

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

Dr. Ronaldo da Rocha Loures Bueno

Maria Cristina Pieruccini

JANEIRO – 2004

DIRETORIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA



Presidente

Eleuses Vieira de Paiva

Primeiro Vice-Presidente

Lincoln Marcelo Silveira Freire

Segundo 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

Primeiro Vice-Presidente

Livia Barros Garcao

Segundo Vice-Presidente

Marco Antonio Becker

Terceiro Vice-Presidente

Abdon Jose Murad Neto

Secretário-Geral

Rubens dos Santos Silva

1º Secretário

Luiz Salvador Miranda de Sa Junior

2º Secretário

Rodrigo Orlando Nabuco Teixeira

1º Tesoureiro

Genario Alves Barbosa

2º Tesoureiro

Marisa Fratari Tavares de Souza

Corregedor

Roberto Luiz D'Avila

Corpo de Conselheiros

Antonio Goncalves Pinheiro, Dardeg de Sousa Aleixo, Gerson Zafalon Martins, Jose Hiran da Silva Gallo, Luiz Nodji Nogueira Filho, Mauro Brandao Carneiro, Oliveiros Guanais de Aguiar, Pedro Pablo Magalhaes Chacel, Regina Ribeiro Parizi Carvalho (licenciada), Ricardo Jose Baptista, Silo Tadeu Silveira de Holanda Cavalcanti, Wirlande Santos da Luz, Alceu Jose Peixoto Pimentel, Eliane de Souza, Solimar Pinheiro da Silva, Ricardo Froes Camarao, Edevard Jose de Araujo, Luiz Augusto Pereira, Cantidio Drumond Neto, Jose Mauricio Batista, Nelma Rocha Barbosa, Jorge Alberto Mendonca, Claudio Jose Dias Klautau, Rafael Dias Marques Nogueira, Aldemir Humberto Soares, Geraldo Moreira Melo, Mario Jose Abdalla Saad, Nelson Grisard, Nilo Brandao Neto, Ida Perea Monteiro, Joao Maria de Miranda Monte, Noe de Cerqueira Fortes, Luiz Sallim Emed, Horacio Mario Fittipaldi Junior, Teresa Cristina Mayer Ventura da Nobrega, Domingos Macedo Coutinho, Eduardo Pinheiro Guerra, Wilde da Silva Neto, Jose Alberto Alvarenga, Antonio Leite Andrade, Juliano Blanco Canavarros, Roni Marques

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO

1. POPULAÇÃO X MÉDICOS

2. REDE DE ENSINO MÉDICO

- 2.1. Período de 1808 a 1959
- 2.2. Década de 1960
- 2.3. Décadas de 1970 e 1980
- 2.4. Década de 1990
- 2.5. Período 2000 a 2003

3. CONFIGURAÇÃO ADMINISTRATIVA DE CURSOS E VAGAS

4. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE

5. EXIGÊNCIAS LEGAIS

- 5.1. Sistemas Público Federal e Privado: Pré-Requisitos Mínimos
- 5.2. Sistemas Estadual e Municipal: Pré-Requisitos Mínimos

6. AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO DO MEC

- 6.1. Mecanismos institucionais
 - 6.1.1. Exame Nacional de Cursos –ENC
 - 6.1.2. Avaliação das Condições de Oferta –ACO
 - 6.1.3. Avaliação das Condições de Ensino –ACE

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

8. RECOMENDAÇÕES DO 10º ENEM

APRESENTAÇÃO

Não é de hoje que as entidades médicas brasileiras tentam incluir na agenda das políticas públicas a questão da avaliação e controle da abertura de cursos de medicina. Sempre tiveram interesse em relação ao número de escolas médicas, ao número de médicos que se formam ano a ano e à qualidade do ensino ofertado.

Diante do crescimento acelerado verificado na década de 1960, a Associação Médica Brasileira (AMB) encaminhou às autoridades responsáveis o documento “Problemática do Ensino Médico no Brasil”, cuja repercussão gerou a constituição pelo MEC da Comissão de Ensino Médico, em 1971. Após investigar o assunto, a comissão produziu o “Documento n.1”, que 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 proliferação indiscriminada de cursos de medicina e a ampliação de vagas nos cursos existentes, ocorridas na última década, acompanhada da queda da qualidade da formação acadêmica e dos honorários da classe, recolocaram a questão no rol das prioridades das entidades médicas.

Neste contexto, a AMB promoveu em 2002 fóruns regionais denominados “Novas Escolas de Medicina: Necessidade ou Oportunismo?”, que aconteceram em Curitiba, Belo Horizonte, Belém, Brasília e Salvador. A finalidade destes fóruns foi a definição de estratégias de ação político-institucionais e a adoção de um discurso nacional fundamentado e coeso, 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 Associação Médica Brasileira, que, juntamente com a socióloga e historiadora Maria Cristina Pieruccini, assina a autoria deste exaustivo trabalho de pesquisa **“Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: Relatório de um Cenário Sombrio”**, que ora temos a satisfação de divulgar à sociedade brasileira.

Os primeiros resultados desta mobilização começam a surgir. 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, por um período mínimo de 180 dias. As deliberações do CNS estão contidas na Resolução n. 324/03, publicada em D.O.U. de 15 de julho de 2003. Cabe ao CNE e ao MEC acatarem ou não a suspensão. Em outra resolução, de n. 325/03 o CNS recomenda a realização de audiência pública com a Comissão Especial de Avaliação para analisar os critérios atualmente adotados nos cursos da área de saúde.

As entidades médicas apóiam esta medida e acreditam que estas autorizações deveriam ser suspensas por um mínimo de dez anos, conforme propõe o Projeto de Lei 65/03 de autoria do Deputado Arlindo Chinaglia, e que este período sirva para se fazer uma minuciosa avaliação dos cursos existentes, cumprindo a legislação existente. Por outro lado, entendem ser, também, de alta prioridade a aprovação do Projeto de Lei nº 6.240, de 2002, cujo Art. 5º 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, no que diz respeito à necessidade social de abertura de novos cursos de medicina.

Ao defender estes projetos de leis, as entidades médicas não pretendem ferir princípios democráticos ou fechar portas ao 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.

A luta pela qualidade do ensino médico deve ser uma bandeira de toda a sociedade. Já é tempo das instâncias políticas decisórias despertarem-se para esta situação. Como, também, já é tempo da sociedade exigir que o setor de ensino médico seja urgentemente moralizado.

**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 ensinaria.” (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, ficariam 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 matéria 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.

Isto posto, o objetivo deste trabalho é traçar um amplo painel histórico de reconstituição do processo de constituição da rede de ensino médico brasileira, com ênfase nos aspectos quantitativos, distributivos e qualitativos, cujas conclusões possam servir, entre outras coisas, de subsídios à reivindicação de concessão de um período de moratória para a abertura de novos cursos de medicina, a exemplo do que ocorre nos Estados Unidos.

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 médicos por habitantes por regiões, estados, capitais e interior do Brasil; e 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 recredenciamento destes cursos no país, reconstituindo todos os trâmites e pré-requisitos necessários, bem como os mecanismos institucionais disponíveis para a realização das avaliações de desempenho dos graduandos de medicina e das condições de ensino das instituições formadoras. A seguir, analisou-se cuidadosamente os resultados obtidos nas quatro primeiras edições do Exame Nacional de Cursos e na Avaliação das Condições de Oferta realizadas em 1999 e 2000.

A partir dos resultados obtidos na análise dos dados, o trabalho faz recomendações importantes tendo em vista contribuir para o reordenamento do setor, principalmente no tocante à melhoria da qualidade do ensino médico. Isto porque, entende-se que a manutenção de cursos de baixa qualidade reveste-se em um ato prejudicial à sociedade, por servir-se de cursos que não propiciarão aos seus egressos condições competitivas de enfrentar o mercado de trabalho. Situação que, em vez de beneficiar, está ajudando a manter as desigualdades sociais. Mas, em se tratando da Medicina, agrega-se um elemento tão ou mais importante que o direito do cidadão obter uma boa formação profissional, envolvendo diretamente a qualidade do atendimento que estes profissionais dispensarão à saúde da população. Em outras palavras, 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 mantém 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 evidencia 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

TABELA 1 – RELAÇÃO DE MÉDICO / HABITANTES POR REGIÃO, UNIDADE DA FEDERAÇÃO, CAPITAL E INTERIOR E PERCENTUAIS DE MÉDICOS ATIVOS E POPULAÇÃO - BRASIL / MAIO 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	70
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	79
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	63
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	74
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	87
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: CFM e IBGE

QUADRO 1 – RELAÇÃO CRESCENTE DE MÉDICO POR HABITANTES POR ESTADO, CAPITAL E INTERIOR - BRASIL / JULHO 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: CFM e IBGE

Resultados obtidos da compilação de dados da TABELA 14

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.

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.

2. CURSOS DE MEDICINA: QUANDO E ONDE SURGIRAM

2.1. 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

QUADRO 2 - CURSOS DE MEDICINA POR PERÍODO, 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 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

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).

2.2. A 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 Kellog, 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).

QUADRO 3 - CURSOS DE MEDICINA POR PERÍODO, 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 – Aracaju/ 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 REGIÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA – BRASIL / 1808-1959

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

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 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.

2.3. 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.

2.4. 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 (Provaão)*, 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.

QUADRO 4 - CURSOS DE MEDICINA POR PERÍODO 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 REGIÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA – BRASIL / 1808-1959

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

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

Fonte: DAES/INEP/MEC

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CURSOS DE MEDICINA POR 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

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 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.

Quanto à vinculação administrativa, os cursos

privados prevalecem em 13 (76,4%), a maior concentração verificada em todos os períodos.

2.5. Período 2000 a 2003

Os três primeiros anos desta década, que assinalam o final do governo de Fernando Henrique Cardoso, ficará registrado como sendo o período em que, proporcionalmente, mais houve proliferação de escolas médicas no país. Vinte novos cursos de medicina receberam do MEC autorização de funcionamento, embora a maioria deles não tenha obtido parecer favorável do Conselho Nacional de Saúde. Chama a atenção, também, neste período o incremento de 1.290 novas vagas/ano (12%).

Surpreendentemente, tudo isso ocorre paralelamente ao processo de reforma do ensino médico em curso, no qual, em busca da melhoria da qualidade do ensino, as instituições são convocadas a adotar as regras do Decreto nº 3.860, de 9 de julho de 2001, que passa a orientar a organização e avaliação de cursos e instituições de ensino superior, bem como adotar as Diretrizes Curriculares Nacionais 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.

Os dados do Quadro 6 indicam que, em termos regionais, o Norte e o Centro-Oeste do-

braram o número de cursos, nos três últimos anos, passando ambos de 5 a 10, o que resultou em um incremento de vagas/ano da ordem de 79% e 94%, respectivamente. O número de cursos de medicina do Nordeste, por sua vez, cresceu de 14 para 19 (35%), aumentando as vagas/ano na região em 62%. O Maranhão, estado com a maior relação médico/habitante do país, receberá um incremento de 112% no número de vagas/ano (Tabela 9).

Cabe destaque ao Ceará e ao Distrito Federal, que receberam cada um três novos cursos de medicina. É importante realçar que, em ambas os estados, se passou de um para quatro cursos. Em termos de vagas/ano, significou um incremento de 322% no Distrito Federal e de 120% no Ceará (Tabela 6).

Minoria desde os anos 70, os cursos públicos de medicina começam a recuperar terreno e atingem 52,6% do total, a partir do ano 2000.

QUADRO 6 – CURSOS DE MEDICINA POR PERÍODO, CATEGORIA ADMINISTRATIVA E Nº DE VAGAS – BRASIL 1990 / 2002

Nº	FUNDAÇÃO	ENTIDADE	CATEG. ADM.
01.	2000	Universidade para Desenv. do Estado e da Região do Pantanal – Campo Grande / MS	Privada
02.	2000	Univ. Federal do Mato Grosso do Sul – Dourados / MS	Federal
03.	2000	Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte / CE	Privada
04.	2000	Universidade do Extremo Sul Catarinense – Criciúma/ SC	Municipal
05.	2001	Universidade Estadual de Santa Cruz – Ilhéus / BA	Estadual
06.	2001	Univ. Fed. do Ceará: Curso de Sobral – Fortaleza/ CE	Federal
07.	2001	Univ. Fed. do Ceará: Curso de Barbalha – Fortaleza / CE	Federal
08.	2001	Universidade de Uberaba /MG	Privada
09.	2001	Faculdade de Medicina de Caratinga / MG	Privada
10.	2001	Pontifícia Universidade Católica de Brasília / DF	Privada
11.	2001	Escola Superior de Ciências da Saúde / DF	Estadual
12.	2001	Universidade do Estado do Amazonas – Manaus / AM	Estadual
13.	2002	Centro Universitário Nilton Lins – Manaus/ AM	Privada
14.	2002	Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas de Gurupi / TO	Municipal
15.	2002	Faculdade de Medicina do Planalto Central – Brasília / DF	Privada
16.	2002	Universidade Federal do Acre – Rio Branco / AC	Federal
17.	2002	Universidade Federal de Rondônia – Porto Velho / RO	Federal
18.	2002	Centro Universitário Positivo – Curitiba/PR	Privada
19.	2002	Centro Universitário do Maranhão / MA	Privada
20.	2003	Universidade Cidade de São Paulo / SP	Privada
TOTAL			116

Fonte: DAES/INEP/MEC

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CURSOS DE MEDICINA POR REGIÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA – BRASIL / 2000-2003

REGIÃO	Nº CURSOS	%	CATEG. ADM.	Nº CURSOS	%
Norte	05	25	PÚBLICOS	10	50
Nordeste	05	25	Federal	05	25
Centro-Oeste	05	25	Estadual	03	15
Sudeste	03	15	Municipal	02	10
Sul	02	10	PPRIVADOS	10	50
TOTAL	20	100		20	100

Fonte: DAES/INEP/MEC

TABELA 7– DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CURSOS DE MEDICINA POR REGIÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA – BRASIL / MAIO 2003

Categoria Administrativa	Norte	%	Nordeste	%	Centro-Oeste	%	Sudeste	%	Sul	%	Total	%
PÚBLICOS	08	80,0	16	84,2	06	60,0	19	35,2	12	52,2	61	52,6
Federal	05	50,0	12	63,1	05	50,0	09	16,7	07	30,4	38	32,8
Estadual	02	20,0	04	21,1	01	10,0	08	14,8	03	13,0	18	15,5
Municipal	01	10,0	—	—	—	—	02	3,7	02	8,8	05	4,3
PRIVADOS	02	20,0	03	15,8	04	40,0	35	64,8	11	47,8	55	47,4
TOTAL	10	8,6	19	16,4	10	8,6	54	46,6	23	19,8	116	100

Fonte: DAES/INEP/MEC

Em Minas Gerais, em 2001, foram criadas mais três cursos de medicina privados, que, não obstante, estarem *sub judice* e não constarem do cadastro do MEC, estão em funcionamento. São eles: Faculdade de Medicina de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina do Vale do Aço, em Ipatinga, e Faculdade de Medicina da Universidade de Alfenas, Campus de Belo Horizonte, totalizando mais 200 vagas/ano para o estado.

Outro curso recebeu em 2001 autorização de funcionamento. Trata-se do curso estadual de medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa, no Paraná. 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.

3. CONFIGURAÇÃO ADMINISTRATIVA DE CURSOS E VAGAS

Em termos de Brasil, pode-se dizer que há uma situação de equilíbrio em relação ao total de cursos públicos (53%) e privados (47%), desempenho que

se repete no Sul do país. Os cursos privados somente são a maioria no Sudeste (64,8%), onde estão concentrados os maiores grupos empresariais da educação. O ensino privado ganhou espaço diante da capacidade limitada de investimentos do poder público.

Merece destaque o fato de que, dos 16 cursos de medicina do Nordeste, só existam três privados (15,8%), na Bahia, no Ceará e no Maranhão. Esta prevalência de cursos públicos se repete também no Norte, com 80% e no Centro-Oeste, com 60% (Tabela 7).

Quanto aos cursos estaduais, a concentração maior está em São Paulo, com seis (33,3%), e no Paraná com três (16,7%).

Do total de cinco cursos de medicina mantidos por municípios, São Paulo e Santa Catarina sediam dois (40%) cada; o outro foi criado recentemente no Tocantins.

Esta mesma situação de equilíbrio se constata em relação às vagas públicas e privadas, que igualmente são maioria apenas no Sudeste (64,4%) (Tabela 8).

No que diz respeito ao número de cursos e de vagas para medicina, cerca de 70% deles estão concentrados no Sul e Sudeste. O Sul e o Nordeste se equivalem em relação ao número de cursos e vagas (16%) (Tabela 9).

A distribuição de cursos e vagas por estado pode ser conferida na Tabela 10.

A média de vagas por curso é de 92, 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 e as 40 vagas dos cursos da Universidade Federal de Rondônia e da Universidade Federal do Acre (Quadro 8).

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

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.

4. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO X MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Artigo 200, Incisos III e IV da Constituição Federal 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 entre os Ministérios da Educação e da Saúde e ausência de propostas articuladas voltadas ao cumprimento dos dispositivos constitucionais de formação de profissionais de saúde para o SUS.

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE VAGAS DE MEDICINA POR REGIÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA – BRASIL / MAIO 2003

Categoria Administrativa	Norte	%	Nordeste	%	Centro-Oeste	%	Sudeste	%	Sul	%	Total	%
PÚBLICOS	632	77,8	1.390	77,6	362	56,4	2.041	35,6	999	57,2	5.424	50,6
Federal	362	44,5	1.110	62,0	282	43,9	1.282	22,4	761	43,6	3.797	35,4
Estadual	220	27,1	280	15,6	80	12,5	619	10,8	160	9,2	1.359	12,7
Municipal	50	6,2	—	—	—	—	140	2,4	78	4,4	268	2,5
PRIVADOS	180	22,2	400	22,3	280	43,6	3.682	64,4	747	42,8	5.289	49,4
TOTAL	812	7,6	1.790	16,7	642	6,0	5.723	53,4	1.746	16,3	10.713	100

Fonte: DAES/INEP/MEC

TABELA 9 – NÚMERO PERCENTUAL DE CURSOS DE MEDICINA E DE VAGAS POR REGIÕES – BRASIL / MAIO 2003

REGIÃO	Nº CURSOS	%	Nº VAGAS	%
Norte	10	8,6	812	7,6
Nordeste	19	16,4	1.790	16,7
Centro-Oeste	10	8,6	642	6,0
Sul	23	19,8	1.746	16,3
Sudeste	54	46,6	5.723	53,4
TOTAL	116	100	10.713	100

Fonte: DAES/INEP/MEC

TABELA 10 – NÚMERO E PERCENTUAIS DE CURSOS DE MEDICINA E DE VAGAS POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO – BRASIL / JULHO 2003

ESTADO	Nº CURSOS	%	Nº VAGAS	%
São Paulo	24	20,7	2.243	20,9
Rio de Janeiro	16	13,8	2.000	18,7
Minas Gerais *	12	10,3	1.280	11,9
Rio Grande do Sul	10	8,6	829	7,7
Paraná	07	6,0	626	5,8
Santa Catarina	06	5,2	291	2,7
Ceará	04	3,4	330	3,1
Distrito Federal	04	3,4	262	2,4
Amazonas	03	2,6	332	3,1
Bahia	03	2,6	400	3,7
Mato Grosso do Sul	03	2,6	160	1,5
Alagoas	02	1,7	130	1,2
Espírito Santo	02	1,7	200	1,9
Pará	02	1,7	250	1,7
Paraíba	02	1,7	180	1,7
Pernambuco	02	1,7	290	2,7
Piauí	02	1,7	100	0,9
Maranhão	02	1,7	190	1,8
Mato Grosso	02	1,7	140	1,3
Tocantins	02	1,7	130	1,2
Acre	01	0,9	40	0,4
Goiás	01	0,9	80	0,7
Rio Grande do Norte	01	0,9	90	0,8
Rondônia	01	0,9	40	0,4
Roraima	01	0,9	20	0,2
Sergipe	01	0,9	80	0,7
Amapá	0	0	0	0
TOTAL	116	100	10.713	100

Fontes: IBGE, CFM e DAES/INEP/MEC

* OBS: Não estão incluídos os três cursos de medicina privados, criados em Minas Gerais em 2001, pela razão de estarem *sub-judice* e não constarem do cadastro oficial do MEC.

A Resolução nº 4 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 Ministério da Saúde cobra uma ação conjunta com o MEC no plano das políticas de formação de recursos humanos em saúde (Diretrizes Curriculares, Avaliação das Condições de Ensino, Exame Nacional de Cursos, residência médica, hospitais universitários). 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 Ministério da Saúde, 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.

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.

5. EXIGÊNCIAS LEGAIS

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 Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, 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:

“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** – 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 Ministério da Educação (MEC) e do Conselho Nacional de Educação (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: Ministério da Educação (MEC) e Conselho Nacional de Educação (CNE), quando forem instituições públicas federais ou privadas.

A situação legal do 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.

5.1. 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. O que diferencia os cursos de medicina, odontologia e psicologia dos demais está previsto em seu Capítulo V:

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.

Dessa forma, conclui-se, que é condição indispensável para a criação de curso de medicina a manifestação do CNS, além de deliberação da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação e homologação pelo Ministro de Estado da Educação. Tudo isso em função da especificidade e importância do curso.

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

QUADRO 8 - DISTRIBUIÇÃO DE CURSOS DE MEDICINA E VAGAS POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO,

FUNDAÇÃO		NOME DA INSTITUIÇÃO	CATEGORIA ADMINISTRATIVA	VAGAS VESTIBULAR	%
SÃO PAULO				2.243	20,9
01	1913	Universidade de São Paulo (Campus SP)	Estadual	175	
02	1933	Universidade Federal de São Paulo –Escola Paulista de Medicina	Federal	110	
03	1951	Pontifícia Univ. Católica de São Paulo (Sorocaba)	Privada	100	
04	1952	Universidade de São Paulo (Campus Ribeirão Preto)	Estadual	100	
05	1963	Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho – Botucatu	Estadual	90	
06	1963	Universidade Estadual de Campinas	Estadual	110	
07	1963	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo	Privada	100	
08	1967	Centro Universitário Lusíada – Santos	Privada	120	
09	1967	Universidade de Taubaté	Municipal	80	
10	1967	Faculdade de Medicina de Marília	Estadual	80	
11	1968	Universidade de Mogi das Cruzes	Particular	60	
12	1968	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	Estadual	64	
13	1969	Faculdade de Medicina do ABC / Santo André	Privada	100	
14	1969	Faculdade de Medicina de Jundiaí	Municipal	60	
15	1970	Faculdade de Medicina de Catanduva	Privada	64	
16	1970	Universidade de Santo Amaro	Privada	80	
17	1971	Universidade São Francisco – Bragança	Privada	80	
18	1976	Pontifícia Universidade Católica de Campinas	Privada	90	
19	1988	Universidade do Oeste Paulista–Presidente Prudente	Privada	120	
20	1996	Universidade de Marília	Privada	100	
21	1997	Universidade de Ribeirão Preto	Privada	120	
22	1998	Universidade Metropolitana de Santos	Privada	80	
23	1999	Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto	Privada	60	
24	2003	Universidade Cidade de São Paulo	Privada	100	
RIO DE JANEIRO				2.000	18,7
01	1808	Universidade Federal do Rio de Janeiro	Federal	192	
02	1912	Universidade do Rio de Janeiro	Federal	100	
03	1926	Universidade Federal Fluminense – Niterói	Federal	160	
04	1936	Univ. do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro	Estadual	92	
05	1965	Universidade Gama Filho – Rio de Janeiro	Privada	200	
06	1967	Faculdade de Medicina de Petrópolis	Privada	110	
07	1967	Faculdade Medicina de Campos – Campos de Goytacazes	Privada	80	
08	1968	Centro Universitário de Volta Redonda	Privada	120	
09	1968	Centro de Ensino Superior de Valença	Privada	80	
10	1969	Universidade Severino Sombra – Vassouras	Privada	160	
11	1970	Faculdades Unificadas Serra dos Órgãos –Terresópolis	Privada	144	
12	1971	Escola de Medicina Souza Marques - Rio de Janeiro	Privada	192	
13	1977	Universidade de Iguazu (Campus Nova Iguazu)	Privada	80	
14	1997	Universidade do Grande Rio Prof. José Souza Herdy	Privada	120	
15	1997	Universidade Estácio de Sá – Rio de Janeiro	Privada	120	
16	1997	Universidade Iguazu (Campus Itaperuna)	Privada	50	
MINAS GERAIS				1.280	11,9
01.	1918	Univ. Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte	Federal	320	
02.	1951	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte	Privada	80	
03.	1952	Universidade Federal de Juiz de Fora	Federal	160	
04.	1954	Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro – Uberaba	Federal	80	
05.	1968	Fundação de Ensino Superior do vale do Sapucaí – Pouso Alegre	Privada	70	
06.	1968	Fundação Universidade Federal de Uberlândia	Federal	80	
07.	1968	Faculdade de Medicina de Itajuba	Privada	60	
08.	1969	Universidade Estadual de Montes Claros	Estadual	40	
09.	1971	Faculdade de Medicina de Barbacena	Privada	100	
10.	1989	Universidade de Alfenas	Privada	160	
11.	2001	Faculdade de Medicina de Caratinga	Privada	40	
12.	2001	Universidade de Uberaba	Privada	90	
RIO GRANDE DO SUL				829	7,7
01.	1898	Univ. Fed. do Rio Grande do Sul – Porto Alegre	Federal	140	
02.	1954	Universidade Federal de Santa Maria	Federal	100	
03.	1959	Fundação Universidade Federal de Pelotas	Federal	90	
04.	1961	Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre / RS	Federal	89	
05.	1963	Universidade Católica de Pelotas	Privada	80	
06.	1966	Fundação Univ. Federal do Rio Grande – Rio Grande	Federal	66	
07.	1968	Universidade de Caxias do Sul	Privada	60	
08.	1970	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre	Privada	74	
09.	1970	Universidade de Paço Fundo	Privada	50	
10.	1996	Universidade Luterana do Brasil – Canoas	Privada	80	
PARANÁ				626	5,8
01.	1912	Universidade Federal do Paraná – Curitiba	Federal	176	
02.	1957	Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba	Privada	180	
03.	1967	Universidade Estadual de Londrina	Estadual	80	
04.	1968	Fac. Evangélica do Paraná– Curitiba	Privada	60	
05.	1988	Universidade Estadual de Maringá	Estadual	40	
06.	1996	Univ. Estadual do Oeste do Paraná – Cascavel	Estadual	40	
07.	2002	Centro Universitário Positivo – Curitiba	Privada	50	

ANO DE FUNDAÇÃO E CATEGORIA ADMINISTRATIVA – BRASIL / 1.808 – 2002

FUNDAÇÃO	NOME DA INSTITUIÇÃO	CATEGORIA ADMINISTRATIVA	VAGAS VESTIBULAR	%
SANTA CATARINA			291	2,8
01.	1963	Universidade Federal de Santa Catarina	Federal	100
02.	1990	Universidade Regional de Blumenau / SC	Municipal	48
03.	1998	Universidade do Vale do Itajaí / SC	Privada	33
04.	1999	Universidade da Região de Joinville	Privada	40
05.	1999	Universidade do Sul de Santa Catarina -Tubarão	Privada	40
06.	2000	Univ. do Extremo Sul Catarinense -Criciúma	Municipal	30
CEARÁ			330	3,1
01.	1948	Universidade Federal do Ceará – Fortaleza	Federal	150
02.	2000	Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte	Privada	100
03.	2001	Universidade Federal do Ceará: Curso de Sobral - Fortaleza	Federal	40
04.	2001	Universidade Federal do Ceará: Curso de Barbalha - Fortaleza	Federal	40
DISTRITO FEDERAL			262	2,4
01.	1962	Universidade de Brasília	Federal	62
02.	2001	Pontifícia Universidade Católica de Brasília	Privada	80
03.	2001	Escola Superior de Ciências da Saúde	Estadual	80
04.	2002	Faculdade de Medicina do Planalto Central	Privada	40
AMAZONAS			332	3,0
01.	1966	Universidade Federal do Amazonas – Manaus	Federal	112
02.	2001	Universidade do Estado do Amazonas	Estadual	120
03.	2002	Centro Universitário Nilton Lins – Manaus	Privada	100
BAHIA			400	3,7
01	1808	Universidade Federal da Bahia – Salvador	Federal	160
02	1952	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador	Privada	200
03	2001	Universidade Estadual de Santa Cruz- Ilhéus	Estadual	40
MATO GROSSO DO SUL			160	1,5
01.	1968	Univ. Fed. Mato Grosso do Sul - Campo Grande	Federal	50
02.	2000	Univ. Fed. Mato Grosso do Sul – Dourados	Federal	50
03.	2000	Univ. para o Desenv. do Estado e da Região do Pantanal – Campo Grande	Privada	60
ALAGOAS			130	1,2
01.	1951	Universidade Federal de Alagoas – Maceió	Federal	80
02.	1970	Escola de Ciências Médicas de Alagoas – Maceió	Estadual	50
ESPIRITO SANTO			200	1,9
01.	1961	Universidade Federal do Espírito Santo – Vitória	Federal	80
02.	1968	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória	Privada	120
MATO GROSSO			140	1,3
01.	1978	Universidade Federal de Mato Grosso – Cuiabá	Federal	40
02.	1997	Universidade de Cuiabá	Privada	100
MARANHÃO			190	1,8
01.	1958	Fund. Univ. Fed. do Maranhão–São Luiz	Federal	90
02.	2002	Centro Universitário do Maranhão – São Luiz	Privada	100
PARÁ			250	2,3
01.	1919	Universidade Federal do Pará – Belém / PA	Federal	150
02.	1971	Universidade do Estado do Pará - Belém / PA	Estadual	100
PARAIBA			180	1,7
01.	1951	Univ. Fed. da Paraíba (João Pessoa)	Federal	100
02.	1979	Univ. Fed. Paraíba (Campina Grande)	Federal	80
PERNAMBUCO			290	2,7
01.	1920	Univ. Fed. de Pernambuco – Recife / PE	Federal	140
02.	1951	Univ. Estadual de Pernambuco– Recife / PE	Estadual	150
PIAUI			100	0,9
01.	1968	Universidade Federal do Piauí- Teresina	Federal	60
02.	1998	Universidade Estadual do Piauí – Teresina	Estadual	40
ACRE			40	0,4
01.	2002	Universidade Federal do Acre	Federal	40
GOLÁS			80	0,7
01.	1960	Universidade Federal de Goiás – Goiânia	Federal	80
RIO GRANDE DO NORTE			90	0,8
01.	1956	Univ. Fed. do Rio Grande do Norte – Natal	Federal	90
RONDÔNIA			40	0,4
01.	2002	Universidade Federal de Rondônia	Federal	40
RORAIMA			20	0,2
01.	1994	Univ. Fed. de Roraima – Boa Vista	Federal	20
SERGIPE			80	0,7
01.	1961	Univ. Fed. de Sergipe – Aracajú	Federal	80
TOCANTINS			130	1,2
01.	1999	Faculdade de Medicina de Araguaína	Privada	80
02.	2002	Fac. de Filos. e Ciênc. Humanas de Gurupi	Municipal	50
116	10.713			100

Fonte: DAES/INEP/MEC-ENC

OBS: Estão relacionados somente os cursos de medicina que têm atos normativos no MEC, excluindo-se, então, três cursos em funcionamento em Minas Gerais, em situação *sub judice*: Faculdade de Medicina da Universidade de Alfenas (Campus Belo Horizonte), Faculdade de Medicina do Vale do Aço (Ipatinga) e Universidade Presidente Antônio Carlos (Juiz de Fora)

diversos cursos de medicina sejam autorizados pelo Conselho Nacional de Educação e homologados pelo Ministro da Educação, apesar de pareceres contrários do CNS.

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 socioeconômicos, 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.

5.2. 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 Conselho Nacional de Saúde, 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

Por outro lado, o Decreto nº 3860/01 dispõe, em seu Artigo 27, que 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**, deixando dúvida interpretativa no concernente à abrangência da determinação, embora o bom senso indique que a norma é aplicável a todos aqueles cursos, sejam eles de instituições privadas ou integrantes de qualquer dos sistemas de ensino, sejam federal ou estaduais.

6. AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO DO MEC

6.1. Mecanismos institucionais

O Decreto 3.860/01, ao distribuir tarefas, atribui ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação (Inep/MEC) também a responsabilidade de avaliação do ensino superior, que passa a se chamar de *Avaliação das Condições de Ensino* (ACE), em substituição a *Avaliação das Condições de Oferta* (ACO), que estava sobre a responsabilidade da Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC).

Não se tratou apenas de uma mudança de nome, mas também de concepção e objetivos. Denominava-se de oferta porque procurava avaliar se a instituição tinha condições de ofertar determinado curso. Agora, a avaliação é feita posteriormente à implantação do curso. Daí, avaliar as condições do ensino que está sendo ministrado pela instituição.

Esta, porém, não é a única avaliação do Sistema de Avaliação da Educação Superior (SAES). Há, também, o *Exame Nacional de Cursos* (ENC), mais conhecido como Provão. É por meio destas avaliações que a SESu/MEC supervisiona e procura garantir padrões mínimos de qualidade nos cursos de educação superior no Brasil.

No caso de medicina, existe uma comissão que aprecia tanto o desempenho dos cursos no ENC, quanto as questões específicas da área na sistemática de avaliação das condições de ensino. Esta comissão é constituída por ato do Ministro da Educação, a partir de solicitação do Inep/MEC de indicação de representantes ligados diretamente ao ensino de graduação em Medicina ao Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Associação Médica Brasileira (AMB) e SESu/MEC. Tal comissão tem as seguintes atribuições:

- a) definir a abrangência, os objetivos, as diretrizes e outras especificações necessárias à elaboração dos instrumentos de avaliação a serem aplicados no ENC;
- b) proceder a uma avaliação do ENC, com o objetivo de aprimoramento do processo;
- c) estabelecer procedimentos e orientar o processo de avaliação *in loco* das condições de ensino dos cursos de medicina.

A SESu/MEC não tem mais as antigas Comissões de Especialistas, e sim os comitês determinados pelo Decreto 3.860/01 e assessorias para tratar de assuntos específicos. Por exemplo, na questão de autorização de cursos sempre são convocados pessoas de notório saber na área. O Inep/MEC, por sua vez, é um instituto de pesquisa sem poder de decisão e de supervisão, que, além de realizar levantamentos e produzir estatísticas de ensino, mobiliza entidades e pessoas nos processos de avaliações, cujos resultados são encaminhados à SESu/MEC.

Cabe ao Conselho Nacional de Educação

(CNE), finalmente, deliberar quanto ao reconhecimento de cursos e habilitações, ao credenciamento e ao credenciamento periódico das instituições de ensino superior, a partir dos relatórios das avaliações dos cursos e outros dados resultantes da análise de documentos e de acompanhamento, subsídios compilados pela SESu/MEC.

No caso da Medicina, até agora, só foram avaliados pelo Inep aqueles casos de cursos que tinham processos de reconhecimento ou de renovação de reconhecimento abertos na SESu/MEC. Razão pela qual se trabalhará apenas com os resultados obtidos na Avaliação das Condições de Oferta (ACO). As propostas de mudanças no Sistema de Avaliação da Educação Superior estão sendo discutidas por uma comissão nacional criada pelo ministro Cristovam Buarque, que está promovendo audiências com diversos setores da sociedade para debater o assunto.

6.1.1. Exame Nacional de Cursos - ENC

O *Exame Nacional dos Cursos de Medicina* foi criado por força da Lei 9.131/95. Todas as instituições que têm graduandos durante o ano letivo vigente estão obrigadas por lei a inscreverem seus alunos ao ENC. Seus objetivos são:

- 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 partir daquilo que a sociedade e a própria área definiu como essencial de ser dominado em termos de conhecimentos, habilidades e competências, o ENC, muito mais que atribuir conceitos, busca verificar em que medida os cursos se aproximam do esperado e com isso oferecer elementos para realimentar a reflexão interna da sua proposta pedagógica, mobilizando docentes e alunos (PILATI, 2003).

O ENC, no entanto, 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 instituições. Se compareciam à prova, entregavam-na em branco ou zerada. Tal fato compromete bastante os resultados obtidos.

A atribuição de conceitos aos cursos de medicina segue a seguinte metodologia: conhecido o desempenho de 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 são 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.

Os resultados individuais do ENC são encaminhados pelo MEC exclusivamente ao estudante e espera-se, com isso, que seja aproveitado como elemento importante na definição de estratégias para o seu desenvolvimento profissional e pessoal.

Analisando-se a distribuição dos conceitos por região geográfica (Tabela 11), verifica-se que:

- **Região Norte:** nenhum dos quatro cursos que participaram, até agora, dos ENC de medicina alcançaram conceitos A e B, com o agravante de que em 2000, 50% alcançaram D e 50% E; em 2001, 50% obtiveram D e 25% E; e, em 2002, quando todos receberam conceitos E.
- **Região Nordeste:** somente em 1999 aparece um conceito A entre os 13 cursos que participaram dos ENC. Em 2002, também, não houve nenhum curso classificado com conceitos A e B. Cerca da metade dos cursos nordestinos obtiveram conceitos C, a partir de 2000. Os conceitos D e E, somados, aumentaram de 23,1% (1999) para 38,5% (2000 e 2001) e 53,9% (2002). O conceito E, que se mantinha em apenas um curso (7,7%), passou para cinco (38,5%), em 2002.

- **Região Centro-Oeste:** em 1999, 25% dos quatro cursos que participaram do ENC receberam conceitos A e outros 25% receberam B. Em 2000, sobe para 50% a obtenção de conceitos A. Em 2002, todos os cursos receberam conceitos C, que vinham sendo atribuídos a 50% dos cursos da região.

- **Região Sudeste:** nos três primeiros anos do ENC, a obtenção de conceitos A manteve-se em sete (15%), passando em 2002 para 11 (22%). Também no Sudeste, o conceito C é maioria.

- **Região Sul:** merece destaque o fato de que, em 2002, nenhum dos 18 cursos participantes do ENC obtiveram conceitos D e E, resultando no fato de que o Sul é a única região que apresentou uma melhora crescente em seus resultados. O maior percentual de conceitos C obtido por região (68,8%) ocorreu em 1999 e foi declinando até chegar a 38,9%, empatando com o percentual de conceitos B. Estes, juntamente com os conceitos A, tiveram percentuais progressivos.

Os dados da Tabela 12 permitem destacar os seguintes pontos:

✓ 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 30%, os C, sozinhos, mantêm-se em torno de 30%, sendo, portanto, a maioria. Os conceitos D e E, somados, apresentam um crescimento entre 16% e 24%.

Entre as públicas, as estaduais têm tido melhores desempenhos, com 61,5% de conceitos A e B em 1999; 57,1% em 2000; 53,8% em 2001; e 78,6% em 2002. 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 42,5% de conceitos A e B em 1999 e 2000; 36% em 2001 e 33,3% em 2002. As municipais, por sua vez, têm repetido nos ENC de 2002 e 2001, 33,3% de conceitos A. Em 2000, receberam 60% de conceitos B,

sem terem alcançado nenhum A. Quanto aos conceitos C, são maioria nas federais e minoria nas estaduais. Nas municipais, variam de 20% a 67%.

✓ Instituições privadas

No ENC de 1999 não foi atribuído nenhum conceito A às instituições privadas. Nos anos seguintes, apenas duas instituições alcançaram este conceito (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul). Já os conceitos B oscilam entre 6% e 21%. Da mesma forma que nas federais, o conceito C é a maioria nas privadas, oscilando entre 47% a 62%. Por fim, os conceitos D e E, somados, alcançam 47%, em 1999; 34%, em 2000; e 25% e 27%, nos anos seguintes.

Dos 23 cursos privados criados nos últimos doze anos, até agora, somente três participaram do ENC, obtendo conceitos D e E.

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% – crescimento de 42%

Conceitos B entre 18% e 14% – redução de 22%

Conceitos C entre 41% e 44% – crescimento de 7%

Conceitos D entre 20% e 11% – redução de 45%

Conceitos E entre 9% e 14% – crescimento de 55%

Os resultados obtidos no ENC comprometem a eficácia deste processo de avaliação, enquanto elemento de contribuição ao estabelecimento de novos padrões de qualidade para o ensino médico.

TABELA 11 – 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	31	08	18	02	13	01	25	15	18
	C	01	25	05	38	04	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	13	02	50	11	13
	B	0	0	01	08	11	25	04	25	0	0	16	20
	C	0	0	07	53	17	39	07	43	02	50	33	41
	D	02	50	04	31	07	16	02	13	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	53	21	46	06	35	02	50	35	42
	D	02	50	04	31	04	09	01	06	0	0	09	11
	E	01	25	01	08	04	09	01	06	0	0	11	13
	Total	4	100	13	100	45	100	17	100	4	100	83	100
2002	A	0	0	0	0	11	23	04	22	0	0	15	17
	B	0	0	0	0	05	10	07	39	0	0	12	14
	C	0	0	06	46	21	44	07	39	04	100	38	44
	D	0	0	02	15	08	17	0	0	0	0	10	11
	E	04	100	05	39	03	06	0	0	0	0	12	14
	Total	04	100	13	100	48	100	18	100	04	100	87	100

Fonte: DAES/INEP/MEC-ENC

TABELA 12 – RESULTADOS PERCENTUAIS DE CURSOS DE MEDICINA POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA, SEGUNDO O CONCEITO OBTIDO NO EXAME NACIONAL DE CURSOS - BRASIL 1999 A 2002

Ano	Conceito	CATEGORIA ADMINISTRATIVA											
		Federal		Estadual		Municipal		Total Pública		Privada		Total Brasil	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1999	A	05	15	05	38	0	0	10	20	0	0	10	12
	B	09	27	03	23	01	33	13	27	02	06	15	18
	C	15	46	02	15	01	33	18	37	15	47	33	41
	D	03	09	02	15	01	33	06	12	10	31	16	20
	E	01	03	01	08	0	0	02	04	05	16	07	09
	Total	33	100	13	100	3	100	49	100	32	100	81	100
2000	A	05	15	05	36	0	0	10	19	01	04	11	14
	B	09	27	03	21	03	60	15	29	01	04	16	20
	C	11	33	04	29	01	20	16	31	17	58	33	41
	D	07	21	0	0	01	20	08	15	07	24	15	18
	E	01	03	02	14	0	0	03	06	03	10	06	07
	Total	33	100	14	100	5	100	52	100	29	100	81	100
2001	A	05	15	04	31	01	33	10	20	01	03	11	13
	B	07	21	03	23	0	0	10	20	07	21	17	20
	C	13	39	02	15	02	67	17	35	18	53	35	42
	D	03	09	01	08	0	0	04	08	05	14	09	11
	E	05	15	03	23	0	0	08	16	03	09	11	13
	Total	33	100	13	100	03	100	49	100	34	100	83	100
2002	A	06	18	06	43	01	33	13	26	01	03	14	16
	B	05	15	05	36	0	0	10	20	02	06	12	14
	C	14	42	0	0	01	33	15	30	23	62	38	44
	D	02	06	0	0	01	33	03	06	07	19	10	11
	E	06	18	03	21	0	0	09	18	03	08	12	14
	Total	33	100	14	100	03	100	50	100	37	100	87	100

Fonte: DAES/INEP/MEC-ENC

Isto porque os resultados vêm se mantendo com alterações positivas mínimas. Não se observa aumento nos cerca de 30% de cursos com conceitos A e B e a média de 40% com conceito C permanece inalterada. Por outro lado, não se observa diminuição nos cerca de 25% de cursos com conceitos D e E.

Elaborada em 40 questões de múltipla escolha e 10 dissertativas, a prova do ENC tem recebido críticas de associações científicas, profissionais, sindicais, estudantis, de gestores de cursos de diversas áreas e de pesquisadores na área de avaliação. De acordo com o presidente do Inep/MEC, Otaviano Helene, as mudanças são necessárias, pois o Provão, como está sendo aplicado, não cumpre 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 consideram o ENC a melhor forma de avaliação dos cursos de medicina, pois da forma como é elaborado não testa as habilidades do graduando, apenas sua memória. E, ainda, por ser realizado ao final do curso, não possibilita a correção das deficiências do graduando.

6.1.2. Avaliação das Condições de Oferta – ACO

Considerando que, até agora, só foram avaliados pelo Inep/MEC, dentro da nova metodologia da Avaliação das Condições de Ensino, aqueles casos de cursos que tinham processos de reconhecimento ou de renovação de reconhecimento abertos na SESu/MEC, ainda é válido se trabalhar com

TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL DE CONCEITOS NA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE OFERTA POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA – BRASIL / 1999 E 2000

ASPECTOS AVALIADOS	CMB	%	CB	%	CR	%	CI	%
Públicas	30	86	56	57	45	56	07	28
Corpo Docente	10	-	15	-	18	-	02	-
Org. Didático - Pedagógica	10	-	24	-	12	-	01	-
Instalações	10	-	17	-	15	-	04	-
Privadas	05	24	42	43	35	44	18	72
Corpo Docente	—	-	06	-	16	-	12	-
Org. Didático - Pedagógica	2	-	21	-	07	-	03	-
Instalações	3	-	15	-	12	-	03	-
TOTAL	35	100	98	100	80	100	25	100

Fonte: DAES/INEP/MEC-ENC

OBS: **CMB:** Condições Muito Boas • **CB:** Condições Boas • **CR:** Condições Regulares • **CI:** Condições Insuficientes

os resultados obtidos na antiga Avaliação das Condições de Oferta (ACO), que estava sob a responsabilidade da SESu/MEC.

Abaixo, a síntese da distribuição de conceitos por categoria administrativa (Tabela 13):

CONCEITO CMB

Corpo docente: todos os 10 conceitos foram para instituições públicas;

Org. didát.-pedag.: de 12 conceitos, 10 (83%) foram para instituições públicas;

Instalações: de 13 conceitos, 10 (77%) foram para instituições públicas;

CONCEITO CB

Corpo docente: de 21 conceitos, 15 (71%) foram para instituições públicas;

Org. didát.-pedag.: de 45 conceitos, 24 (53%) foram para instituições públicas;

Instalações: de 32 conceitos, 17 (53%) foram para instituições públicas;

CONCEITO CR

Corpo docente: de 34 conceitos, 18 (53%) foram para instituições públicas;

Org. didát.-pedag.: de 19 conceitos, dois (63%) foram para instituições públicas;

Instalações: de 27 conceitos, 15 (56%) foram para instituições públicas;

CONCEITO CI

Corpo docente: de 14 conceitos, 12 (86%) foram para instituições privadas;

Org. didát.-pedag.: de quatro conceitos, três (75%) foram para instituições privadas;

Instalações: de sete conceitos, quatro (57%) foram para instituições públicas;

Conforme se vê, o desempenho dos cursos públicos na ACO é bem superior aos privados, somente perdendo para algumas instituições privadas na qualidade das instalações. Cruzando-se os resultados do ENC com os obtidos através da antiga Avaliação das Condições de Oferta (ACO) (Quadro 7), percebe-se algumas incoerências, tais como a obtenção de conceito E por determinadas instituições, que apresentam condições de funcionamento de boas a muito boas no resultado da ACO, no que diz respeito ao corpo docente, organização didático-pedagógica e instalações. Tais situações podem ser explicadas pelo boicote de graduandos ao ENC, que tem ocorrido com a entrega de provas em branco ou respostas deliberadamente incorretas. São os casos dos cursos de medicina da Universidade do Amazonas (Federal), Universidade Federal da Paraíba e Universidade Estadual de Pernambuco. À exceção do corpo docente, também a Universidade Federal de Alagoas e a Universidade Iguazu /RJ (privada) se encaixam neste quadro de conceito E no ENC e condições boas de funcionamento.

Em sentido contrário, destacam-se a Universidade Estadual de Maringá, Universidade Regional de Blumenau, Universidade Federal de Juiz de Fora e Universidade Federal Fluminense, cujos graduandos têm tido um bom desempenho no ENC, apesar das regulares e insuficientes condições de funcionamento.

QUADRO 7 – DESEMPENHO DAS INSTITUIÇÕES NO EXAME NACIONAL DE CURSOS E NA AVALIAÇÃO DAS

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

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

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

Fonte: DAES/INEP/MEC-ENC

OBS: * A partir do Decreto 3.860/01, passa a chamar-se Avaliação das condições de Ensino, sob a responsabilidade do INEP/MEC

CMB: Condições Muito Boas • CB: Condições Boas • CR: Condições Regulares • CI: Condições Insuficientes

TABELA 14 – POPULAÇÃO, NÚMERO E PERCENTUAL DE MÉDICOS ATIVOS E RELAÇÃO DE REGIÕES

ESTADOS					REGIÕES
	POPULAÇÃO	MÉDICOS ATIVOS	% BRASIL	MÉDICO/HABITANTES	POPULAÇÃO
NORTE	13.504.599	10.040	3,6	1 / 1.345	4.109.333
Acre	586.942	427	0,2	1./ 1.374	267.740
Amapá	516.511	348	0,1	1./ 1.484	306.583
Amazonas	2.961.801	2.615	0,9	1./ 1.132	1.488.805
Pará	6.453.683	4.300	1,5	1./ 1.500	1.322.683
Rondônia	1.431.777	987	0,4	1./ 1.450	347.844
Roraima	346.871	455	0,2	1./ 762	214.541
Tocantins	1.207.014	908	0,3	1./ 1.329	161.137
NORDESTE	48.845.112	45.940	16,4	1./ 1.063	10.496.865
Alagoas	2.887.535	3.212	1,1	1./ 899	833.261
Bahia	13.323.212	11.935	4,3	1./ 1.116	2.520.504
Ceará	7.654.535	6.593	2,4	1./ 1.161	2.219.837
Maranhão	5.803.224	3.027	1,1	1./ 1.917	906.567
Paraíba	3.494.893	3.793	1,4	1./ 921	619.049
Pernambuco	8.084.667	10.185	3,6	1./ 794	1.449.135
Piauí	2.898.223	2.041	0,7	1./ 1.420	740.016
Rio Grande do Norte	2.852.784	3.201	1,1	1./ 891	734.505
Sergipe	1.846.039	1.953	0,7	1./ 945	473.991
CENTRO-OESTE	12.101.540	18.895	6,7	1./ 640	4.467.950
Distrito Federal	2.145.839	6.943	2,5	1./ 309	2.145.839
Goiás	5.210.335	6.779	2,4	1./ 768	1.129.274
Mato Grosso	2.604.742	2.500	0,9	1./ 1.041	500.288
Mato Grosso do Sul	2.140.624	2.673	0,9	1./ 800	692.549
SUDESTE	74.447.456	163.675	58,4	1./ 455	19.121.138
Rio de Janeiro	14.724.475	48.813	17,4	1./ 302	5.937.253
Espírito Santo	3.201.722	5.351	1,9	1./ 598	299.357
Minas Gerais	18.343.517	28.555	10,2	1./ 642	2.284.468
São Paulo	38.177.742	80.956	28,9	1./ 471	10.600.060
SUL	25.734.253	41.820	14,9	1./ 615	3.388.655
Paraná	9.798.006	14.033	5,0	1./ 698	1.644.600
Rio Grande do Sul	10.408.504	20.331	7,3	1./ 512	1.383.454
Santa Catarina	5.527.707	7.456	2,6	1./ 741	360.601
TOTAL	174.632.960	280.370		1 / 622	35.676.724

Fontes: Conselho Federal de Medicina e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Nota: Estimativas Populacionais com data de referência em 01 julho 2002 • 1992 –2010 • Tendência Censos 1991- 2002

6.1.3. Avaliação das Condições de Ensino – ACE

A *Avaliação das Condições de Ensino*, segundo Otaviano Helene, 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. Estas manifestações são apreciadas e encaminhadas à SESu junto aos processos.

Esta forma de avaliação, ao contrário do ENC, permite que as instituições e o MEC

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

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

identifiquem os pontos fortes e fracos, as potencialidades e eventuais omissões, abrindo possibilidades concretas para a tomada de medidas políticas, acadêmicas e administrativas capazes de assegurar a qualidade.

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 cente-

nas 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. Tanto que, ainda neste ano, está previsto um trabalho de revisão destes novos procedimentos.

Os cursos de medicina estaduais que desejarem passar pelo processo da ACE 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.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos no estudo dos aspectos quantitativos, distributivos e qualitativos permitem as seguintes considerações:

▶ **O Brasil não tem necessidade social de mais cursos de medicina porque já os tem em número excessivo e mal distribuídos**

Em termos absolutos, há 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 exista 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 concentração de médicos nas capitais brasileiras e carência no interior do país, situando-se no 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 1999 existiam apenas quatro cursos de medicina na região Norte, no Amazonas, no Pará e em Roraima, totalizando 382 vagas/ano. Hoje, o quadro evoluiu para dez cursos e 812 vagas/ano, um incremento de 112,5% vagas/ano. Com exceção do Pará, Amapá e Roraima, os demais estados da região ganharam cursos de medicina: Tocantins (um em 1999 e outro em 2002), Amazonas (um em 2001 e outro em 2002), Acre e Rondônia (um cada em 2002). 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 quedas com a implantação de mais um curso em cada um destes estados. No Maranhão, o novo curso criado no final de 2002 elevará o número de vagas/ano em 112% e, no Piauí, o curso criado em 1998 elevará o número de vagas/ano em 66%.

A única saída para esta 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

No que diz respeito ao número de cursos e de vagas para medicina, cerca de 70% deles estão concentrados no Sul e Sudeste. O Sul e o Nordeste se equivalem em relação ao número de cursos e vagas.

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 subempregos ou mesmo na prestação de serviços médicos subremunerados às empresas de

saúde. 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. Revela-se bastante preocupante a forte tendência verificada nos três primeiros anos do novo século, com 20 novos cursos (17,2%). Se somados aos cursos da década passada, chega-se a 37 novos cursos, suplantando os 35 cursos criados na década de 60 do século XX, o que configura um novo *boom*, com o agravante de que, conforme se constatou, não mais existe necessidade social para a criação de cursos de medicina no Brasil e que a qualidade do ensino ofertado está comprometida em muitos dos cursos de existentes.

► **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 - mais conhecida como a nova 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, em especial, o setor privado, com 49,4% dos cursos, praticamente alcançou o setor público. 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.

► **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 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 contribui 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.

▶ **Há uma falta de entrosamento entre os Ministérios da Educação e da Saúde e ausência de propostas articuladas voltadas ao cumprimento dos dispositivos constitucionais de formação de profissionais de saúde para o SUS**

Como não há definições precisas de como se deveria dar o ordenamento, até agora não houve nenhuma ação dos gestores do SUS neste sentido, além da participação do Conselho Nacional de Saúde, na emissão de pareceres sobre a necessidade social de novos curso de medicina, odontologia e psicologia. Pareceres estes que ainda não são conclusivos. 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.

▶ **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 criarem 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 criar um curso terão que atender aos pré-requisitos mínimos necessários à oferta de ensino de qualidade. Daí a necessidade de se reforçar mecanismos de avaliação das condições de ensino, 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.

▶ **Resultados obtidos nas avaliações do MEC**

Embora nas quatro edições do ENC os conceitos A e B somados alcancem o patamar de 30%, o expressivo percentual dos conceitos C, em torno de 40%, indica um desempenho mediano dos graduandos, o que é reforçado pela tendência de crescimento verificada. Outra tendência preocupante, refere-se aos conceitos E, em franca expansão. Da mesma forma que nas federais, o conceito C é a maioria nas privadas.

Da mesma forma, o desempenho dos cursos públicos na ACO é bem superior aos privados, somente perdendo para algumas instituições privadas na qualidade das instalações, justamente o grande atrativo de marketing destas instituições, que muitas vezes é usado como elemento de camuflagem das deficiências referentes ao corpo docente e a organização didático-pedagógica.

Esse desempenho confirma a tese de que é necessário reforçar o controle sobre as escolas médicas, principalmente sobre as privadas. E controlar, também, a sua expansão, até que se consiga assegurar a qualidade das escolas existentes. No caso das instituições federais e privadas, o governo federal pode tomar medidas de suspensão das autorizações de funcionamento. 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 uma diminuição na pressão e causar uma acomodação daqueles cursos deficientes em solucionar seus problemas.

Quanto à eficácia desse processo de avaliação, ainda é cedo para afirmar 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.

As decisões tanto do Conselho Nacional de Educação (CNE) quanto do MEC, no que diz respeito ao reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos, devem levar em consideração os resultados obtidos nas diferentes

avaliações. Recentemente, começou a vigorar normativa do CNE, a qual prevê que aquelas instituições que tenham obtido três conceitos E seguidos tenham seu concurso vestibular suspenso e sejam submetidas a um amplo processo de reavaliação.

► Os efeitos da superprodução 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 às condições de trabalho inadequadas, o que os expõe aos riscos de cometimento de infrações éticas.

Contrastando, assim, com a prodigiosa evolução 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.

8. 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.
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 medicas do país, da forma como se vem divulgando na mídia atualmente;

CURRÍCULO

1. Apoiar as novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação do Ministério da Educação;

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 DE MARKETING 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

9. REFERÊNCIAS

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

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

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.

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)

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)

ROSENBERG, Cynthia. O mega negócio da Educação. EXAME, São Paulo, 3 abr. 2002, 7:34-45

RIGATTO, Mário. Médicos e Sociedade. Porto Alegre, Livraria do Globo, 1976. (Fundo Editorial BYK-PROCIENX)

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

ENTREVISTAS

PEDERNEIRAS, Mário. Diretor de Supervisão de Ensino Superior da SESu/MEC. Brasília, 28 de maio de 2003.

PILATI, Orlando. Ex-assessor do INEP/MEC e Assessor da SESu/MEC. Brasília, 30 de maio de 2003.

CRUZ, Eliane. Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 29 de maio de 2003.