

Expansão e privatização dos cursos de medicina e a integração ensino-serviço: o caso do estado de Pernambuco

Expansion and privatization of medical courses and teaching-service integration: the case of the state of Pernambuco

Heloisa Maria Mendonça de Moraes¹, Rafaela Gomes Ribeiro de Sá², Maria do Socorro Veloso de Albuquerque¹, Raquel Santos de Oliveira¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313713

RESUMO A investigação problematizou os desafios decorrentes da expansão dos cursos de medicina públicos e privados no estado de Pernambuco, considerando os pressupostos da integração ensino-serviço no âmbito da rede especializada de saúde. O estudo é descritivo e exploratório, tipo estudo de caso, com utilização de técnicas combinando abordagens de pesquisa quantitativa e qualitativa. O processo de privatização no estado ocorreu mais lentamente do que no País. No ano 2000, existiam tão somente 290 vagas em duas instituições públicas. Em apenas duas décadas, atinge-se o total de 1.350 vagas, estando 1.130 delas localizadas no setor privado. A investigação destacou políticas e ações concernentes à centralidade programática da integração ensino-serviço, do que se sobressaíram a preocupação com o caráter descomedido da expansão dos cursos com repercussão imediata na alocação dos alunos nos campos de estágio e a falta de planejamento integrado entre o aparelho formador, os serviços de saúde e a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, à intencionalidade do setor público de ordenar a presença crescente do setor privado no ensino médico não tem correspondido a disponibilidade de decisões políticas respeitantes à integração ensino-serviço, constituindo-se a não implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes) um caso paradigmático.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de integração docente-assistencial. Educação médica. Universidades. Privatização.

ABSTRACT *The research explored the challenges arising from the expansion of public and private medical courses in the state of Pernambuco, based on the premise of teaching-service integration within the specialized health network. The study is a descriptive-exploratory case study that uses techniques which combine quantitative and qualitative research approaches. The privatization process in the state took place at a slower pace than nationwide in the Country. In the year 2000, there were only 290 vacancies in two public institutions. In only two decades, a total of 1.350 have been reached, with 1.130 of them located in the private sector. The research highlighted policies and actions related to the programmatic centrality of teaching-service integration, from which the concern with the immoderate nature of the expansion of courses with immediate repercussion on the allocation of students to training vacancies and the lack of integrated planning between the educational apparatus, health services, and SUS (Unified Health System) management stood out. Thus, the intention of the public sector to bring order into the growing presence of the private sector in medical education has not been matched by political decision-making regarding teaching-service integration, turning the non-implementation of the Public Health Action Organizational Contract (COAPES) into a paradigmatic case.*

¹Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.
heloisa.morais@uol.com.br

²Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (Sevs) – Recife (PE), Brasil.

KEYWORDS *Teaching Care Integration Services. Education, medical. Universities. Privatization.*



Introdução

No Brasil, nas últimas três décadas, vem ocorrendo um crescimento importante de cursos superiores, em um contexto de intensa privatização da educação superior no País. Nesse cenário, este artigo problematiza as repercussões desse crescimento na rede especializada de atenção à saúde do estado de Pernambuco sob os pressupostos da integração ensino-serviço.

O processo de privatização foi intensificado na década de 1990, quando um conjunto de dispositivos legais possibilitou a flexibilização do seu marco regulatório, ganhando destaque a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1996 (Lei nº 9.394/96 e o Decreto nº 2.306/97)¹⁻³.

Posteriormente, o Decreto nº 3.860/2001 viabilizou a “diversificação das formas de organização das instituições de ensino superior”⁴⁽¹³⁾, determinando a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão para as universidades, podendo as demais instituições, denominadas estabelecimentos não universitários, dedicarem-se apenas à função de ensino⁵.

Outros dispositivos legais que devem ser destacados para a compreensão do fenômeno da privatização do ensino superior referem-se à transferência do fundo público para o setor privado, seja o considerado lucrativo ou o sem fins lucrativos, tais como as instituições comunitárias, as confessionais ou as filantrópicas^{4,6,7}.

Esse fomento à iniciativa privada vem ocorrendo por meio do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), estabelecido pela Lei nº 10.260/2001, e do Programa Universidade para Todos (Prouni), instituído pela Lei nº 11.096/2005. O Fies concede financiamento para o pagamento de mensalidades, e o Prouni outorga bolsas de estudo, integrais e parciais, sendo ambos os programas destinados a estudantes matriculados em instituições privadas de ensino superior⁸.

Vários estudos atestam que tais medidas vêm contribuindo para a ampliação do acesso ao ensino superior por meio do fortalecimento das instituições privadas, em detrimento das

públicas^{1,6,7,9,10}. Por outro lado, cabe considerar que o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), instituído pelo Decreto nº 6.096/2007, promoveu a expansão das universidades públicas federais. Os efeitos dessa iniciativa podem ser percebidos pelo percentual de crescimento, da ordem de 60%, do número de matrículas públicas entre os anos de 2003 e 2011⁵.

Para o caso específico da expansão dos cursos de medicina, o Programa Mais Médicos (PPM) – instituído pela Lei nº 12.871/2013 – deve ser introduzido nesse debate. Isso porque um dos seus eixos norteadores referia-se à expansão do número de vagas de graduação em medicina e de especialização/residência médica¹¹.

Outro aspecto introduzido pelo PPM foi a criação dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), posteriormente instituídos pela Portaria Interministerial nº 1.127/2015, a qual define as diretrizes para o fortalecimento da integração ensino-serviço no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹².

Dal Poz, Couto & Franco¹³, ao tratarem do caráter privatista do ensino superior nos cursos de saúde, demonstraram o acréscimo da participação privada nas matrículas presenciais, as quais passaram de 53%, em 1993, para 73%, em 2013.

Quanto ao curso de medicina, até o ano de 2004, as 33.864 matrículas no setor público ainda eram superiores às 31.101 do setor privado. Entretanto, a partir de 2006, esse cenário é revertido quando o setor privado passa a responder por 51,4% dessas matrículas^{14,15}. Em outubro de 2020, o Brasil contava com 357 escolas médicas, com 37.823 vagas. Assim, 84% das vagas disponibilizadas, nos últimos dez anos, pertenciam ao setor privado¹⁶.

A questão da integração ensino-serviço, enquanto objeto desta investigação, tem sido fortemente afetada por essa expansão do ensino privado na saúde. De acordo com o art. 200 da Lei nº 8.080/90¹⁷, a ordenação da formação dos

médicos e dos demais profissionais da saúde é uma das atribuições do SUS. Assim, o processo formativo desses profissionais depende das capacidades física e pedagógica da infraestrutura assistencial disponibilizada para as atividades de ensino, pesquisa e extensão nos três níveis de atenção à saúde.

A formação médica e dos demais profissionais deve estar dirigida para as demandas da comunidade, de modo que esse processo pedagógico esteja orientado para a problematização e transformação da realidade e, simultaneamente, para a qualificação profissional, o que comporia os pressupostos da integração ensino-serviço. Sob essa perspectiva, impõe-se o diálogo permanente entre instituições de ensino, gestão do SUS, trabalhadores da assistência, estudantes/residentes e usuários, com o objetivo de alcançar o planejamento integrado das ações em desenvolvimento nos distintos cenários das práticas e mais qualidade no processo formativo^{12,18,19}.

Nessa mesma direção, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), de 2014, para o curso de medicina, reforçam a necessidade de uma formação crítica, reflexiva e ética, com habilidades gerais em todos os níveis de atenção à saúde²⁰.

A preocupação com mudanças pedagógicas no ensino médico visando à sua aproximação com os serviços de saúde foi traduzida na formulação de projetos anteriores ao SUS desde meados dos anos 1970. Em 1981, ganharam destaque o Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA) e, em 1993, já sob a vigência do SUS, o Projeto Uma Nova Iniciativa (UNI)^{21,22}.

As iniciativas mais recentes implementadas no âmbito da integração ensino-serviço advieram da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da articulação do Ministério da Saúde (MS) com o Ministério da Educação (MEC). Destaques especiais devem ser dados à instituição do Coapes, já citado anteriormente, e à versão mais recente da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)²³.

Outro documento que deve ser referido é a Resolução nº 350/2005, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao definir e fundamentar um conjunto de critérios técnico-educacionais e sanitários relativos à abertura e ao reconhecimento de novos cursos na área da saúde. Entre esses critérios, destaca-se que a regulação da abertura e o reconhecimento de novos cursos deve prever a demonstração da oferta de vagas coerente com a capacidade instalada dos serviços, a aptidão didático-pedagógica de seus trabalhadores e a quantidade de docentes²⁴.

Entretanto, tem-se observado que a abertura dos cursos na área da saúde não leva em consideração esses condicionantes imprescindíveis à formação dos profissionais, orientada pela integração ensino-serviço. Nesse sentido, Oliveira, Lima e Pereira¹⁵ ressaltam a existência da pressão do aparelho formador sobre as redes municipais/estaduais de saúde para assegurar a oferta de campos de prática.

Considerando as questões acima expostas, o artigo se justifica pela relevância do tema da integração ensino-serviço para a formação médica ao analisar um conjunto de dificuldades para seu desenvolvimento. E problematiza os desafios identificados, especialmente aqueles decorrentes da expansão dos cursos de medicina, sobre a capacidade instalada da rede especializada de serviços de saúde no estado de Pernambuco.

Material e métodos

Foi realizada uma pesquisa exploratória, com utilização das técnicas quantitativa e qualitativa do tipo estudo de caso²⁵. No âmbito da pesquisa qualitativa, foram selecionados cinco hospitais da rede especializada de serviços de saúde do SUS, mediante três critérios de inclusão: representação da gestão direta e indireta, hospitais com maior número de leitos e com núcleo de ensino e serviço em funcionamento. Os hospitais com gestão direta foram o Hospital da Restauração, Hospital Otávio de Freitas e Hospital Agamenon Magalhães; os

hospitais de gestão indireta foram o Hospital Metropolitano Oeste – Pelópidas Silveira e o Hospital Metropolitano Sul – Dom Hélder Câmara.

No âmbito das Instituições de Ensino Superior (IES), fizeram parte da investigação os dois cursos de medicina das Universidades Públicas da Região Metropolitana do Recife (RMR) – Universidade de Pernambuco (UPE) e Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – e os dois cursos de medicina das faculdades privadas mais antigas localizadas, também, na RMR – Faculdade Pernambucana de Saúde e o Centro Universitário Maurício de Nassau (Uninassau).

Foi incluído, ainda, um representante da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Os sujeitos entrevistados eram profissionais que compunham as estruturas decisórias da integração ensino-serviço das referidas instituições e que se encontravam há pelo menos 2 anos na função de coordenação dessas estruturas.

Foram realizadas nove entrevistas de forma remota, pelo Google Meet, e uma entrevista na modalidade presencial. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Foi criada uma codificação específica para cada um(a) dos(as) entrevistados(as): coordenador de ensino de IES pública (CEp); coordenador de ensino de IES privada (CEpv); coordenadores dos núcleos de integração ensino-serviço dos hospitais da rede de atenção especializada (CS); representante da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da SES (CES).

Para a abordagem quantitativa, o cenário de expansão dos cursos de medicina públicos e privados foi obtido a partir de dados secundários provenientes do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep/MEC) e, a partir do ano de 2010, do Sistema e-Mec²⁶. As variáveis estudadas foram: número de cursos, números de vagas e natureza jurídica das IES no Brasil e no estado de Pernambuco. Os dados quantitativos

foram trabalhados por meio da estatística descritiva utilizando-se frequências absolutas e relativas para construção de gráficos e tabelas confeccionadas no Microsoft Office Excel.

Para a análise documental, tomou-se como referência a lei do PMM^{11,12}; a Portaria Ministerial do Coapes¹²; a Resolução nº 350 do CNS²⁴; a Portaria Normativa nº 16 do MS²⁷; a PNEPS²⁸; e o Programa de Formação do Sistema Único de Saúde (FormaSUS)²⁹, bem como o material extraído das entrevistas. Na análise dos dados das entrevistas e da pesquisa documental, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo³⁰.

Esta investigação obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do CNS e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPE, conforme o parecer nº 4.598.126. Ela integra o projeto ‘O Processo de Expansão dos Cursos de Saúde no Estado de Pernambuco – Enfermagem, Medicina e Odontologia – seu impacto sobre a rede pública de serviços e sobre a formação profissional para o Sistema Único de Saúde’, financiado pelo Edital Universal 2018.

Resultados e discussão

O processo de flexibilização do marco regulatório do ensino superior tem resultado na criação de instituições restritas ao ensino, desde então denominadas estabelecimentos não universitários^{4,31}. Assim, no estado de Pernambuco, os cursos de medicina atualmente em funcionamento apresentam distintos formatos organizacionais: seis deles estão em universidades públicas; um, em universidade privada sem fins lucrativos; dois, em centros universitários (um com fins lucrativos e um sem fins lucrativos); seis, em faculdades privadas (uma sem fins lucrativos e cinco com fins lucrativos)²⁶. Ou seja, a permissividade de uma legislação facilitadora de diferentes arranjos institucionais para o ensino superior vem contribuindo para a expansão de cursos privados que ofertam ensino, sem que, necessariamente, estejam comprometidos com a pesquisa e a extensão.

No caso particular da expansão dos cursos médicos, deve ser conferido grande destaque à criação do PMM/2013 (governo Dilma Rousseff), o qual foi estruturado em três eixos de ações. O primeiro consistiu no investimento para melhoria da infraestrutura da rede de saúde; o segundo, na ampliação e em reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e da residência médica, e o terceiro, na provisão emergencial de médicos para territórios mais vulneráveis do País¹¹.

É dentro do segundo eixo que deve ser compreendida a expansão de escolas médicas para

Priorizar regiões de saúde com menor relação vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos¹¹.

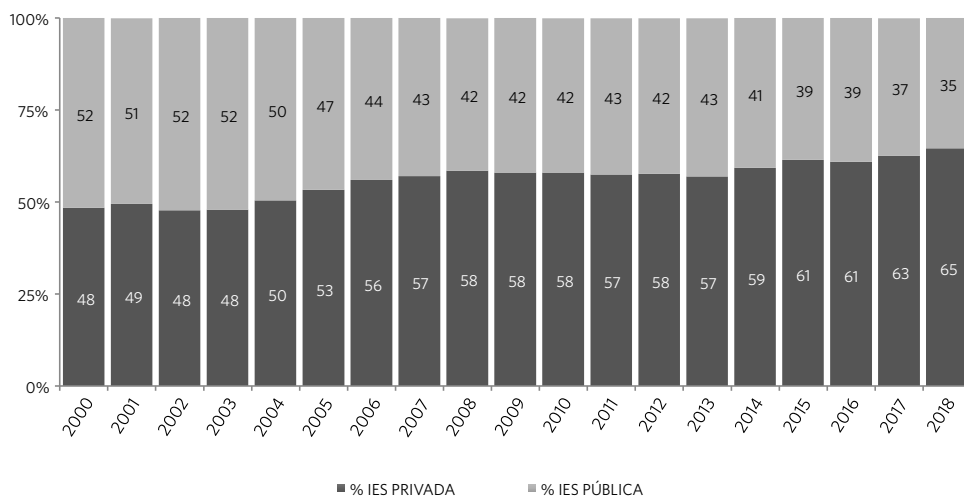
Entretanto, persistem as razões estruturais que explicam a extrema desigualdade da distribuição de médicos no País, quer sejam comparadas as grandes regiões, unidades da Federação, capital e interior de um mesmo

estado ou grupos de municípios segundo estratos populacionais¹⁶.

Enquanto política pública, a implementação dos eixos do PMM encontrou dificuldades de ordem político-conjuntural com as quais se defrontou o governo federal, inclusive pressões advindas do setor privado da educação. Desse modo, o Programa não logrou alterar o cenário de desigualdade distributiva dos médicos brasileiros. Ao permitir a expansão de vagas via cursos privados de medicina, terminou por fomentar o aparecimento desses cursos em quaisquer localidades, faltando mecanismos de regulação pública que obrigassem as IES a levar em conta a relevância e a necessidade social da oferta dos cursos.

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

Gráfico 1. Percentual de IES de graduação em medicina segundo natureza jurídica (pública e privada) Brasil, 2000-2018



Fonte: MEC/Inep - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira²⁶.

No estado de Pernambuco havia, em 2018, 11 cursos de medicina, os quais ofertavam 1.490 vagas. Desse total, 510 (34,3%) estavam no setor público e 980 no privado (65,7%), e até aquele ano todas as vagas privadas estavam localizadas na RMR, enquanto as públicas estavam tanto na RMR (290) quanto no interior do estado (220). O processo de privatização no estado ocorreu mais lentamente do que no País, considerando que o primeiro curso privado foi criado apenas em 2006, tornando-se essa modalidade predominante a partir de 2014²⁶.

Entre 2019 e 2022, período de apenas quatro anos, chama a atenção o surgimento de quatro cursos privados no interior. Portanto, se desde

a criação dos cursos públicos no estado na primeira metade do século vinte, até o ano 2000, existiam tão somente 290 vagas públicas, em apenas duas décadas, o total de vagas atingiu 1.760, das quais, 1.250 encontram-se alocadas no setor privado²⁶.

Desse modo, tal como no Brasil, o fenômeno da interiorização dos cursos de medicina¹⁶ também vem ocorrendo no estado. Assim, entre 2004 e 2014, foram instalados no interior quatro novos cursos públicos, e, a partir de 2019, mais quatro privados. Atualmente, existem no estado quinze cursos autorizados pelo MEC, sendo seis públicos e nove privados (*quadro 1*).

Quadro 1. Distribuição de instituições de ensino de medicina no estado de Pernambuco

Instituição (IES)	Categoria Administrativa	Data início funcionamento	Município
IES Medicina - RMR			
Universidade Federal de Pernambuco	Pública federal	1920.2	Recife
Universidade de Pernambuco	Pública estadual	1951.1	Recife
Faculdade Pernambucana de Saúde	Privada sem fins lucrativos	2006.1	Recife
Centro Universitário Maurício de Nassau	Privada com fins lucrativos	2012.2	Recife
Universidade Católica de Pernambuco	Privada sem fins lucrativos	2014.2	Recife
Faculdade de Medicina de Olinda	Privada com fins lucrativos	2015.2	Olinda
Faculdade Tiradentes de Jaboatão Dos Guararapes	Privada com fins lucrativos	2018.1	Jaboatão dos Guararapes
IES Medicina - Interior			
Fundação Universidade Federal do Vale Do São Francisco	Pública federal	2004.2	Petrolina
Universidade de Pernambuco	Pública estadual	2011.2	Garanhuns
Universidade de Pernambuco	Pública estadual	2013.2	Serra Talhada
Universidade Federal de Pernambuco	Pública federal	2014.1	Caruaru
Faculdade de Medicina do Sertão	Privada com fins lucrativos	2020.2	Arcoverde
Faculdade Paraíso Araripina	Privada com fins lucrativos	2021.1	Araripina
Faculdade de Medicina de Garanhuns	Privada com fins lucrativos	2022.1	Garanhuns
Faculdade Tiradentes de Goiana	Privada com fins lucrativos	2021.2	Goiana

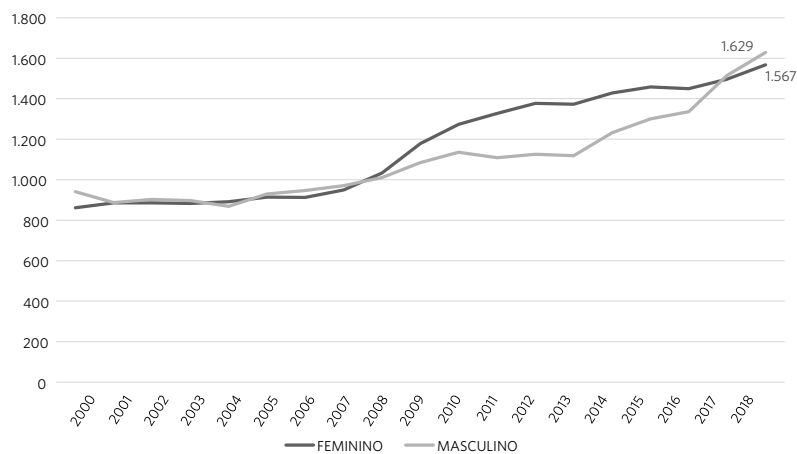
Fonte: Ministério da Educação – Sistema e-MEC²⁶.

A primeira fase do Reuni teve grande importância para a interiorização do ensino superior público federal com a criação de novas IFES e seus *campi*. Porém, no caso de Pernambuco, o início do processo foi anterior ao Reuni, ainda que tenha sido por ele incrementado. Decorreu, também, da abertura de cursos em instituições do governo estadual.

A questão da feminização presente nos cursos de medicina do Brasil está bem registrada na literatura^{16,32-35}. Em todo o País, há uma

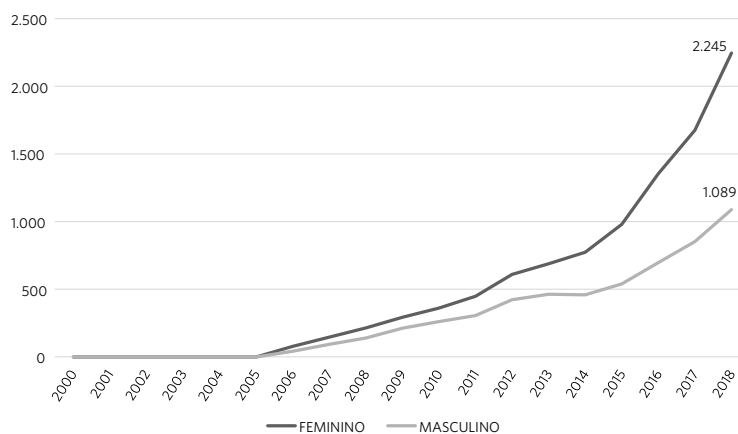
clara tendência de crescimento no número de matrículas entre as mulheres, que, em 2018, eram 30.115 nas IES públicas e 68.953 nas privadas. Em Pernambuco, desde o ano de 2017, as matrículas masculinas têm alcançado um discreto aumento nas IES públicas em relação às privadas, sendo 1.629 versus 1.567, respectivamente. Já nas IES privadas, o número de matrículas femininas era de 2.245 para 1.089 masculinas²⁶ (*gráficos 2 e 3*).

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



Fonte: MEC/Inep - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira²⁶.

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



Fonte: MEC/Inep - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira²⁶.

Entre os estados com maior número de matrículas, em Minas Gerais, por exemplo, parece estar se desenhando, também no setor público, uma tendência de crescimento das matrículas masculinas em relação às femininas. Contudo, essas observações iniciais deverão ser acompanhadas nos próximos anos²⁶.

Repercussões da expansão e da privatização dos cursos de Medicina sobre o processo de integração ensino-serviço

Nesta investigação, foram destacadas políticas e ações concernentes à centralidade programática da integração ensino-serviço para a reorientação do ensino em saúde no País e suas repercussões em Pernambuco^{11,12,19,27,28}. No estado, destaca-se, ainda, a Lei do FormaSUS/2013, que instituiu as contrapartidas para o setor privado, tendo em vista o uso dos serviços públicos enquanto campo de estágio²⁹.

Essas políticas e ações fazem parte do arcabouço legal que recomenda a articulação de um trabalho coletivo e pactuado, direcionado à integração ensino-serviço com o objetivo de transformar a formação dos profissionais de saúde. Todas essas condições devem estar articuladas sob as bases de um planejamento integrado, o qual é compartilhado entre as instituições de ensino, os serviços de saúde e a gestão do SUS, considerando as necessidades dos serviços e dos trabalhadores e visando à integralidade na formação³⁶.

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

É como eu comentei, eu acho que esse planejamento ele podia ser mais claro, ele podia ser exposto para todos nós, porque esse serviço ofertou x, y, z vagas; muitas vezes, o centro de estudo eles

também não se aproximam nessa discussão. Eu acho que as coisas estão fragmentadas, não existe um processo colaborativo, a gente recebe, pronto, e a gente precisa aceitar. (CEpv 1).

Segundo Cavalcante et al.³⁷, o planejamento deveria acompanhar, apoiar as práticas, identificar demandas, criar estratégias, realizar e incentivar novas ações de desenvolvimento na rede de serviços de saúde em associação com os programas de ensino. Necessário se faz, contudo, que haja uma convergência de intencionalidades entre esses diversos atores para que o esforço do planejamento alcance seus objetivos. Entretanto, os entrevistados apontam para uma clara restrição do espaço de discussão, sobretudo, limitado ao quantitativo de vagas disponíveis para estágios nos serviços.

O estado pede os setores que a gente pode receber e a quantidade que o setor é capaz de absorver de cada área, quantos estudantes podemos receber e preceptorar. Essa informação a gente compila e encaminha para a Secretaria de Saúde. Não existe uma mesa para negociar quem vai receber, em qual área. As vagas são todas disponibilizadas pela SES, a SES faz essa conversa com instituições e manda para gente já as vagas determinadas. (CS 3).

[...] confesso a vocês que muitas vezes é melhor não falar nada, vai que a gente fala, e aí tira uma vaga nossa ... acho que a gente poderia ter um processo muito mais ativo, participativo, organizado e com critérios. (CEpv 2).

Nessas condições, as ações dirigidas ao planejamento ficariam reduzidas à distribuição de vagas, quando deveriam estar orientadas, prioritariamente, para os objetivos do ensino-aprendizagem e para as necessidades da assistência, sob o enfoque da avaliação pedagógica contínua dos campos de estágio. Inclusive, revisitando as DCN do curso de graduação em medicina (2014), encontra-se que o planejamento deve fazer parte do próprio processo de formação, nele incluído o desenvolvimento de competências e a autonomia do estudante.

Desse modo, limitar o planejamento integrado à distribuição de vagas termina por retirar qualidade da integração ensino-serviço, reduzindo-a ao mero compromisso das formalidades instituídas, o que compromete tanto a atenção à saúde quanto a formação profissional.

Uma decisão política estratégica para o fortalecimento da integração ensino-serviço foi a criação do Coapes. Pela Portaria nº 1.127/2015, ficaram estabelecidas as diretrizes voltadas

à celebração dos compromissos das instituições de ensino, programas de residência em saúde e gestões municipais e estaduais de saúde para o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem e formação no âmbito do SUS¹²⁽¹⁾.

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

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

Até o presente momento, não há registro de celebração de Coapes envolvendo a SES/PE ou a Secretaria Municipal de Saúde do Recife. “Aqui no Estado, a gente fez uma discussão é época que saiu o Coapes” (CES). A importância do Coapes para as instituições de ensino deve-se ao fato de que ele assegura a inserção dos estudantes no SUS por meio de uma pactuação transparente e com mais estabilidade, por se constituir em um dispositivo importante para a implementação das DCN, além de ser considerado um indicador de avaliação das instituições de ensino e dos cursos de saúde no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes)²³. Por todas essas razões, é,

no mínimo, estranha a inexistência de qualquer movimento institucional em direção à construção de um Coapes local (estadual).

Essa parece ser uma situação que predomina em quase todo o País, levando em conta que numa Oficina de Experiências sobre os Coapes, realizada pela SGTES/MS, em 2017, apenas dezenove dessas Experiências estiveram presentes. Aliás, como se encontra registrado no texto da PNEPS, não tem sido simples o processo de construção dos Coapes, porquanto a efetivação do diálogo interinstitucional se faz acompanhar de obstáculos de distintas naturezas (jurídicas, administrativas, sociais, de concepções, de ideologias e de práticas diversas), não estando isenta de disputas e conflitos²³.

Considerando que, entre 2011 e 2020, no Brasil, foram abertas 21.132 vagas novas de graduação em medicina e que 84% dessas vagas foram disponibilizadas por instituições privadas¹⁶, a não priorização da inserção das IES públicas nos cenários de práticas, conforme os preceitos do SUS¹⁹, e tal como prescrita pelo Coapes, deve ser interpretada no contexto das disputas e dos conflitos presentes no diálogo interinstitucional.

Nesse sentido, apesar de o Coapes ser um instrumento orientador para a formação de um espaço integrado ensino-serviço, ele não considera esse notável crescimento dos cursos de medicina, em particular, no setor privado, ao omitir não apenas as dificuldades já existentes relativas à escassez de vagas para os campos de estágios como, também, aquelas que necessariamente estariam por vir em decorrência da expansão.

A propósito, em municípios que celebraram o Coapes, como São João del-Rei (MG) e um outro de médio porte do noroeste paranaense, os gestores de instituições de ensino e dos serviços identificaram a necessidade de novos ajustes e contratualizações devido ao crescimento do número de cursos no ensino superior de saúde^{38,39}.

Em um contexto no qual os impedimentos para a efetivação do Coapes têm predominado,

o estado de Pernambuco criou o FormaSUS²⁹. Tanto que a representante da SES/PE, ao ser indagada sobre a existência ou não do Coapes, mencionou: “A gente já tem uma Lei estadual, que é a Lei do Programa de Formação do Sistema Público de Saúde – FormaSUS – Lei Nº 15.065/2013”.

O texto legal do FormaSUS se restringe à definição de contrapartidas para o setor privado do ensino superior na área da saúde pelo uso dos serviços públicos como campo de estágio. A liberação de vagas para estágios na rede estadual está subordinada à oferta de bolsas integrais pelas IES privadas, bolsas essas que deverão corresponder a 10% (dez por cento) das vagas disponibilizadas pela Secretaria de Saúde no primeiro ano de adesão ao convênio e a 7,5% (sete e meio por cento) para os quatro anos subsequentes²⁹.

Já para as IES públicas, o FormaSUS menciona a garantia de vagas de campo de estágio sem deixar claro tanto o quantitativo como a forma de distribuição²⁹. Contudo, mesmo com a existência desse instrumento supostamente ‘garantidor de vagas para o setor público’ (art. 4º), um coordenador de curso de uma IES pública menciona a dificuldade para inserção dos alunos.

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

Portanto, o FormaSUS, ao não enfrentar a insuficiência da rede de serviços frente à demanda dos cursos públicos e, sobretudo, dos privados, não tem correspondido às proposições contidas no Coapes. Nesse sentido, não se pode afirmar que ele seja um instrumento adequado para a integração ensino-serviço no estado de Pernambuco.

Todavia, as contrapartidas, definidas tanto no FormaSUS quanto no Coapes, são

entendidas pelo setor privado enquanto diretrizes que terminam por onerar esse setor. No caso do FormaSUS, pela obrigação com a oferta de bolsas; com relação ao Coapes, pelo encargo de investir na melhoria dos serviços, mediante o financiamento de reformas na estrutura física dos serviços, na aquisição de equipamentos etc.

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

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

Por outro lado, na perspectiva do setor público, o Coapes pode favorecer o setor privado ao facultar às respectivas IES a realização de investimentos na aquisição de equipamentos, material permanente e outros bens para o beneficiamento dos serviços públicos de saúde¹⁹.

Quando começou a ficar muito embate, muitas universidades privadas na reunião geravam meio que um mal-estar, daqueles assim: por que não conseguimos a vaga nesse serviço? E eles têm o poder de convencimento maior. Eles podem dar uma contrapartida em materiais, em melhorias do serviço, e nós não temos isso. (CEp 4).

Aliás, a Portaria Normativa nº 16²⁷, que antecede a criação do Coapes e está dirigida exclusivamente aos cursos privados de medicina, em

seu art 3º, estabelece as contrapartidas a serem oferecidas ao SUS por essas instituições na negociação do número de vagas por estágios.

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

Portanto, se, de um lado, o surgimento quase concomitante desses instrumentos legais pode aventar a intencionalidade do setor público de ordenar a presença crescente do setor privado no ensino médico, por outro, a estratégia desses arranjos de negociação também pode ser interpretada enquanto intenções facilitadoras, mas nem sempre explicitadas, para a expansão do setor privado. Por último, não se deve descartar o interesse da gestão pelas contrapartidas providas pelo setor privado, em cenário permanente de desfinanciamento do SUS.

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

Por isso que eu penso que a gente deveria ter a priorização das vagas do estado para as escolas públicas, porque é pago pelo povo. A gente precisa levar um projeto de lei para a assembleia para aprovar a prioridade das vagas do público, no público. Aí resolve! (Cep 3).

Os resultados dessa investigação não autorizam afirmar que se encontre em curso no estado de Pernambuco uma experiência

concreta de integração ensino-serviço, seja pelos depoimentos dos entrevistados ou por quanto eles possibilitaram constatar o não cumprimento da legislação em vigor, apesar de algumas contradições que lhe são implícitas.

Considerações finais

No período recente (2005-2018), a expansão do ensino médico no Brasil é relevante, pelo aumento expressivo no número de instituições privadas, as quais passam a sobrepujar as públicas, e consolida-se um processo expansionista que tem assumido características de intensiva privatização.

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

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

Além das dificuldades atuais para se assegurar uma efetiva regulação do setor educacional privado, tendo em vista seu redirecionamento para as finalidades do SUS, mantida a atual tendência de crescimento, pode-se prever a intensificação do processo de privatização do ensino médico fazendo-se acompanhar de intensa disputa pelos campos de estágio.

Simultaneamente, ajunta-se a esse contexto o destacado crescimento e a progressiva complexidade organizacional alcançados pelos setores privados da saúde e da educação, nas duas últimas décadas em todo o País, os quais pleiteiam sem reservas ocupar espaço na agenda de formulação dessas políticas setoriais. Considerando serem inconciliáveis os interesses públicos e privados, quando está em jogo um projeto intensivo de acumulação capitalista, pode-se antever um cenário

de aprofundamento dos conflitos e disputas hoje presentes no processo da integração ensino-serviço.

Colaboradoras

Morais HMM (0000-0001-8244-6601)*, Albuquerque MSV (0000-0002-1520-700X)*

e Oliveira RS (0000-0002-6189-1543)* contribuíram igualmente para a elaboração inicial do projeto, do desenho da pesquisa, revisão bibliográfica, análise e redação crítica, revisão final. Sá RGR (0000-0001-7183-7949)* contribuiu para a participação do desenho da pesquisa, coleta e análise dos dados, revisão bibliográfica, padronização de normas e revisão final. ■

Referências

1. Sguissardi V. Regulação estatal e desafios da expansão mercantil da educação superior. *Educ. Soc.* 2013 [acesso em 2022 jul 5]; 34(124):943-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0101-73302013000300015>.
2. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 1996. *Diário Oficial da União*. 20 Dez 1996.
3. Brasil. Decreto nº 2.306, de 19 de agosto de 1997. Regulamenta, para o Sistema Federal de Ensino, as disposições contidas no art. 10 da Medida Provisória nº 1.477-39, de 8 de agosto de 1997, e nos arts. 16, 19, 20, 45, 46 e § 1º, 52, parágrafo único, 54 e 88 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 Ago 1997.
4. Saviani D. A expansão do ensino superior no Brasil: mudanças e continuidades. *Poiesis Pedagógica*. 2011 [acesso em 2022 jul 5]; 8(2):4-17. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1663074>.
5. Brasil. Decreto nº 6.096. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI. *Diário Oficial da União*. 24 Abr 2007.
6. Chaves VL. Política de financiamento e a expansão da educação superior no Brasil: o público e o privado em questão. *ETD – Educ. temat. Digit.* 2015 [acesso em 2022 jul 5]; 17(2):427. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/8635212>.
7. Paula MD. Políticas de democratização da educação superior brasileira: limites e desafios para a próxima década. *Avaliação (Campinas)*. 2017 [acesso em 2022 jul 5]; 22(2):301-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772017000200002>.
8. Salata A. Ensino Superior no Brasil das últimas décadas: redução nas desigualdades de acesso? *Tempo Social*. 2018 [acesso em 2022 jul 5]; 30(2):219-53. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2018.125482>.
9. Chaves VL, Amaral NC. Política de expansão da educação superior no Brasil – o Prouni e o Fies como financiadores do setor privado. *Educ. rev.* 2016 [acesso em 2022 jul 6]; 32(4):49-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-4698162030>.
10. Chaves VL, Santos MR, Kato FB. Financiamento público para o ensino superior privado-mercantil e a financeirização. *J Polit. Educ.* 2020 [acesso em 2022 jul

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 6]; 14(8):1-20. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/jpe.v14i0.70063>.
11. Brasil. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 8 Jul 2013. [acesso em 2023 abr 19]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=MPV&numero=621&ano=2013&ato=882kXR61ENVpWTcf7>.
 12. Brasil. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF: MEC; MS, 2015.
 13. Poz MR, Couto MH, Franco TD. Innovation, development, and financing of institutions of Higher Education in health. *Cad. Saúde Pública* 2016 [acesso em 2022 jul 6]; 32(supl2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00139915>.
 14. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev. Saúde Pública*. 2010 [acesso em 2022 jul 6]; 44(3):383-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102010005000015>.
 15. Oliveira BL, Lima SF, Pereira MU, et al. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). *Trab. educ. Saúde*. 2019 [acesso em 2022 jul 6]; 17(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>.
 16. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, et al. *Demografia Médica no Brasil, 2020*. São Paulo: FMUSP; CFM; 2020. 312 p.
 17. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
 18. Ceccim RB, Feuerwerker LC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* (Rio J.). 2004 [acesso em 2022 jul 7]; 14(1):41-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312004000100004>.
 19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF: MS; 2015. [acesso em 2023 abr 19]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf.
 20. Meireles MA, Fernandes CD, Silva LS. Novas diretrizes curriculares nacionais e a formação médica: expectativas dos discentes do primeiro ano do curso de medicina de uma instituição de ensino superior. *Rev. bras. educ. Med*. 2019 [acesso em 2022 jul 7]; 43(2):67-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180178>.
 21. Ellery AE, Bosi ML, Lioioli FA. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde Soc*. 2013 [acesso em 2022 jul 7]; 22(1):187-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902013000100017>.
 22. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013 [acesso em 2022 jul 8]; 18(6):1613-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000600013>.
 23. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. rev. Brasília, DF: MS; 2018.
 24. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 350, de 09 de junho de 2005. Aprova critérios de regulação para a autorização e reconhecimento de cursos de graduação da área da saúde. Diário oficial da união. 9 Jul 2005.

25. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
26. Brasil. Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Dados obtidos através do Acesso à Informação. Brasília, DF: MEC; 2021.
27. Brasil. Ministério da Educação, Gabinete do Ministro. Portaria Normativa nº 16, de 25 de agosto de 2014. Estabelece os parâmetros para a contrapartida a ser oferecida ao Sistema Único de Saúde – SUS para implantação e funcionamento de cursos de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada. Diário Oficial da União. 16 Ago 2014.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 Fev 2004.
29. Pernambuco. Lei nº 15.065, de 4 de setembro de 2013. Institui o Programa de Formação do Sistema Único de Saúde – FORMASUS. Diário Oficial do Estado de Pernambuco. 4 Set 2013.
30. Kvale S. Interviews: An introduction to qualitative research. 1. ed. Thousand Oaks, UK: Sage; 1996.
31. Fávero M, Sguissardi V. Quantidade/qualidade e educação superior. Rev. edu. Quest. 2012 [acesso em 2022 de jul 8]; 42(28). Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/educacaoemquestao/article/view/4053>.
32. Machado H. Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão. [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa do Rio de Janeiro; 1996. 215 p.
33. Minella LS. Medicina e feminização em universidades brasileiras: o gênero nas interseções. Rev. Estud. Fem. 2017 [acesso em 2022 jul 9]; 25(3):1111-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n3p1111>.
34. Scheffer MC, coordenador. Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: FMUSP; CFM; 2011. 117 p.
35. Scheffer M, coordenador. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP; CFM; Cremesp; 2018. 286 p.
36. Pizzinato A, Gustavo AD, Santos BR, et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. Rev. bras. educ. med. 2012 [acesso em 2022 jul 9]; 36(1supl2):170-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0100-55022012000300025>.
37. Cavalcante LM, Almeida TC, Martins ELR, et al. Formação de profissionais para o SUS: contexto em Pernambuco. In: Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Experiências em educação permanente em saúde no estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede/Pernambuco. Recife: Secretaria de Saúde; 2019. p. 35-54.
38. Castro L, Moreto F, Pereira T. Política, planejamento e gestão em saúde. Ponta Grossa: Atena; 2020.
39. Aquiles GJ, Baldissera VDA, Tome L, et al. Trabalho interprofissional em saúde na construção do COA-PES – relato de experiência de educação permanente de trabalhadores gestores. J Manag Prim Health Care. 2018 [acesso em 2022 jul 9]; 8(3):83-4. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/679>.

Recebido em 11/10/2022

Aprovado em 10/03/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico (CNPq). Edital MCTIC/CNPq N°

28/2018. Processo N° 422177/2018-0