomia universitária não é soberania e que estas instituições têm de se subordinar à legislação vigente;

Considerando que é função da autoridade pública educacional zelar pelo estrito cumprimento da legislação por parte de todos os setores envolvidos com o ensino, bem como zelar pelos interesses maiores da sociedade;

Vêm a público conclamar o Ministério da Educação a agir com firmeza e agilidade para coibir estes abusos à legislação.

Empresários da educação mais preocupados com o lucro fácil proporcionado por faculdades de medicina do que com a saúde pública não podem continuar agindo impunemente à revelia da lei, sob a conivência passiva do Ministério da Educação. Estas faculdades devem ser imediatamente fechadas sob pena de imensos prejuízos à economia de famílias e à saúde pública.

A autoridade máxima de educação brasileira não pode se furtar a tomar todas as providências necessárias para a correção destes absurdos, sob o risco de contribuir para a continuidade da impunidade que não pode perpetuar na sociedade brasileira.

Brasília, 29 de maio de 2002



www.amb.org.br

Associação Médica Brasileira
Rua São Carlos do Pinhal, 324
CEP: 01333-903 - São Paulo - SP
Tel.: (11) 3178-6800 - Fax: (11) 3178-6816



www.portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina
SGAS 915, Lote 72
CEP: 70390-150 - Brasília - DF
Tel.: (61) 445-5900 - Fax: (61) 346-0231