



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ERIKA MARIA SAMPAIO ROCHA

**EIXO FORMAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS E OS PREDITORES DE
FIXAÇÃO EM ÁREAS DESASSISTIDAS NO ESTADO DA BAHIA: ANÁLISE SOB
A ÓTICA DO CICLO DE POLÍTICAS DE STEPHEN BALL**

**VITÓRIA-ES
2020**

ERIKA MARIA SAMPAIO ROCHA

**EIXO FORMAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS E OS PREDITORES DE
FIXAÇÃO EM ÁREAS DESASSISTIDAS NO ESTADO DA BAHIA: ANÁLISE SOB
A ÓTICA DO CICLO DE POLÍTICAS DE STEPHEN BALL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva – Área de Concentração Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Carvalho
Andrade

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Gomes
Siqueira

VITÓRIA-ES
2020

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

-
- R672e Rocha, Erika Maria Sampaio, 1961-
Eixo Formação do Programa Mais Médicos e os preditores de fixação em áreas desassistidas no estado da Bahia : análise sob a ótica do Ciclo de Políticas de Stephen Ball. / Erika Maria Sampaio Rocha. - 2020.
202 f.
Orientadora: Maria Angélica Carvalho Andrade.
Coorientador: Carlos Eduardo Gomes Siqueira.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.
1. Educação Médica. 2. Política Pública. 3. Programa Mais Médicos. I. Andrade, Maria Angélica Carvalho. II. Siqueira, Carlos Eduardo Gomes. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

**EIXO FORMAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS E OS PREDITORES DE
FIXAÇÃO EM ÁREAS DESASSISTIDAS NO ESTADO DA BAHIA: ANÁLISE SOB
A ÓTICA DO CICLO DE POLÍTICAS DE STEPHEN BALL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, Área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 14 de fevereiro de 2020.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Carvalho Andrade

Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof. Dr. Carlos Eduardo Gomes Siqueira

Associate Professor School for the Environment
University of Massachusetts Boston
Co-Orientador

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima

Universidade Federal do Espírito Santo
1º Membro Interno

Prof. Dr. Thiago Dias Sarti

Universidade Federal do Espírito Santo
2º Membro Interno

Prof^a. Dr^a. Francis Sodré

Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Suplente Interno

Prof. Dr. George Dantas de Azevedo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
1º Membro Externo

Prof^a. Dr^a. Luciana Alaíde Alves Santana

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
2º Membro Externo

Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso

Universidade Federal do Sul da Bahia
Membro Suplente Externo

RESUMO

Esta tese consiste em uma análise do eixo Formação do Programa Mais Médicos, especificamente das mudanças na graduação em Medicina, enquanto estratégia de enfrentamento do problema da escassez de médicos no Brasil. Adotou-se uma metodologia mista, qualitativa e quantitativa-transversal cujo objetivo geral foi analisar os efeitos da política, frente aos principais preditores educacionais de fixação de médicos, na Atenção Primária à Saúde em áreas desassistidas, a partir da abordagem do ciclo de políticas de Stephen Ball. A primeira etapa do estudo identificou os principais preditores educacionais de fixação relativos à graduação em Medicina, por meio de uma revisão narrativa da literatura internacional. A realização de processos seletivos priorizando estudantes naturais ou residentes em regiões com escassez do profissional e oriundos de grupos populacionais com dificuldade de acesso aos serviços de saúde foi assinalado como principal preditor, reiterando estudos anteriores. A localização e a natureza pública ou privada das escolas médicas também foram definidas como preditores importantes. A qualidade da formação, outro preditor importante, foi caracterizada pela adoção de estruturas curriculares com metodologias de problematização focadas em questões de saúde locais e ênfase nas abordagens clínicas próprias da Atenção Primária, da Medicina de Família e da Medicina Rural; pela formação e experiência docente e pela infraestrutura dos serviços de saúde locais. Em seguida, foram analisados os efeitos do eixo Formação frente aos preditores identificados. A localização e a natureza das novas vagas de Medicina criadas pelo programa, foram analisadas no cenário macropolítico, por meio de uma pesquisa documental. O eixo Formação revelou-se uma política potente, no sentido de ser baseada em evidências e também pelos resultados apresentados, tais como a mudança da regulação do ensino médico, com efetivação do Sistema Único de Saúde como formador de profissionais e a interiorização de novos cursos de Medicina, criados a partir do programa. Porém, predominaram vagas na região Sudeste e em instituições privadas. A segunda etapa da pesquisa foi realizada junto aos novos cursos de Medicina criados em quatro universidades federais do estado da Bahia. Os efeitos do programa em relação à seleção adequada dos estudantes e à qualidade da formação foram analisados por meio de entrevistas com docentes e questionários *online* com os discentes. Os resultados mostraram que os novos cursos criados na Bahia vêm conseguindo selecionar estudantes nascidos e que moraram por mais tempo naquelas regiões consideradas prioritárias, em municípios de pequeno e médio porte e a maioria oriundos de famílias de classes socioeconômicas menos privilegiadas. Com relação às intenções de carreira profissional, um elevado percentual dos estudantes pretende se especializar em uma das grandes áreas da Medicina, tanto aqueles dos primeiros anos quanto os estudantes dos últimos anos da graduação. A especialidade mais escolhida no primeiro grupo de estudantes foi Cirurgia Geral e pretendiam trabalhar na média complexidade, na Atenção especializada privada e pública. No segundo grupo, a Medicina de Família e Comunidade foi a mais escolhida sendo a Atenção Básica o serviço priorizado. Os docentes demonstraram compromisso e esforço adaptativo aos novos formatos curriculares com adoção de metodologias ativas de ensino e da interdisciplinaridade, implementadas nos quatro cursos em graus variados. Há grande aproximação de docentes e estudantes com a Rede de Atenção à Saúde desde os primeiros períodos de curso, especialmente na Atenção Básica dos municípios onde se instalaram. Os cursos priorizam problemas de saúde prevalentes nos cenários loco-regionais. Dentre os municípios que

receberam os novos cursos, somente em um deles já foi totalmente formalizado o contrato de integração ensino-serviço entre a universidade e a gestão local. Os docentes apontaram muitos desafios que precisam ser superados para que o potencial do eixo Formação seja efetivado e muitos destes transcendem a governabilidade das universidades. Eles acreditam em uma mudança significativa no perfil desses futuros profissionais, com um novo olhar para as pessoas, as comunidades e seus problemas de saúde. A análise final do eixo Formação do Programa Mais Médicos foi estruturada sob a ótica da Abordagem do Ciclo de Políticas do sociólogo Stephen Ball. Foram evidenciadas disputas no contexto de influências que vêm tensionando o programa em torno de duas principais posições que, no jogo político, muitas vezes se misturam. De um lado, entidades representativas da categoria médica e grandes grupos econômicos interessados em manter o mercado de trabalho com pleno emprego, em fortalecer a saúde suplementar, as empresas, planos de assistência e o ensino superior privados; por isso se posicionaram contra o Programa Mais Médicos. De outro lado, grupos interessados no fortalecimento do Sistema Único de Saúde, da Atenção Primária à Saúde e na consolidação de uma carreira médica qualificada e valorizada para esse âmbito da atenção à saúde; assim apoiaram as mudanças propostas no eixo Formação. Entre essas duas posições estão os médicos e os muitos fatores que interferem em suas perspectivas de futuro, escolhas de trabalho e vida pessoal. Essas disputas repercutiram no contexto de produção de textos e no contexto da prática. O arcabouço legislativo do programa possui fragilidades que permitiram a renegociação de compromissos assumidos, comprometendo severamente a estruturação dos novos cursos. Ainda assim, a potência da política foi demonstrada ao perceber, nos cenários micropolíticos, a seleção de estudantes e a qualidade de ensino alinhadas às referências internacionais. Esse fato sinaliza mudanças positivas no perfil dos egressos dessas instituições. Torna-se importante considerar os enormes desafios diante do cenário político global e nacional que colocam em risco os objetivos e a grandeza do programa. O atual governo anunciou um novo programa para substituir o Mais Médicos, além de um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária comprometendo o financiamento e favorecendo a privatização. São necessários mais estudos que possam contribuir para fortalecer a Atenção Primária à Saúde enquanto campo de trabalho, consolidar a Medicina de Família e Comunidade enquanto especialidade médica, criar estímulos para a docência e retomar a potência de nossas universidades públicas.

Palavras-chave: Distribuição de Médicos, Educação Médica, Política Pública

ABSTRACT

This thesis consists in an analysis of the axis Education of the Mais Medicos Program, specifically around the changes in the education in Medicine, as a strategy for facing the issue of the lack of physicians in Brazil. A mixed qualitative and transversal-quantitative methodology was adopted, with the aim at evaluating the effects of the policy in the face of the several main educational predictors of the fixation of physicians in the Primary Health Care in unassisted areas, from the approach of the Policies Cycle of Stephen Ball. The first stage in the study identified the main educational predictors for fixation related to the graduation in Medicine, through a narrated review of the international literature. The selection processes prioritizing native or in-resident students in regions where there is a lack of that professional, also who are from a populational background that has difficulty in access to health services as the main predictor, reiterating previous studies. The location and public or private nature of the medical schools were also defined as important predictors. The quality of the education was characterized by the adoption of curricular structures with problematizing methodologies focused in local health issues, and with emphasis in the clinical approaches that are specific of the Primary Care, of the Family Medicine and also of Rural Medicine; by the education and teaching experience, and by the local health services infrastructure. After that, the effects of the axis Education were analysed in the face of the identified predictors. The location and nature of the new positions in Medicine schools created by the program were analysed in the macro-political scenario thorough a documental research. The Education axis revealed itself to be a potent policy in face of the results presented, such as the change in the regulation of high schools, with the actualization of the Single Healthcare System as educating professionals, and the interiorization of new courses of medicine, created from the program. However, the vacancies were more predominant in the South-East region, and in private institutions. The second stage of the research was done with the new courses of medicine that were created in four federal universities of the state of Bahia. The effects of the program in relation to the adequate selection of the students and the quality of the education were analysed through interviews with professors and through online questionnaires with students. The results showed that the new courses created in Bahia are being able to select students that were born and who lived longer in those regions that are considered priorities, in small and middle sized municipalities, and which a majority are from socio-economic less privileged families. Regarding the intentions of professional career, a high percentage of students' intents to be specialized in one of the big areas of medicine, both those in the first years, as the students in their last years of graduation. The specialty that was the largest choice in the first group of students was General Surgery, and they intended to work in middle complexity, and in the private and public specialized care. In the second group, Family and Community Medicine was the most chosen, and the Basic Care was the prioritized service. The teachers showed commitment and adaptive effort to the new curricular formats with the adoption of active teaching methodologies and interdisciplinarity implemented in the four courses in several levels. There is a great approach of professors and students to the Healthcare Services from the first years of the course, especially the Basic Healthcare in the municipalities where these courses are established. The courses prioritize health issues that are prevalent in the regional and local scenarios. It was only in one of the municipalities that received the new courses that the contract of integration between

the university and the service was totally formalized. The professors pointed out several challenges that need to be overcome for the potential axis Education is more effectively established, and several of these issues transcend the governability of the universities. They believe that there will be a significant change in the profile of these future professionals, with a new approach to the people, the communities, and their health issues. The final analysis of the axis Education of the Mais Medicos Program was structured under the view of the Policies Cycles Approach of Stephen Ball. It is highlighted that disputes in the context of influences are tensioning the program around two main positions that, in the political game often get mixed up. On one side, there are agencies that are representative of the medical category, and big economical groups that are interested in maintaining the market with full employment, in strengthening the supplementary healthcare, the private companies, insurance companies, and higher education institutions; this is why they were against the Mais Medicos Program. On the other side, there are groups that are interested in strengthening the Single Healthcare System, Primary Healthcare, and the consolidation of a qualified and valued medical career for this level of healthcare, and so support the changes proposed in the Education axis. Between these two positions, there are the physicians and the several factors that interfere in their future perspectives, in their work choices, and in their personal lives. These disputes had repercussion in the context of the production of texts, and in the context of the practice. The legal framework of the program has frailties that allow for the negotiation of commitments taken, severely compromising the structuring of new courses. Nevertheless, the power of the policy was shown in the micropolitical scenarios, in the selection of students, and in the quality of education, which are aligned with international references. This fact signals to positive changes in the profile of the graduating students of these institutions. It becomes important to consider the enormous challenges of the global and national political scenarios, which put in risk the objectives and the greatness of the program. The current government has announced a new program to substitute Mais Medicos, besides a new model of financing Primary Healthcare, compromising the financing and favouring privatization. More studies are necessary to contribute in the strengthening of Primary Healthcare as a work area, in consolidating Family and Community Medicine as a medical specialty, and in creating stimuli for the professors, and to regain the power of our public universities.

Keywords: Distribution of Physicians, Medical Education, Public Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ADAPS	Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ANASEM	Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina
APS	Atenção Primária à Saúde
Bireme	Base de Dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BIS	Bacharelado Interdisciplinar em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CCE	Critério de Classificação Econômica do Brasil
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
ENADE	Exame Nacional de Desempenho do Estudante
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIES	Financiamento Estudantil
FMI	Fundo Monetário Internacional
HURAPRIN	Projeto Recursos Humanos para a Atenção Primária à Saúde na África
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEC	Ministério de Educação

MeSH	Medical Subject Headings
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NOSM	Northern Ontario School of Medicine
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Organizações Sociais da Saúde
PAB-variável	piso da Atenção Básica variável
PET-SAÚDE	Programa de Ensino pelo Trabalho em Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRO-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PUBMED/ Medline	Biblioteca Nacional de Medicina do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RBEM	Revista Brasileira de Educação Médica
SAHPE	Social Accountability Health Professional Education

SERES	Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior
SERUMS	Serviço Rural e Urbano Marginal de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THEnet	Training Health Equity Network
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFOB	Universidade Federal do Oeste da Bahia
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UFSB	Universidade Federal do Sul da Bahia
UNA-SUS	Rede Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNI	União com a Comunidade
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Quadro 1	Distribuição de médicos por regiões no Brasil	34
Quadro 2	Estratégias de enfrentamento da escassez de médicos no cenário internacional	42
	Artigo 1	
Quadro 1	Síntese das revisões selecionadas e os preditores de fixação de médicos	91
Figura 1	Políticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e o seu caráter paradoxal	54
Figura 2	Abordagem do ciclo de políticas de Stephen Ball	71
Figura 3	Estrutura dos resultados da tese	85

LISTA DE TABELAS

	Artigo 2	
Tabela 1	Novas vagas de graduação em Medicina do PMM, 2013 a 2017	105
	Artigo 3	
Tabela 1	Número de graduandos e de vagas autorizadas por ano para o curso de Medicina e número de participantes do estudo, por universidade, de fevereiro a maio de 2019	119
Tabela 2	Características dos estudantes de Medicina que participaram do estudo conforme faixa etária, gênero e classe socioeconômica ...	119
Tabela 3	Naturalidade e principal local de residência dos estudantes de Medicina, conforme o porte dos municípios	120
Tabela 4	Intenções quanto às futuras especialidades médicas, entre estudantes dos primeiros e dos últimos anos de curso	122
Tabela 5	Intenções quanto aos futuros serviços de saúde e locais de moradia, entre estudantes dos primeiros e dos últimos anos de curso	123
	Artigo 4	
Tabela 1	Características dos docentes entrevistados conforme área de formação, grau acadêmico e tipo de vínculo, fevereiro a maio de 2019	135
Tabela 2	Características dos docentes médicos entrevistados conforme grau acadêmico e tipo de vínculo, fevereiro a maio de 2019	136

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me fortalecido, iluminado e mantido a minha alegria. Sou muito grata a tantas pessoas que vibraram e torceram por mim nesta trajetória na docência e na pós-graduação. Este trabalho só foi possível graças à energia de cada um de vocês. Preciso agradecer de modo mais específico àqueles que estiveram mais envolvidos neste estudo.

À minha primeira família, aos meus pais, Therezinha e Aristides, pelos ensinamentos, pela força dos seus exemplos, pelo cuidado e pelo carinho. Aos meus irmãos, Henrique, Moira e Fred, que me ensinaram as coisas mais importantes sobre o mundo.

Ao Júlio, meu amor, meu amigo, meu parceiro incondicional e grande apoiador deste trajeto na docência e na pós-graduação.

Aos meus filhos, Jonas e Gabriel, por me ensinarem o que é amar e por me educarem a cada dia.

Às minhas sobrinhas, queridas Luciana, Sandra, Taís, Mariana, Raquel, Débora, Renata, e minha sobrinha-neta, Dandara, pelas gostosas risadas que partilhamos juntas.

À querida orientadora, Maria Angélica Carvalho Andrade. Sem palavras para expressar o meu carinho e admiração nesses anos de mestrado e doutorado. Você fez a diferença na minha trajetória, com leveza, carinho, atenção, firmeza e extrema competência nas orientações, que vão muito além deste trabalho. Obrigada por ter acreditado em mim, por ter me acolhido e por partilhar comigo a sua Luz de Fada!

Ao querido co-orientador, Carlos Eduardo Gomes Siqueira, pelos ensinamentos, pela dedicação, pela visão crítica e pelos estímulos nas horas de tristeza nestes duros tempos em que vivemos.

À Professora Rita de Cássia Duarte Lima, sempre muito presente em toda esta caminhada. Sempre me apoiando, orientando e brigando por mim. Lembra do curso com a Professora Ligia Bahia? Obrigada por ter aceitado participar da banca de defesa.

Ao Professor Thiago Dias Sarti, pelas enormes contribuições em meu caminho desde o mestrado e por partilhar comigo a dedicação e a luta pela Atenção Primária em nosso país. Obrigada por ter aceitado participar da banca de defesa.

Ao Professor George Dantas de Azevedo, por quem tenho imensa admiração e gratidão pelas contribuições decisivas neste estudo e pelo seu trabalho em prol da formação médica no nosso Nordeste! Obrigada por ter aceitado participar da banca de defesa.

À Professora Luciana Alaíde Alves Santana, que conheci nas andanças pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e por quem tenho imensa admiração

pelo trabalho e dedicação à educação em saúde e à interiorização dos cursos de Medicina na Bahia. Obrigada por ter aceitado participar desta banca de defesa.

À Professora Francis Sodré, pelos muitos ensinamentos partilhados durante a caminhada na pós-graduação. Obrigada por ter aceitado participar desta banca de defesa.

Ao Professor Antônio José Costa Cardoso, pela acolhida e pelos ensinamentos no início da docência na Universidade Federal do Sul da Bahia, pelo companheirismo em defesa da Saúde Coletiva e pelo apoio neste processo da pós-graduação. Obrigada por ter aceitado participar desta banca de defesa.

Aos amigos Fabiana e Jandesson, que seguiram comigo nesta trajetória desde o mestrado, compartilhando alegrias, apuros, aprendizados e muito amadurecimento.

Às amigas Maria Aparecida e Márcia Moraes, pelo carinho com que ouviram, questionaram e muito contribuíram neste estudo.

Aos colegas do grupo de pesquisa, nosso NUPGASC, Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva, por compreenderem minhas ausências e partilharem as valorosas discussões.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, pelos ensinamentos.

Aos colegas docentes da Universidade Federal do Sul da Bahia pelo grande apoio e por possibilitarem minha ausência para realização do campo de pesquisa.

Aos estudantes e docentes dos cursos de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Universidade Federal do Oeste da Bahia e Universidade Federal do Sul da Bahia, que gentilmente cederam seu tempo participando das entrevistas e questionários. Aos servidores dessas universidades, que me receberam e muito contribuíram para a realização desta pesquisa.

Aos profissionais de saúde, especialmente aqueles que lutam a cada dia pela Atenção Primária e pela Estratégia de Saúde da Família e às pessoas que buscam o cuidado e a resolução dos seus problemas nas várias portas do SUS, Sistema Único de Saúde!

Como a escola visa a formar o homem para o modo de vida democrático, toda ela deve procurar, desde o início, mostrar que o indivíduo, em si e por si, é somente necessidades e impotências; que só existe em função dos outros e por causa dos outros; que a sua ação é sempre uma trans-ação com as coisas e pessoas e que saber é um conjunto de conceitos e operações destinados a atender àquelas necessidades, pela manipulação acertada e adequada das coisas e pela cooperação com os outros no trabalho que, hoje é sempre de grupo, cada um dependendo de todos e todos dependendo de cada um.

Anísio Teixeira

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO DA PESQUISADORA	17
	APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	21
1	INTRODUÇÃO	23
2	REFERENCIAIS TEÓRICOS	30
2.1	ESCASSEZ DE MÉDICOS: CENÁRIO GLOBAL E NACIONAL	30
2.2	ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA	36
2.2.1	Contexto internacional	36
2.2.2	Contexto nacional e o seu caráter paradoxal	49
2.2.3	Programa Mais Médicos	55
2.3	MUDANÇAS PROPOSTAS NO EIXO FORMAÇÃO PARA A GRADUAÇÃO EM MEDICINA	56
2.3.1	Mudanças quantitativas	56
2.3.2	Mudanças qualitativas	58
2.4	STEPHEN BALL E A ABORDAGEM DO CICLO DE POLÍTICAS	62
2.4.1	Abordagem do Ciclo de Políticas	67
3	OBJETIVOS	73
3.1	OBJETIVO GERAL	73
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	73
4	TRAJETO METODOLÓGICO	74
4.1	PRIMEIRA ETAPA	74
4.1.1	Revisão bibliográfica narrativa	75
4.1.2	Pesquisa documental	76
4.2	SEGUNDA ETAPA	77
4.2.1	Cenário da pesquisa	78
4.2.2	Questionários para os graduandos em medicina	79
4.2.3	Entrevistas com docentes	81
4.3	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	82
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	82
4.5	DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	83
5	RESULTADOS	84
5.1	ARTIGO 1 - PREDITORES EDUCACIONAIS PARA FIXAÇÃO DE MÉDICOS EM ÁREAS REMOTAS E DESASSISTIDAS: UMA REVISÃO NARRATIVA	86

5.2	ARTIGO 2 - NATUREZA E LOCALIZAÇÃO DAS NOVAS VAGAS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA: EFEITOS DO EIXO FORMAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	101
5.3	ARTIGO 3 - PROGRAMA MAIS MÉDICOS E A SELEÇÃO DE ESTUDANTES COMO PREDITOR DE FIXAÇÃO DOS FUTUROS PROFISSIONAIS	115
5.4	ARTIGO 4 - A QUALIDADE DOS NOVOS CURSOS DE MEDICINA ENQUANTO PREDITOR DE FIXAÇÃO DOS FUTUROS PROFISSIONAIS: O QUE PENSAM OS DOCENTES?	132
6	DISCUSSÃO: O EIXO FORMAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS SOB A ÓTICA DE STEPHEN BALL	160
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	172
	REFERÊNCIAS	173
	ANEXOS	188
	APÊNDICES	191

APRESENTAÇÃO DA PESQUISADORA

Em minha trajetória, percebo que fui construindo laços com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a relação entre a docência em saúde e a qualificação do cuidado ofertado nesse nível da atenção. Somente depois de muitos anos na assistência, inicialmente apenas como médica homeopata e, depois, na Atenção Primária à Saúde (APS), e só após ver os filhos crescidos, tive a coragem de assumir a docência. Ela estava ali desde os primeiros períodos na Medicina, nos grupos de estudos de Homeopatia e, logo após a graduação, no curso de Docência e Especialização em Homeopatia, do Instituto Mineiro de Homeopatia.

Enquanto estudante, em meio às montanhas de Minas Gerais e em um tempo em que ainda não havia o Sistema Único de Saúde (SUS), as experiências na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) foram marcantes. O ciclo básico do curso, no Instituto de Ciências Biológicas era, até geograficamente, distante do ciclo profissionalizante, na Faculdade de Medicina. Nos primeiros períodos do curso, a grande carga teórica não era alinhada à prática clínica e, algumas vezes, só foi possível compreender o seu sentido muitos períodos à frente.

O curso da UFMG, no entanto, já trazia alguns elementos curriculares avançados, como alguns dos cenários de ensino-aprendizagem imersos em comunidades de Belo Horizonte, e durante os internatos rurais, em pequenos municípios do interior de Minas. Optei por dois internatos rurais, o primeiro no contexto de unidades de saúde e o segundo na atenção hospitalar, ambos em pequenos municípios do norte de Minas Gerais. Mas destaco que as turmas do curso eram de estudantes brancos, de famílias ricas, com raras exceções, e com aspirações de permanecer em “Belô”.

Acho que as raízes nordestinas me trouxeram de volta à Bahia alguns anos depois da graduação. No município de Teixeira de Freitas, integrei uma equipe de Saúde da Família, de 2003 a 2014. Nesse período, participei de duas especializações. A primeira foi na área de Saúde Pública, realizada pela

Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em parceria com a Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). A segunda especialização foi em Saúde da Família com foco nas Linhas de Cuidado, realizada pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado da Bahia. Esta última, com inserção nas unidades de saúde e envolvimento das equipes e da comunidade, integrou uma proposta de qualificação da APS e teve como desdobramento o Acolhimento Pedagógico, no qual atuei como facilitadora em muitos municípios da região e vivenciei novas realidades e especificidades.

Além da aprendizagem contextualizada pela prática, chamou a atenção nessas especializações o fato de muitos participantes terem abandonado as atividades antes de sua conclusão. A complexidade do trabalho na APS era quase invisível, dispensando, para muitos, a qualificação para esse campo de trabalho e carreira profissional. Essas vivências construíram uma conexão entre a qualidade da APS e a formação, especialmente para nós médicos.

Apenas em 2014 fiz uma opção clara pela docência e iniciei o mestrado acadêmico em Saúde Coletiva, na área de Política e Gestão em Saúde, na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Nesse período, tive que me desligar do trabalho na APS e do consultório de Homeopatia, mas, apesar disso, foi uma vivência de extrema riqueza. Um privilégio conviver com jovens mestrandos e conhecer as bagagens trazidas das graduações em diversas áreas da saúde.

O objeto de estudo no mestrado foi a concepção de qualidade do cuidado em saúde, no contexto do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Busquei compreender as aproximações e distanciamentos entre a concepção de qualidade, presente na política ministerial, e aquela construída pela população. O estudo apontou uma grande tensão entre uma concepção de qualidade como processo de trabalho usuário centrado e outra permeada pelos sentidos de eficácia/eficiência e com foco em normas programáticas. No meio dessas disputas, os profissionais de saúde e seus diferentes núcleos de saber.

O ano de 2016 foi decisivo: atuei como preceptora na residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC), tornei-me docente de fato na Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) e iniciei o doutorado em Saúde Coletiva na UFES.

A residência de MFC consistiu em uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas com os Ministérios da Saúde e da Educação. Mesmo com muitos esforços e embates com a gestão municipal no sentido de consolidar essa residência, no seu segundo ano, os dois médicos residentes optaram por outras especialidades. Apesar do pouco tempo, foi possível vivenciar com os residentes as pressões e a complexidade dos vários fatores envolvidos nas suas escolhas profissionais.

A UFSB foi implantada em 2014, a partir das propostas do eixo de Formação do Programa Mais Médicos (PMM), com uma estrutura multicampi, em três grandes municípios das regiões do Sul e Extremo Sul baianos. Integrar o corpo docente da UFSB me permitiu vivenciar o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, as metodologias ativas aplicadas na educação médica e um curso totalmente imerso na Rede de Atenção à Saúde. Sem dúvida, tem sido uma experiência muito rica e inovadora que vem trazendo respostas e levantando novas questões relativas à formação em saúde.

Enquanto docente, o compromisso com o Projeto Político Pedagógico da UFSB representa desejo e desafio. Desejo de contribuir para um novo modelo de formação, que integre teoria e prática e tenha como centro as reais necessidades em saúde da população. Desejo de contribuir para formação de médicos qualificados e socialmente responsáveis. Desejo de ver nas turmas de Medicina pessoas historicamente excluídas, como os negros e aqueles de classes socioeconômicas mais baixas. Desejo de contribuir para a robustez da APS. E o desafio refere-se ao fato de ser um projeto contra-hegemônico, com grandes dificuldades na implementação dos novos cursos e disputas em torno de diferentes interesses que geram tensões enfrentadas cotidianamente por coordenadores, docentes e discentes. É preciso garra e resiliência para se manter na luta por um projeto maior que está na dependência dessas mudanças: SUS público, universal e digno.

O doutorado teve início em agosto de 2016, seguindo no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFES, tendo como objeto de estudo a formação médica no contexto do PMM, como forma de enfrentamento da escassez de médicos em áreas rurais e remotas do Brasil.

A amplitude do tema e sua interface entre saúde e educação estimulou a participação em disciplinas no programa de Pós-graduação em Educação e possibilitou a aproximação com os estudos do sociólogo Stephen Ball, referencial teórico deste estudo. O envolvimento de aspectos macro e micropolíticos, nacionais e internacionais que afetam as políticas educacionais e os sistemas de saúde nos levou a integrar uma rede internacional de cooperação, a “Rede Brasil-Estados Unidos de Estudos de Políticas Públicas de Saúde” que possibilitou estreitar o contato com o professor Dr. Carlos Eduardo Siqueira, da Universidade de Massachusetts, Boston, coorientador deste estudo.

Por fim, e não menos importante, o fato da maioria dos municípios classificados como carentes de médicos, no Brasil, se localizar na região Nordeste agrega valor ao coração baiano.

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Esta tese retrata o percurso do doutorado. Em sua **introdução**, apresenta o tema e alguns aspectos que mostram a sua relevância e justificam este estudo.

Em seguida, apresenta os **referenciais teóricos** necessários para a definição do objeto de estudo e sua análise. A primeira aproximação com o tema da **escassez de médicos** teve uma abordagem no cenário mundial seguida do detalhamento do problema na realidade nacional e as suas implicações. Foram consideradas as **estratégias de enfrentamento do problema** adotadas por outros países que introduziram a questão em suas agendas políticas anteriormente ao Brasil e uma revisão, de caráter internacional, apontou para uma lacuna quanto à definição dos fatores educacionais determinantes da fixação dos futuros profissionais, em regiões com escassez.

O acúmulo de conhecimento no Brasil, face às políticas anteriormente adotadas para resolução do problema, foi brevemente colocado em uma espécie de linha temporal, situando o contexto de implantação do **PMM**. Considerando a amplitude do Programa, optamos por realizar a análise do eixo Formação e especificamente das **mudanças quantitativas e qualitativas propostas para a graduação em Medicina**, destacadas no tópico seguinte.

A **Abordagem do Ciclo de Políticas**, desenvolvido pelo sociólogo **Stephen Ball**, foi escolhida por considerar como ponto central da análise as implicações das políticas educacionais na justiça social. Esta é uma importante aproximação com o PMM, face a redução das desigualdades no acesso à saúde. Além disso, considerou-se também a flexibilidade e o dinamismo do modelo, buscando mostrar a trajetória da política nos cenários macro e micropolíticos, necessários para analisar o eixo Formação do Programa com sua amplitude, na interface das áreas de educação e saúde e envolvendo escolhas profissionais tão complexas.

Definiu-se com **objetivo geral** analisar os efeitos do eixo Formação, especificamente a graduação médica, frente aos preditores educacionais de

fixação de profissionais na APS em áreas desassistidas. Primeiro foi necessário identificar os preditores educacionais de fixação para a então, analisar os efeitos do eixo Formação.

A **metodologia** foi caracterizada por um estudo misto, qualitativo e quantitativo-transversal. As técnicas iniciais foram a pesquisa documental e as revisões narrativas. Para viabilizar a pesquisa, foi necessário um recorte geográfico, com seleção dos novos cursos de Medicina, criados pelo Programa em quatro universidades federais do estado da Bahia. Nesses cenários aconteceram as entrevistas em profundidade com os docentes. Os estudantes desses cursos responderam a um questionário online, enviados por *email*. As informações construídas nas entrevistas com os docentes e questionários respondidos pelos estudantes foram submetidas respectivamente à análise temática e à análise estatística descritiva.

Os **resultados** foram apresentados no formato de artigos. O primeiro artigo respondeu ao primeiro objetivo específico, ao identificar os principais preditores educacionais de fixação de médicos na Atenção Primária em regiões desassistidas. Para responder ao segundo objetivo específico foram necessários outros três artigos. Cada um deles analisou os efeitos do eixo Formação frente a um preditor de fixação específico. No segundo artigo, foram analisados a natureza pública ou privada e a localização das novas vagas de graduação em Medicina; no terceiro artigo, a seleção de estudantes e no quarto artigo a qualidade das experiências educacionais ofertadas.

O espaço editorial dos artigos foi incompatível com a **análise global da política**. Ela foi realizada, utilizando o modelo criado por Ball, na **discussão** final da tese. Foram consideradas as muitas influências, de oposição e de apoio ao Programa, e seus desdobramentos nos contextos elaborados pelo autor. Nas **considerações finais**, o estudo corroborou o instrumento analítico criado por Ball, apontou as contribuições e limitações do estudo e a necessidade de mais pesquisas especialmente no Brasil.

1 INTRODUÇÃO

A escassez de médicos desafia a consolidação do direito à saúde em todo o mundo, apresentando implicações diversas, conforme os diferentes contextos políticos, socioeconômicos e culturais. A carência e as desigualdades na distribuição geográfica desses profissionais criam fluxos migratórios que acirram iniquidades em saúde e, devido ao seu caráter complexo e multidimensional, demandam abordagens políticas multissetoriais (BACH, 2006; LEHMANN *et al.*, 2008; CAMPOS *et al.*, 2009; WHO, 2010a; CUETO, 2015), que devem ser amplas, considerando vários fatores relativos à disponibilidade e área de atuação de médicos e à vulnerabilidade social da população considerada (PONG; PITIBLADO, 2005; GIRARDI *et al.*, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou, no seu relatório de 2006, um déficit mundial de profissionais de saúde, estimado em quatro milhões e com tendências crescentes. Essa carência é extremamente desigual entre os diferentes países e também entre áreas urbanas e rurais, com metade da população mundial residindo em áreas rurais e com apenas 24% dos médicos trabalhando nessas áreas (WHO, 2010a). Essas desigualdades guardam interfaces com fatores complexos, tais como as condições socioeconômicas e culturais, as políticas de saúde, de educação e o mercado de trabalho em cada país e permanecem desafiando o direito ao acesso à saúde (RIBEIRO, 2016).

As desigualdades tornaram-se mais relevantes com as recentes mudanças demográficas e epidemiológicas, com o aumento da expectativa de vida, com as maiores taxas de doenças crônicas, com o surgimento e a recrudescência de doenças infectocontagiosas e com o aumento da violência. Aliadas a essas mudanças, as facilidades de deslocamento pelo mundo impulsionam fluxos migratórios de regiões em desenvolvimento para aquelas mais desenvolvidas, acirrando as iniquidades em saúde (BACH, 2006). Esses fatores em conjunto caracterizam a crise global da força de trabalho, tema do Terceiro Fórum Mundial sobre Recursos Humanos para a Saúde, com a conclusão: sem força de trabalho, sem saúde (WHO, 2014).

É fundamental considerar a constituição de uma rede global de influências e de mercado que cada vez mais definem as políticas em áreas estratégicas e

disputam a governança com o Estado, mas é necessário compreender as implicações do problema dentro da realidade de cada país e em suas diferentes regiões (CUETO, 2015).

O Brasil apresenta uma distribuição extremamente desigual de médicos. Existem grandes diversidades entre as regiões brasileiras, sendo os piores níveis de escassez nas regiões Norte e Nordeste. Dentre os municípios de uma mesma região, a população convive com severas diferenças, sendo mais graves as carências do profissional em pequenos municípios do interior, especialmente os mais distantes da capital e dos grandes centros urbanos. Mesmo dentro de um mesmo município, há extrema carência em periferias e comunidades vulneráveis, contrastando com a grande concentração dos profissionais em bairros com melhor infraestrutura, onde reside a população mais favorecida. Assim, a média de 2,18 médicos/1000 habitantes, de modo isolado, não representa a intensidade das desigualdades vivenciadas pela população brasileira (SHEFFER *et al.*, 2018).

Existem também desigualdades entre a disponibilidade de profissionais nos diferentes níveis da atenção à saúde. A APS no Brasil não se consolidou como um campo de trabalho atrativo para a grande maioria dos médicos. A maior concentração e as escolhas preferenciais de especialidades são para os níveis de média e alta complexidade (SHEFFER *et al.*, 2018). As fragilidades na formação médica são apontadas como importante fator para a tal desvalorização da APS, sem desconsiderar as dificuldades na gestão de recursos humanos e os baixos investimentos estruturais. Juntos, esses fatores conduzem à precarização do trabalho e à baixa resolutividade nesse âmbito da atenção (NEY; RODRIGUES, 2012).

A escassez de médicos precisa ser avaliada de forma abrangente, para além da relação isolada do número de profissionais por habitantes, considerando as diferentes realidades socioeconômicas, políticas, culturais e mesmo ambientais e inúmeros fatores que afetam o processo de trabalho e as escolhas dos profissionais.

A OMS elaborou recomendações para enfrentamento do problema consistindo em quatro eixos estratégicos: políticas educacionais (aumento de vagas em

áreas rurais e áreas remotas, acesso à educação permanente nesses locais), políticas de regulação (ampliação do escopo de práticas, garantia de equipes multiprofissionais, subsídios condicionados ao trabalho), estímulos financeiros e estímulos não financeiros (melhoria de condições de trabalho, melhoria do acesso a tecnologias, dentre outras) (WHO, 2010a).

Dentre essas medidas, as políticas educacionais destacaram-se como as estratégias de médio e longo prazo mais impactantes, especialmente em países com sistemas de saúde universais (FRENK *et al.*, 2010). Evidências importantes na literatura são os resultados alcançados por escolas médicas que adotaram a Educação de Profissionais de Saúde com Responsabilidade Social (Social Accountability Health Professional Education, SAHPE). Dentre estas, destacam-se as escolas do Canadá, como a Escola Médica do Norte de Ontário (Northern Ontario School of Medicine, NOSM) e a rede de escolas médicas rurais na Austrália, com aumentos consideráveis na atração e fixação de médicos e a melhoria nos indicadores de saúde em regiões consideradas prioritárias (ELEY *et al.*, 2012; STRASSER, 2016; MIAN; HOGENBRIK; STRASSER, 2017).

Essas instituições formaram uma rede virtual conhecida como Training Health Equity Network (THEnet), com a missão explícita de aumentar a equidade no acesso aos serviços de saúde, sendo a melhoria na distribuição dos profissionais médicos um de seus maiores fins (ROSS *et al.*, 2014). As estratégias adotadas por essas escolas médicas foram analisadas em diversos estudos e tornaram-se referências na literatura internacional. As estratégias adotadas constituíram fatores determinantes para a atração e permanência de profissionais, verdadeiros preditores de fixação dos futuros médicos.

Dentre os preditores definidos na literatura internacional, destacaram-se os processos seletivos, priorizando estudantes naturais ou que residiam há muitos anos em regiões com escassez de médicos e oriundos de grupos populacionais desfavorecidos e com dificuldades de acesso à assistência médica; e a instalação de cursos de graduação em Medicina nessas regiões com currículos adequados aos problemas de saúde prevalentes nesses locais.

No contexto brasileiro, a Constituição Federal de 1988 atribuiu ao SUS a responsabilidade pela formação dos recursos humanos para o trabalho em saúde. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criada em 2003 na estrutura do Ministério da Saúde (MS), responde pela formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2003).

A partir da criação da SGTES, várias políticas foram implementadas objetivando melhorias na formação e fixação de médicos na APS, em áreas do interior do país e regiões rurais. Essas medidas foram embasadas por pesquisas apontando o distanciamento entre a formação médica, as principais necessidades em saúde e as diretrizes do SUS (PICCINI *et al.*, 2000; FEUERWERKER; SENA, 2002; CRUZ, 2004; MACIEL FILHO, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2008; CYRINO *et al.*, 2015).

Dentre essas políticas, destaca-se o Programa Nacional de Expansão de Vagas do Ensino Médico em Instituições Federais de Ensino Superior, por meio da Portaria 109, de 05 de junho de 2012, da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (SERES) do Ministério de Educação (MEC). Além da abertura de novos cursos especialmente em áreas prioritárias, foram propostas novas matrizes curriculares, com base na literatura internacional sobre o tema (BRASIL, 2012). Seguindo essas diretrizes, o PMM foi instituído em julho de 2013, inicialmente pela Medida Provisória nº 621 que foi convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013).

O PMM tem estrutura muito abrangente, envolvendo três eixos estratégicos: a infraestrutura da APS, o provimento emergencial e a formação médica. O primeiro eixo propõe a melhoria da infraestrutura da APS e das condições de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), buscando consolidar a qualidade no cuidado ofertado (BRASIL, 2013).

O eixo de provimento emergencial recrutou, em caráter emergencial, profissionais graduados no Brasil e fora do país, brasileiros e estrangeiros, para atuar em áreas de maior vulnerabilidade (Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, população ribeirinha da Amazônia, no semiárido e muitas

comunidades rurais, áreas quilombolas, assentamentos, periferias urbanas e favelas das grandes cidades). Esse eixo foi previsto para três anos de duração, de novembro de 2013 a novembro de 2016, com posterior renovação por mais três anos (BRASIL, 2013; 2015).

O eixo Formação apresenta duas principais frentes de ações: uma prioritariamente quantitativa, com aumento de vagas de graduação em Medicina, especialmente nas áreas de maior necessidade e carência de profissionais, e aumento de vagas de residência com foco nas especialidades médicas necessárias no SUS. A outra com caráter mais qualitativo propõe mudanças na formação médica, seguindo como referência o documento da proposta de expansão nas universidades federais e promovendo a atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina (BRASIL, 2014).

As DCN envolvem a organização, o desenvolvimento e a avaliação do processo formativo e expressam a noção de que os conteúdos teóricos, isolados do seu contexto histórico, político e social, não têm a potência de construir no profissional médico a responsabilidade social, para que ele seja um agente transformador dos determinantes sociais no processo saúde/doença (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, os novos currículos são estruturados com inserção dos discentes nos cenários da APS, logo nos períodos iniciais do curso e, pelo menos 30% da carga horária dos internatos, deve se desenvolver nesses locais. Entendendo que as vivências nos cenários de prática, no trabalho vivo em ato, atribuem significado ao aprendizado científico e favorecem a capacidade crítica dos estudantes (BRASIL, 2014). O artigo 3º das DCN apresenta o perfil geral do egresso, do profissional médico, que se almeja com as mudanças curriculares:

formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014, p.8).

Dentre os três eixos do PMM, o eixo Formação é considerado o mais estruturante, representando a sustentabilidade de todo o Programa (OLIVEIRA *et al.*, 2015; CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Apesar dos resultados das escolas médicas do Canadá e da Austrália, existem diferentes posições apontadas na literatura sobre o tema. Muitos estudos reforçam as estratégias educacionais como preditores de fixação dos futuros profissionais na APS, em regiões com escassez de médicos (CAMPOS *et al.*, 2001; CECCIM, FEUERWERKER, 2004; OMS, 2010, FRENK, 2010; ROSS *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2015; CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016; MIAN; HOGENBRIK; STRASSER, 2017; STRASSER, 2016). Outros autores afirmam a importância específica da interiorização das escolas médicas como principal preditor de fixação dos profissionais nessas regiões (PÓVOA; ANDRADE, 2006; BUTTNER *et al.*, 2017). Um estudo aborda a complexidade das políticas de enfrentamento do problema e contesta o potencial das mudanças curriculares quando se fazem de modo isolado (MACIEL FILHO, 2007). Estudos com sextanistas de Medicina atestam a complexidade dos muitos fatores que permeiam as escolhas dos futuros médicos (OLIVEIRA; ALVES, 2011; GIRARDI *et al.*, 2017).

Uma revisão sistemática que buscou definir as estratégias mais efetivas para tornar a distribuição de médicos mais equitativa encontrou apenas um estudo que satisfizesse os critérios estatísticos, e ainda assim, com baixo nível de evidência. Recomendou-se a realização de mais estudos para entendimento das lacunas presentes na literatura (GROBLER *et al.*, 2015).

Torna-se necessário considerar ainda, as disputas enfrentadas pelo PMM, algumas advindas do cenário internacional, com o fortalecimento da privatização e da desregulação pelo Estado das políticas de recursos humanos para saúde (BALL, 2011; CUETO, 2015; SCHFFER; DAL POZ, 2015). No cenário nacional, é necessário considerar a falta de apoio do próprio governo federal e da oposição de atores e instituições sociais relevantes em relação ao Programa (PAIM, 2015; GOMES; MERHY, 2017; JESUS *et al.*, 2017). Estudos sobre o eixo Formação, ainda que sem poder preditivo, assinalaram tendências ao comprometimento dos seus objetivos (ALESSIO, 2015; VIEIRA, 2015; LOTTA *et al.*, 2016).

Diante da complexidade do problema e da grandeza do PMM foi necessário um referencial teórico-metodológico compatível. Stephen Ball, sociólogo inglês que dedica-se ao estudo das políticas educacionais, formulou um modelo de análise conhecido como a Abordagem do Ciclo de Políticas. A proposta do autor considera o dinamismo das agendas políticas e supera a fragmentação entre elaboradores e executores que torna-se importante no caso do eixo Formação do PMM, considerando as diferenças locorregionais. Mas, principalmente, a análise do modelo de Ball privilegia avaliação das implicações de políticas educacionais sobre as iniquidades e a justiça social, fundamental para o eixo Formação do PMM (MAINARDES, 2006; BALL; MAINARDES, 2011).

O objetivo deste estudo foi analisar o eixo Formação do PMM frente aos preditores educacionais de fixação de profissionais na APS em áreas desassistidas, a partir da Abordagem do Ciclo de Políticas de Stephen Ball. A questão central que conduziu todo o trabalho de pesquisa foi compreender em que medida o eixo Formação vem se aproximando dos seus objetivos.

Justificaram o estudo a relevância do problema da escassez e distribuição desigual de médicos, com sérias implicações no acesso a assistência à saúde e na qualidade de vida de grande parcela da população brasileira; as lacunas existentes na literatura relativas ao enfrentamento do problema, especificamente referentes aos preditores educacionais de fixação, a grandeza do eixo Formação e as reflexões necessárias, diante das disputas enfrentadas, para que ele não se transforme em uma política curricular isolada.

2 REFERENCIAIS TEÓRICOS

O eixo Formação do PMM se constitui em uma política abrangente, adotada pelo Estado brasileiro para o enfrentamento do déficit quantitativo, das desigualdades na distribuição e da formação inadequada de médicos no país.

A análise das implicações do eixo Formação do PMM demandou a compreensão mais ampla do tema, inclusive no cenário internacional, pois, mesmo antes da sua inclusão na agenda política brasileira, muitos países já debatiam e adotavam medidas para sua resolução.

2.1 ESCASSEZ DE MÉDICOS: CENÁRIO GLOBAL E NACIONAL

A carência e desigual distribuição de médicos afeta tanto os países com melhores condições de desenvolvimento quanto aqueles com condições mais precárias, porém, segundo a OMS, os recursos para lidar com o problema e os seus impactos variam enormemente. Algumas tendências são gerais, em todo o mundo: os médicos se concentram em grandes centros urbanos, em relação às áreas rurais; a maioria atua como especialistas, em relação aos generalistas; e nos setores privados, em relação aos sistemas universais (WHO, 2010a).

As desigualdades não podem ser abordadas apenas com base na relação médico/habitantes de modo isolado, pois esse indicador não revela outros aspectos da condição de vida nem adversidades enfrentadas pelas diferentes populações. Porém, com essa compreensão, o indicador tem importância especialmente em estudos que envolvam análises em grande escala (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Apenas pequena parte da população mundial tem acesso a cuidados de saúde. Cerca de cinco bilhões e meio de pessoas recebem assistência apenas em âmbito emergencial, quando já se encontram gravemente doentes e um bilhão de pessoas não têm acesso a nenhum sistema de saúde.

As taxas de mortalidade de crianças menores de cinco anos por causas evitáveis ainda assombram, com cifras de sete milhões e meio ao ano (LUEDDEKE, 2016 *apud* RIBEIRO, 2016).

O continente africano, com 11% da população mundial e respondendo por 25% da carga mundial de doenças, é assistido por apenas 4% dos profissionais de saúde em geral. Estão localizados na África os dezenove países com as maiores taxas de mortalidade infantil no mundo (RIBEIRO, 2016). Em 2010, a expectativa de vida no Afeganistão e em países da África Central era de 48 anos, enquanto alcançava 82 anos na Islândia e 83 anos no Japão (LUEDDEKE, 2016 *apud* RIBEIRO, 2016).

As desigualdades na distribuição de médicos no mundo estão na base de processos migratórios que seguem uma direção determinada, dos países em desenvolvimento para países desenvolvidos. Esse fluxo migratório agrava iniquidades em saúde, tendo em vista os recursos investidos na formação e na especialização de profissionais por países em desenvolvimento e com grandes necessidades em saúde e a perda desses profissionais para países desenvolvidos (BACH, 2006; MOTA; RIBEIRO, 2016).

Entre os países que mais recebem médicos estão os Estados Unidos, o Reino Unido e o Canadá. No caso dos Estados Unidos, 27% dos médicos são formados em outros países, sendo 19,5% na Índia, 11,9% no Paquistão e 8,1% nas Filipinas. No Canadá, 20% dos médicos são estrangeiros, predominando ingleses e sul-africanos. No Reino Unido, predominam médicos indianos e em menor número os irlandeses e sul-africanos (BACH, 2006).

No outro extremo, um dos países que mais perde médicos é a África do Sul. Apesar dos investimentos em universidades, cerca de 50% dos médicos sul-africanos migram para países europeus. Em contrapartida, o governo sul-africano tem contratado médicos de países vizinhos e mais carentes, como Zâmbia, Gana e Zimbábue, países que, por sua vez, têm maior dificuldade para lidar com as necessidades de suas populações (RIBEIRO, 2016).

Na Europa, existe intensa migração entre países membros da União Europeia e também uma tendência de migração de profissionais de países do Leste Europeu e de ex-colônias para países mais desenvolvidos do continente.

Na América Latina, há um fluxo de países mais carentes, como Peru e Equador, para países como o Chile, onde o setor privado constitui um forte atrativo, e o Brasil, com políticas de fixação de médicos, como o PMM, que será detalhado a seguir (RIBEIRO, 2016).

Os processos de migração de médicos são penosos e demandam muitas adaptações linguísticas, culturais e a difícil regulamentação profissional em outro país. Os fatores que atraem os profissionais são melhores remunerações e condições de capacitação, melhores condições de vida e de trabalho. Já os fatores que provocam a saída dos países de origem são a falta de investimento em especializações e promoções profissionais, a violência e a precariedade de sistemas de saúde (MOTA; RIBEIRO, 2016).

Também favorece a migração dos profissionais a existência de um mercado de trabalho em saúde que é interligado, globalizado e onde instituições internacionais exercem grande influência e definem as políticas de saúde conforme os seus interesses (CUETO, 2015). Mais recentemente, assistimos a um crescimento do mercado da educação médica, com grande aumento de instituições privadas de graduação em Medicina reforçando a concentração geográfica em grandes centros urbanos e o perfil de graduandos pertencentes a famílias de alta renda, residentes em bairros bem estruturados desses municípios (SCHEFFER; DAL POZ, 2016).

O debate sobre a mobilidade de profissionais de saúde, especialmente de médicos, gera tensões em torno de duas perspectivas importantes, de um lado a defesa do direito individual e inalienável de se deslocar e buscar melhores condições de trabalho e de vida. De outra perspectiva, essas migrações são criticadas pelo impacto sobre as já precárias condições dos países mais pobres e que respondem pelas maiores necessidades em saúde e perdem médicos para os países mais ricos (BACH, 2006).

Esse cenário de acirramento de iniquidades levou a OMS a criar um código com recomendações para recrutamento internacional de profissionais de saúde (The WHO Global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel). O documento afirma que a escassez de profissionais de saúde é o principal entrave ao alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável do milênio. O recrutamento de profissionais deve ser realizado dentro dos princípios e direitos éticos e buscando melhoria das condições de saúde das populações de ambos os países, aquele que recebe e aquele que doa o profissional, bem como para o profissional que migra de seu país de origem (WHO, 2010b).

No Brasil, apesar do salto quantitativo alcançando o número total de 452.801 médicos em janeiro de 2018, persistem grandes desigualdades. Faltam médicos no interior e nas periferias e bairros carentes de grandes centros urbanos. Faltam ainda médicos nas especialidades mais alinhadas à APS e existe grande concentração no setor privado, tanto na educação quanto na assistência médica (SCHEFFER *et al.*, 2018).

A população de médicos no Brasil cresceu 3,7 vezes mais do que a população geral entre 1920 e 2017. As diferenças na distribuição se relacionam a muitos fatores de caráter demográfico e epidemiológico, tanto dos profissionais como da população, fatores relativos ao financiamento, à relação dos subsistemas público e privado, à gestão de pessoas e às condições de trabalho. A maioria de médicos ainda é do sexo masculino (54,4%), porém, a diferença vem caindo rápido. Entre os médicos mais jovens já predominam as mulheres que, nas faixas etárias até 29 anos, correspondem a 57,4% e, nas faixas etárias entre 30 a 34 anos, 53,7% são mulheres. Além disso, vem acontecendo um rejuvenescimento dos médicos, com idade média de 45,2 anos, em 2017 (SCHEFFER *et al.*, 2018).

A distribuição dos profissionais no território é muito desigual (Quadro 1). Há uma concentração de médicos na região Sudeste (41,9% do total da população e 54,1% dos médicos) e, no outro extremo, existe uma grande escassez nas regiões Nordeste (27,6% do total da população e apenas 17,8% do total de

médicos) e Norte (8,6% da população e 4,6% dos médicos). Entre esses extremos, temos as regiões Sul e Centro-Oeste (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Os contrastes aumentam quando adentramos as grandes regiões. Em um extremo, o Distrito Federal, com 4,65 médicos/1000 habitantes, e o Rio de Janeiro, com 3,55 médicos/1000 habitantes. No outro extremo, o Maranhão, com 0,87 médicos/1000 habitantes, e o Pará, com 0,97 médicos/1000 habitantes (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Quadro 1 - Distribuição de médicos por regiões no Brasil

Regiões	População	%	Médicos	%	Médicos/1000 habitantes	RAZÕES EXTREMAS
NORTE	17.936.201	8,6	20.884	4,6	1,16	Pará 0,97 – Roraima 1,56
NORDESTE	57.254.159	27,6	80.623	17,8	1,41	Maranhão 0,87-- Pernambuco 1,73
SUDESTE	86.9849.714	41,9	244.304	54,1	2,81	Rio de Janeiro 3,55—Minas Gerais 2,30
SUL	29.644.948	14,3	68.430	15,2	2,31	Paraná 2,09—Rio Grande do Sul 2,56
CENTRO-OESTE	15.875.907	7,6	37.536	8,3	2,36	Distrito Federal 4,65— Mato Grosso 1,63

Fonte: a autora com base em Scheffer *et al.*, 2018.

Existe grande concentração de médicos nas capitais e nos maiores centros urbanos. Municípios com até 10 mil habitantes, que correspondem a 43,98% do total, têm razão média de 0,3 médicos por mil habitantes. Já aqueles entre 20 a 50 mil habitantes (19,8% do total) têm a média de 0,76 médicos por mil habitantes. Municípios de 100 a 500 mil habitantes (4,82% do total) têm média de 2,14 médicos por mil habitantes e aqueles com mais de 500 mil habitantes (0,75% do total) contam com 4,33 médicos por mil habitantes.

As capitais concentram 23,8% do total da população e contam com 55,1% do total médicos. A razão de médicos por mil habitantes é de 5,07 nas capitais e 1,28 no interior, em uma média geral. Essas diferenças entre capital e interior são maiores no Norte e Nordeste e diminuem nas regiões Sul e Sudeste. Florianópolis é a capital que menos concentra médicos, com 29,2% do total de médicos em relação ao interior do estado. Existem algumas exceções, como o município de Vitória, com 12 médicos/1000 habitantes enquanto os pequenos

municípios do interior do estado têm média de 1,43 médicos /1000 habitantes (SCHEFFER *et al.*, 2018).

As desigualdades na distribuição espacial de médicos existem também dentro dos próprios municípios, onde há extrema carência em periferias e comunidades vulneráveis, contrastando com uma grande concentração desses profissionais em bairros com melhor infraestrutura, onde reside a população mais favorecida (SHEFFER *et al.*, 2018).

O Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da UFMG desenvolveu o “Índice de escassez de médicos” um complexo cálculo estatístico que envolve indicadores de vulnerabilidade social e considera os profissionais atuantes na APS (GIRARDI *et al.*, 2010).

O cálculo do índice de escassez utilizou como variáveis a disponibilidade do profissional por meio do número de habitantes por médico equivalente a 40 horas de trabalho dedicado ao atendimento ambulatorial, nas especialidades de clínica médica, medicina de família e comunidade e pediatria, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); a proporção de domicílios pobres no município, com dados do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), gestor do Programa Bolsa Família, considerando o número de famílias com renda *per capita* inferior a R\$137,00 (valor de 2006) e as altas necessidades em saúde, considerando a Taxa de Mortalidade Infantil dos municípios, confrontando dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) (GIRARDI *et al.*, 2010).

O cenário da desigualdade no Brasil ficou mais evidente com a utilização desse instrumento. A região com maior número de municípios com escassez de médicos foi o Nordeste, com 51,8% deles, a Centro-oeste é a que tem a menor proporção de municípios com escassez de 6,9%, a região Sul com 12,6% e a região Sudeste 11,6%. A intensidade do problema também deve ser considerada e, nesse sentido, destacamos que nas regiões Norte e Nordeste encontram-se a maioria absoluta dos 88 municípios brasileiros com níveis de escassez considerada elevada. Seis dos sete municípios com escassez severa

encontram-se na região Norte. Nas regiões Sul e Sudeste, ao contrário, encontram-se os 119 municípios que apresentam apenas traços de escassez (GIRARDI *et al.*, 2010).

2.2 ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA

2.2.1 Contexto internacional

A OMS preconizou medidas de enfrentamento do problema estruturadas em quatro eixos; políticas educacionais, políticas de regulação, estímulos financeiros e estímulos não financeiros. As políticas educacionais destacam-se pelo potencial estruturante, especialmente pelo fortalecimento de sistemas de saúde universais (FRENK, 2010; WHO, 2010a). O relatório do Terceiro Fórum de Recursos Humanos para a Saúde, bem como o Plano de Ação para Recursos Humanos para Acesso e Cobertura Universal de Saúde apresentam estratégias relativas à formação de profissionais, dentre as principais recomendações (WHO, 2014; OPAS, 2017).

Muitos países, que já vêm pesquisando e aprovando políticas no sentido de reduzir desigualdades no acesso à assistência médica, adotaram estratégias educacionais associadas a políticas de regulação e de incentivos financeiros. Tornou-se necessário conhecer a experiência desses países.

Procedeu-se a uma revisão narrativa, como primeira aproximação com o tema em seu aspecto internacional. Seus resultados definiram os objetivos e nortearam a estruturação da pesquisa. Por isso, ela foi inserida neste capítulo e não nos resultados da tese.

Foram selecionadas a base de dados de acesso à Biblioteca Nacional de Medicina do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (PUBMED/Medline) e a base de dados do Centro Latino-Americano e do

Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foi necessário um recorte temporal, dada a densidade de produção científica sobre o tema, e optou-se pelos artigos dos últimos 5 anos, período com maior concentração de estudos.

Na base de dados PUBMED foram utilizados os descritores: ("healthworkforce" OR physicians) AND (supply OR distribution OR retention OR migration OR turnover) AND ("Public Health"). Foram encontrados 2134 estudos. Foram adotados como filtros: texto completo disponível, publicações dos últimos 5 anos, abordando seres humanos. Foram encontrados 297 estudos. Procedeu-se à leitura dos títulos e resumos e excluídos artigos duplicados e aqueles cujo tema não estava correlacionado ao estudo. Foi selecionado para a revisão o total de 33 artigos.

Em seguida, foi realizada a busca no LILACS, com os descritores: ("médicos da atenção primária/provisão & distribuição") OR (distribuição de médicos). Foram encontrados 167 estudos. Foram adotados como filtros: texto completo disponível, idioma inglês, espanhol e português; assunto principal: Distribuição de médicos, Atenção primária em Saúde, Médicos de Família. Do total anterior, foram selecionados 71 artigos. Desse conjunto foram excluídos os estudos realizados no Brasil, uma vez que estes serão o foco da análise do contexto nacional. Também foram excluídos artigos duplicados e com temática fora do escopo do estudo, restando 8 artigos.

Os resultados dessa revisão estão apresentados no Quadro 2 e constituíram-se em 33 artigos da base de dados PUBMED (artigos de 1 a 33) e 8 artigos da base de dados LILACS (artigos de 34 a 41). A maioria foram publicados em 2015, quinze artigos. Sete artigos foram publicados em 2014, seis artigos em 2016, quatro artigos foram publicados em 2013 e quatro em 2011. Do restante, dois artigos publicados em 2010, dois em 2012, um em 2008 e um em 2017.

Muitos países adotaram medidas envolvendo duas ou três das estratégias preconizadas pela OMS, porém, dificuldades na implementação efetiva dessas

ações, tanto nos contextos macro como nos micropolíticos, ocasionaram grande limitação nos resultados (RAWAI *et al.*, 2015).

A complexidade dos fatores envolvidos nas escolhas dos profissionais, tais como condições de vida, condições de trabalho, remuneração e de progressão na carreira, agregaram dificuldades ao enfrentamento do problema (MOLLAHALILOGLU *et al.* 2015; DARKWA *et al.*, 2015). Alguns estudos atestaram que melhorias na estrutura de APS e fortalecimento da gestão local, enquanto provedora das condições de trabalho e possibilidades de educação continuada, conseguiram aumentar a fixação de profissionais. De outra forma, locais com dificuldades e baixa autonomia dos gestores locais apresentaram enormes carências (LEONARDIA *et al.*, 2012; MARNIE; MACDOUGALL, 2013; DERKSEN, 2014).

Condições de trabalho precárias, fragilidades nos sistemas de saúde, dificuldades de remuneração e de progressão na carreira e insegurança causaram a migração de muitos médicos (ALUTTI *et al.*, 2014; HUMPHRIES *et al.*, 2015; LABONTÉ *et al.*, 2015). Esses profissionais enfrentaram muitas barreiras, especialmente aqueles que migraram para países da Europa. Muitos médicos imigrantes da África do Sul foram obrigados a mudar de ocupação.

O Projeto Recursos Humanos para a Atenção Primária à Saúde na África (HURAPRIN) realiza estudos robustos assinalando a importância da efetivação do Código de Recrutamento Internacional elaborado pela OMS, para garantir condições dignas de trabalho, de vida e a manutenção de relações com seus países de origem (WHO, 2010b). Alguns autores explicitaram a importância de interesses econômicos, pois uma das fontes de renda para esses países que perdem profissionais são os recursos financeiros enviados às famílias que lá permanecem (JIROVSKY *et al.*, 2015).

A grande concentração de médicos em municípios onde a presença do setor privado é mais intensa confirma também a sua grande influência e a necessidade de considerá-la na implementação e consolidação de muitas políticas (ZEVALLOS L *et al.*, 2011; GUILLOUA *et al.* 2011; LAWRENCE *et al.*, 2013; AUGUSTINE D ASANTE *et al.*, 2014; XU *et al.*, 2014).

Existe um fluxo intenso de médicos entre países europeus. Na Irlanda, onde 34% dos médicos vem de outros países, estudos mostraram insatisfação com as condições de trabalho e de vida, promovendo elevada emigração. Um grande número busca especialização ou capacitação em outros países, após a graduação, e retorna após alguns anos. Porém, um número considerável de médicos deixa o país definitivamente. Políticas de serviço compulsório e incentivos financeiros não têm apresentado resultados (GOUDA *et al.*, 2015).

No conjunto dos artigos selecionados, muitos estudos apontaram uma forte correlação estatística entre a escolha pelo trabalho em áreas rurais com o fato de ter nascido e permanecido nessas áreas. As chances de escolha pelo trabalho nessas áreas aumentou em quatro vezes para aqueles naturais dessas regiões ou até em sete vezes, para aqueles que nasceram e permaneceram morando nesses locais (MAYTA-TRISTÁN, P *et al.*, 2011; MOLLAHALILOGLU, S. *et al.*, 2012; THEPPANYA *et al.*, 2014; SAPKOTA; AMATYA, 2015).

Portanto, a seleção adequada de estudantes vinculados às regiões prioritárias se configurou como um fator determinante para a fixação dos futuros profissionais nessas regiões com escassez (THAMMATACHAREE *et al.*, 2013; TALAMANTES *et al.*, 2015; PAGAIYA *et al.* 2015).

O perfil de seleção de estudantes envolveu, em algumas escolas, a inclusão de grupos historicamente excluídos e com maiores dificuldades de acesso aos serviços. Talamantes *et al.*, (2015), mostraram que o acesso por meio dos *Community Colleges* levou um número maior de graduandos negros e latinos aos cursos de Medicina nos Estados Unidos.

Destacaram-se também estudos mostrando a efetividade da criação ou aumento de vagas em escolas rurais, principalmente quando essas estratégias eram alinhadas a seleções especiais para estudantes de regiões ou de municípios prioritários (PAGAIYA *et al.*, 2015; BUTTNER *et al.*, 2017). O estudo de Buttner *et al.* (2017) mostrou uma clara tendência de graduandos de escolas rurais permanecerem trabalhando no meio rural, porém não necessariamente na mesma região ou município em que estudaram. Ao contrário, o estudo

mostrou uma tendência de dispersão dos profissionais por outros locais, outras cidades que não necessariamente eram os municípios de origem dos estudantes, porém, os profissionais fixaram-se em zonas rurais.

A experiência de escolas médicas do Canadá reforça os resultados desta revisão. Especialmente as escolas médicas com gestão de Responsabilidade Social (SHAPE) que integram estratégias como a seleção de estudantes, as mudanças curriculares e a maior inserção nessas comunidades rurais e distantes dos grandes centros urbanos (STRASER, 2016; MIAN *et al.*, 2017; HOGENBRIK *et al.*, 2016).

Destaca-se a NOSM, que vem conseguindo sucesso no processo de seleção de alunos naturais das regiões do norte do Canadá, de áreas rurais e de minorias excluídas (Francófonos e Aborígenes). O desafio ainda persiste em relação aos candidatos aborígenes cujas notas no processo de seleção ainda ficam abaixo da média, fazendo com que esses grupos permaneçam sub-representados nos cursos de Medicina (MIAN *et al.*, 2017).

Nessa instituição, o processo de seleção envolve ações da universidade no sentido de favorecer a melhoria dos resultados de estudantes com perfil adequado e o acompanhamento desses estudantes, o que favorece os resultados. Um estudo transversal (HOGENBRIK *et al.*, 2016) analisou a locação dos médicos de APS no Canadá e mostrou elevada taxa de fixação entre os egressos da NOSM. Dentre os 131 médicos que realizaram graduação ou residência em MFC na NOSM (2011 a 2013), cerca de 94% estavam trabalhando no Norte de Ontário com impactos positivos nos indicadores de saúde na região.

Além da seleção de estudantes e da localização das escolas em regiões prioritárias, são fundamentais mecanismos regulatórios que garantam a qualidade da formação e favoreçam as escolhas dos futuros médicos pelo trabalho em regiões com maiores necessidades. Estudos realizados no Japão, no Peru e no Chile mostraram a permanência das desigualdades na distribuição geográfica e na relação entre trabalho em setores públicos ou

privados quando ocorre apenas aumento do número de médicos sem mudanças na educação médica.

No Japão, um grande número de profissionais, apesar de ter cursado as universidades regionais, criadas em pequenos municípios entre 1970 e 1980, optaram por especialidades e trabalho em grandes centros urbanos do país. Alguns autores relacionam os resultados ao fato de o programa ter permitido a livre escolha da especialidade e o local de trabalho pela primeira vez no país (SAKAI, R. *et al.*, 2015; KAMITANI, S. *et al.*, 2015).

No Peru e no Chile, o Serviço Rural e Urbano Marginal de Saúde (SERUMS) é um programa obrigatório para admissão no setor público e também para realizar uma especialização remunerada pelo Estado. Os gestores enfrentam dificuldades pela disputa com o setor privado, pelas críticas das corporações profissionais, além do baixo interesse nas especialidades ligadas à APS, com preenchimento de apenas 10% das vagas de residência de Medicina de Família (CORTEZ *et al.*, 2008; ROMÁN, 2010; PEÑA, S. *et al.*, 2010; MAYTA-TRISTÁN *et al.*, 2014). Esses estudos atestam a complexidade das escolhas e decisões dos profissionais relativas à carreira.

Em síntese, a literatura mostra como principais favorecedores da fixação dos futuros médicos na APS em regiões desassistidas: a seleção de estudantes naturais ou residentes nas áreas prioritárias e oriundos de grupos desfavorecidos com dificuldades de acesso; a localização dos cursos de Medicina com maior capilaridade nessas regiões prioritárias; a qualidade da graduação e a necessidade de instrumentos de avaliação e regulação, para garantir a formação de profissionais com perfil adequado. Porém não existem estudos consistentes que definam os fatores educacionais que caracterizem a qualidade da graduação médica e favoreçam a fixação dos futuros profissionais. Essa lacuna na literatura reveste-se de importância pelo potencial de nortear as políticas públicas relativas à educação médica.

Quadro 2 - Estratégias de enfrentamento da escassez de médicos no cenário internacional

	Artigo	Tipo de estudo/ Métodos	Resultados e contribuições
1	LEONARDIA <i>et al.</i> Assessment of factors influencing retention in the Philippine National Rural Physician Deployment Program. BMC Health Services Research 2012 12:411.	Quantitativo e qualitativo. Questionários com os médicos do Programa "Doctors to the barrios" (DTTB) atuais 71 médicos atuais e entrevistas com 26 antigos médicos do programa nas Filipinas.	Ao final dos 2 anos do programa poucos permaneceram. Fatores influentes: formação do médico, a gestão local, condições de vida e progressão na carreira. Quanto maior interesse por saúde pública e por servir a comunidades rurais, maior fixação. A gestão Local teve papel importante na decisão do médico sendo a falta de suporte da gestão local foi o maior motivo de insatisfação, seguidos das condições de vida (lazer) e falta de oportunidades na carreira.
2	MOLLAHALILOGLU <i>et al.</i> Physician scarcity in underdeveloped areas of Turkey: what do new graduate physicians think? Rural and Remote Health 12: 2067. (Online) 2012.	Quantitativo. Questionários estruturados abordando a intenção de trabalho, enviados via internet.	Responderam 78% dos 4753 graduandos de medicina da Turquia de 2009. A análise mostra maior interesse em áreas remotas em estudantes nascidos nessas áreas, provenientes de famílias menos favorecidas ou que tenham residido em áreas remotas por mais tempo.
3	MARNIE B.; KAREN M. Adapting online learning for Canada's Northern public health workforce, International Journal of Circumpolar Health, 72:1, 2013.	Quantitativo e qualitativo. Questionários e Grupos focais com os participantes e entrevistas com os facilitadores.	Educação continuada para as comunidades aborígenes de 3 territórios do noroeste do Canadá (2004 a 2011). A estratégia de educação online, adaptada às questões presentes naquelas comunidades com vídeo conferências e estratégias interativas mostrou potencial efetivo para retenção de profissionais na área.
4	LAWRENCE, . <i>et al.</i> Private sector contributions and their effect on physician emigration in the developing world. Bull World Health Organ 2013; 91:227–233.	Estudo de casos com análise de dados secundários sobre emigração de médicos. Dados da OECD e revisão da literatura sobre Gana, Índia e Peru.	Nos países com maior participação do setor privado no financiamento dos serviços de saúde, as taxas de emigração de médicos são menores. Peru maior gasto privado tem a menor taxa de emigração ao contrário de Ghana. Conclui serem necessários estudos mais aprofundados sobre o tema considerando outros fatores.
5	TANGCHAROENS <i>et al.</i> Health workforce contributions to health system development: a platform for universal health coverage. Bull World Health Organ. 2013; 91:874–880.	Revisão narrativa de mudança de políticas públicas.	Correlaciona a melhoria dos indicadores de saúde a melhoria do acesso e da qualidade da APS, especialmente de populações carentes e de áreas rurais nas Tailândia entre 1980 a 2000 com reformas para fortalecimento e qualificação dos profissionais de saúde e de toda a estrutura da APS em áreas rurais e como resultado melhoraram os indicadores de saúde no país.
6	THAMMATACHARE <i>et al.</i> Attitudes toward working in Rural areas of Thai medical, dental and pharmacy new graduates in 2012: a cross-sectional survey. Human Resources for Health 2013 11:53.	Quantitativo. Questionário estruturado com perfil sócio demográfico, tipo de seleção para graduação respondido pelos profissionais na reunião anual promovida pelo Min. Saúde. Total de 754 médicos, 203 dentistas e 268 farmacêuticos participaram.	Explana sobre as políticas de retenção de médicos em áreas rurais (Bangkok e vizinhança). 2 Médicos apontam como maior motivo de escolha do local de trabalho a proximidade da cidade natal e em segundo lugar um bom suporte dado pelos colegas. Dentre os fatores o que mostrou maior associação estatística com a escolha por área rural foi a seleção especial (CIPIRD e ODOD).
7	HATCHER <i>et al.</i> Placement, support, and retention of health professionals: national, cross-sectional findings from medical and dental community service officers in South Africa. Human Resources for Health, 2014, 12:14.	Estudo transversal, realizado com médicos do Estágio compulsório em comunidades rurais, do ano de 2009, na África do Sul. Responderam 44% de um total de 685.	Apesar do alto grau de satisfação com o serviço compulsório a intenção de permanecer na área rural ou comunidades carentes foi baixa (25%) porém era ainda menor antes do estágio (6%) apontando para um impacto positivo do estágio compulsório, favorecendo a retenção em áreas rurais.

8	ALUTTIS <i>et al.</i> The workforce for health in a globalized context _ global shortages and international migration. Glob Health Action 2014, 7: 23611.	Artigo de revisão sobre o fenômeno da migração internacional de médicos.	Padrão definido de migração de países de baixa e média renda para países de alta renda. A África subsaariana tem as maiores perdas de profissionais que vão para Europa. A aceitação de profissionais formados em outros países varia muito entre os países da Europa. Necessidade de mais estudos e complexidade dos padrões de migração, dificuldade de obter dados fidedignos.
9	THEPPANYA, K.; N SUWANNAPONG, N.; HOWTEERAKULN. Health-science students' self-efficacy, social support, and intention to work in rural areas of the Lao People's Democratic Republic. Rural and Remote Health 14: 2530. (Online) 2014.	Estudo conduzido pela University of Health Sciences (UHS) - Vientiane. Transversal, com questionário autoaplicável, com os 403 alunos do último ano medicina, medicina de família e comunidade, farmácia e enfermagem. Total de participantes 356 sendo: 137 graduandos de medicina, e 21pós-graduandos em medicina de família e comunidade.	Taxa de resposta de 88% (356 alunos), destes, 40% (135) referiram intenção de trabalhar em áreas rurais. Destes 135, 90% preferem trabalhar no nível distrital; 79,8% percebem pouco apoio social nessas áreas rurais. A regressão logística mostrou 4 variáveis associadas com intenção de trabalhar em áreas rurais: ter nascido em áreas rurais, alto grau de autossuficiência. Necessária estratégia de recrutamento de estudantes naturais de áreas rurais e trabalhar a autossuficiência, bem como o suporte social necessário na zona rural.
10	TALAMANTES <i>et al.</i> Community College Pathways: Improving the U.S. Physician Workforce Pipeline. <i>Acad Med.</i> Author manuscript; available in PMC 2015 December.	Estudo correlacionando dados coletados do Questionário de Matrícula com a intenção de trabalhar em comunidades carentes e minorias. Realizado em 2013 com 17.518 matriculados nas Universidades de medicina dos EEUU.	Em 2012 a taxa de resposta foi de 72%. Foram definidas 4 categorias correspondentes ao trajeto do estudante de medicina: 1- fez CC durante ensino médio; 2-fez CC e depois os 4 anos de universidade; 3-fez CC após 4 anos de universidade e 4- nunca participou de CC. O estudo mostra que a intenção de trabalhar com comunidades carentes e minorias é maior entre aqueles que fizeram Community College. Com os CC houve aumento de latinos e negros entre os graduandos em Medicina.
11	AUGUSTINE <i>et al.</i> Retaining doctors in rural Timor-Leste: a critical appraisal of the opportunities and challenges. <i>Bull World Health Organ</i> 2014;92: 277–82.	Análise do acordo bilateral entre os governos de Cuba e Timor leste de treinamento de estudantes de medicina em Cuba e de envio de médicos cubanos para trabalhar e treinar profissionais no Timor-Leste.	Análise do acordo e suas implicações para a retenção de médicos na zona rural do Timor Leste. Impacto do recrutamento de médicos cubanos para o Timor Leste iniciado em 2003, treinamento de estudantes em Cuba e um grande número de novos médicos retornará ao Timor Leste, mas são necessários grandes investimentos na infraestrutura dos serviços em áreas rurais para manter esses profissionais trabalhando nessas áreas. A grande disputa com as clínicas privadas, a carência de especialistas deve ser pensada com cautela para não agravar a escassez rural.
12	XU <i>et al.</i> Trend in distribution of primary health care professionals in Jiangsu province of eastern China. <i>International Journal for Equity in Health</i> 2014 13:117.	Estudo de tendência para análise de dados de distribuição geográfica dos profissionais de saúde no leste da China entre 2008-2012, do sistema de informação da província de Jiangsu, China.	Aumento de médicos e enfermeiros e redução da iniquidade provavelmente pela reforma iniciada em 2009. Contexto da reforma na saúde a partir de 1976 com políticas de mercado que acabou com os Médicos de Pés Descalços enfraqueceu a APS e fortaleceu o mercado da saúde com concentração em grandes centros, medicalização e aumento das desigualdades. Em 2009 teve início outra reforma tentando fortalecer a APS. Aumento de médicos considerável a partir de 2011. A desigualdade vem se reduzindo no período, mas ainda há uma distribuição geográfica é desigual com maior concentração na área central e menor na área norte da província.
13	SAKAI, <i>et al.</i> Evaluating the effect of Japan's 2004 postgraduate Training programme on the spatial distribution of Physicians. <i>Human Resources for Health</i> 2015 13:5.	Estudo de impacto na distribuição geográfica de médicos após o Programa Nacional de residência médica no Japão, iniciado em 2004, com análise de dados secundários. Pela primeira vez o médico pode escolher o local de sua especialização e acabava por se fixar.	Analisados a densidade de médicos (med/habitantes) e indicadores de mortalidade ajustados para idade e local de residência. Após o programa houve maior deslocamento de médicos para centros urbanos com alta densidade de médicos, isso agravou a iniquidade em relação ao suprimento de médicos especialmente na assistência hospitalar.

14	JIROVSKY, <i>et al.</i> "Why should I have come here?" - a qualitative investigation of migration reasons and experiences of health workers from sub-Saharan Africa in Austria. BMC Health Services Research (2015) 15:74.	Estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas com 10 profissionais de saúde (6 médicos e um estudante de medicina e três enfermeiras) que migraram da África subsaariana para Áustria.	Estudo inserido no Projeto HURADIM. Enfrentou dificuldades de acesso aos emigrantes que relatam problemas em outras pesquisas e criaram uma certa aversão a elas. Usaram dentre outras a técnica de Bola de Neve. Motivação política e possibilidades de melhoria profissionais e de renda. Relataram dificuldades na validação do diploma e grande barreira linguística. Três mudaram de ocupação.
15	PAGAIYA <i>et al.</i> Rural retention of doctors graduating from the rural medical education project to increase rural doctors in Thailand: a cohort study. Human Resources for Health (2015) 13:10.	Estudo longitudinal. Coorte do programa de educação rural da Tailândia para avaliar o impacto do Projeto de Colaboração para Aumento de médicos de áreas Rurais (CPIRD) na retenção de médicos em áreas rurais. Análise estatística (Kaplan-Meier)	CPIRD mostrou impacto positivo em relação à retenção em áreas rurais por mais tempo em relação ao curso tradicional (risco de 1,3 vezes maior de deixar a área rural). Também uma permanência maior no serviço público (risco 1,5 vezes de deixar o serviço público no tradicional). Porém essas taxas reduziram em ambos os grupos nos últimos anos. CPIRD- 4,2 anos em média em área rural. Tradicional 3,4 anos em média.
16	GOUDA <i>et al.</i> Ireland's medical brain drain: migration intentions of Irish medical students. Human Resources for Health (2015) 13:11.	Inquérito transversal online com todos os 6180 irlandeses estudantes de medicina de 2012/2013, sobre as intenções de migração, identificar os fatores que influenciam a decisão Eleitos apenas os estudantes com segundo grau na Rep da Irlanda.	Responderam 2273 (37% de taxa de resposta) destes foram considerados irlandeses 1519 estudantes que consistiu no total do estudo. Destes, 80% tem intenção de migração logo após a graduação ou para completá-la, sendo que 34% pretendem migrar definitivamente e 53% pensando em migrar após a graduação ou no final daquele ano escolar. Destes, 40% pretende voltar à Irlanda em 5 anos. Principais fatores que influenciaram: oportunidades na carreira (85%), condições de trabalho na Irlanda (83%) e estilo de vida (80%). Concluindo que a tendência de aumento da escassez e de que medidas urgentes com relação à formação, na graduação e pós-graduação precisam ser pensadas. Decidiram não sair da Irlanda 34% e 9% ainda estão indefinidos.
17	TANDI <i>et al.</i> Cameroon public health sector: shortage and inequalities in geographic distribution of health personnel. International Journal for Equity in Health (2015) 14:43	Análise de dados do MS, ano 2011, para correlacionar os recursos humanos em saúde pública, dados da infraestrutura das instalações de saúde e os indicadores de saúde, (mortalidade materna e infantil abaixo de 5 anos e dados de doenças imunopreveníveis).	O estudo mostra a correlação entre os indicadores e a densidade de pessoal da saúde. Densidade de profissionais de saúde varia de 2,0 a 0,2 / 1000 hab. A densidade de médicos especificamente varia de 0,9 no centro e sul do país a 0,5 nas outras regiões I. Gini para médicos = 0,53. Mostra uma escassez geral de profissionais da saúde e grande s iniquidades entre as regiões do país. As regiões do Norte com as menores densidades de pessoal têm os piores indicadores de mortalidade neonatal e de malária. Crise financeira em Cameron que levou a reformas estruturais e programa de ajustes, nas décadas de 1980 e 1990, conduzidos pelo Banco Mundial e FMI com cortes salariais e redução dos investimentos em saúde pública.
18	RAWAI <i>et al.</i> Developing effective policy strategies to retain health workers in rural Bangladesh: a policy analysis. Human Resources for Health (2015) 13:36.	Qualitativo. Análise das políticas, 1971 a 2013, de retenção de médicos e enfermeiras em áreas rurais e remotas do Bangladesh nas 4 décadas. E entrevistas com informantes chaves gestores, políticos e pesquisadores.	Adoção de muitas políticas. Por exemplo: seleção por cotas especiais para estudantes de áreas carentes, 5% das vagas em Universidades privadas para bolsas de estudo; universidades fora das grandes cidades; estágios em áreas rurais durante a formação; serviço compulsório por 2 anos após a graduação. Salários 30% mais altos pra áreas de difícil acesso. Incentivos de educação continuada via internet. Essas políticas não foram efetivamente implementadas não desencadeando os resultados esperados.

19	HUMPHRIES, N. <i>et al.</i> Applying a typology of health worker migration to non-EU migrant doctors in Ireland. <i>Human Resources for Health</i> (2015) 13:52.	Estudo misto, com entrevistas em profundidade e questionários online. Entrevistas em profundidade com 37 médicos nascidos e/ou formados em países que não são da União Europeia- NonEU, que trabalharam na Irlanda em 2011. E inquérito em 2013, via email, do total de emails válidos dos médicos NonEU registrados no Conselho. Destes 16% responderam (483 médicos). Excluídos as respostas incompletas restaram 366.	Dos 366 médicos Non EU que responderam 60% (220) no inquérito quanti e 54% (20) nas entrevistas em profundidade, apontaram como motivação razões ligadas à carreira. Para esses 220, a possibilidade de realizar uma pós-graduação é atrativa e grande número pensa em retornar ao país de origem ao final (89 dos 220 médicos). As vantagens salariais foram apontadas por 13% (49/366) sendo que estes não planejam permanecer na Irlanda: pelo menos 1 ano- 33 % comparado com os demais 14 %. Dentre os 49 apenas 10 pretendem permanecer na Irlanda.
20	MOLLAHALILOGLU, S. <i>et al.</i> Factors affecting the work of physicians in rural area of Turkey. <i>Rural and Remote Health</i> 15: 3048. (Online) 2015.	Estudo quantitativo, questionário e análise estatística. Amostra de 1340 médicos de área urbana. Inserido em um estudo maior: Healthcare Employee Satisfaction Survey (HESS) under Health Transformation Program, que procurou avaliar a satisfação de profissionais do MS e hospitais univ. da Turquia no fim de 2009. De um total de 1502 com 1340 em áreas urbanas foi selecionado.	Dos médicos 36% eram especialistas. As respostas foram diferentes com relação à especialização sendo os GP os que relataram maior vontade de trabalhar em zonas rurais. Qto maior o nível de desenvolvimento da região onde o médico trabalha e sua renda, mais difícil ele sair para zonas rurais. Médicos jovens e solteiros tem maior aceitação do que os casados. Propuseram incentivos trabalhistas (regimes flexíveis, moradia, melhorias nas unidades de saúde) e financeiros
21	DARKWA, E.K. <i>et al.</i> A qualitative study of factors influencing retention of doctors and nurses at rural healthcare facilities in Bangladesh. <i>BMC Health Services Research</i> (2015) 15:344.	Estudo qualitativo, entrevistas em profundidade com provedores (15), gestores de unidades de saúde de áreas rurais (4), informantes chaves da esfera nacional (2). Análise temática dos relatos. Verificar as razões da relutância em trabalhar em zonas rurais e remotas e identificar meios de resolver essa situação.	Apontaram como dificultadores: condições de vida ruins (moradia, qualidade da água etc.), condições de trabalho ruins (sobrecarga e falta de equipamentos adequados e falta de segurança, falta de oportunidades de progredir na carreira, salários ruins e sem opção de serviço privado). Alto índice de absenteísmo. Problema grave e complexo num país com 3/4 de população rural e relatam a falta de políticas específicas e falta de autonomia de gestores locais para lidar com a situação.
22	SAPKOTA, B. P.; AMATYA, A. What factors influence the choice of urban or rural location for future practice of Nepalese medical students? A cross-sectional descriptive study. <i>Human Resources for Health</i> (2015) 13:84.	Estudo transversal de análise estatística correlacionando variáveis sócio demográficas, local de nascimento, criação e de formação com a escolha por trabalho rural ou urbano. Questionário anônimo e auto- aplicável para 393 estudantes de quatro escolas do Nepal escolhidos aleatoriamente. E três entrevistas em profundidade com e médicos recém-formados que trabalhavam em áreas remotas.	Dos 393 respondentes, 64.1% eram nascidos em zona rural; 58.3% foram criados em zona rural e 53.3% tinham endereço fixo em zona rural. A maioria (70%) completou a educação em escolas privadas e urbanas. A maioria (65,9% prefere trabalhar dentro do país sendo que 50,8% prefere área rural. Aqueles que nasceram em zona rural tem 4 vezes mais chances de escolher trabalhar em áreas rurais, os que foram criados em área rural tem 5 vezes mais chances de escolher rural. Sendo que as chances aumentam para sete vezes se permanecem morando na zona rural. Variáveis com correlação estatística significativa: ser criados em zona rural e ter feito educação secundária em zona rural.
23	SCHOLZ, S. <i>et al.</i> Regional differences of outpatient physician supply as a theoretical economic and empirical generalized linear model. <i>Human Resources for Health</i> (2015) 13:85.	Estudo teórico desenvolvido na Alemanha. Busca desenvolver uma teoria relacionando as diferenças na distribuição geográfica de médicos com diversos fatores de modo a construir uma teoria que seja aplicável em outros sistemas de saúde. Usa os dados dos 412 distritos alemães para testar o teorema.	Densidade de Médicos de família (GP) e especialistas mostrou forte associação com a densidade populacional do distrito. Sendo que nos especialistas a correlação é positiva, nos médicos de família ela é negativa, contrariando o modelo teórico. A densidade de especialistas está associada positivamente com variáveis relacionadas a processos de urbanização.

24	LABONTÉ <i>et al.</i> Health worker migration from South Africa: causes, consequences and policy responses. <i>Human Resources for Health</i> (2015) 13:92.	Estudo quali-quantitativo, abordando 4 países fontes de trabalhadores de saúde qualificados que migram para outros países (Jamaica, Índia, Filipinas e África do Sul). O estudo envolve médicos, dentistas farmacêuticos e enfermeiras, gestores e educadores, agências reguladoras de migração, gestores de instituições públicas, privadas, nacionais e regionais.	Discreta redução na emigração de profissionais qualificados desde 2000, pela redução do recrutamento dos outros países. Persiste grande insatisfação com a qualidade de vida (insegurança geral e com o futuro dos filhos) política e economia. O Plano OSD gerou muitas críticas e resistência especialmente dos médicos devido a não mudanças nas condições de vida e trabalho, especialmente em áreas rurais e remotas. Ainda assim a escassez teve pequena redução.
25	WOJCZEWSKI <i>et al.</i> Diaspora engagement of African migrant health workers: examples from five destination countries. <i>Glob Health Action</i> 2015, 8: 29210.	Qualitativo, com entrevistas semiestruturadas. Integra o Projeto Recursos Humanos para a APS na África (HURAPRIN). A entrevista tem 3 questões básicas: Razões pessoais que levaram à migração; continuidade de relações com o país de origem e planos de migração futuros.	Foram entrevistados 88 profissionais que migraram da África entre 2011 e 2012. Sendo selecionadas 66 entrevistas: 25 enfermeiras e 41 médicos. As entrevistas ocorreram no Reino Unido-12, Bélgica - 14, Áustria -10, Botswana-15, e África do Sul-15. O estudo mostra que os imigrantes mantêm uma ativa rede de relações virtuais com o país de origem. A WHO afirma que os países que recebem os médicos migrantes devem compensar os países de origem destes. Os médicos deixam seus países por condições de vida e profissionais desfavoráveis. Esse processo tem fatores econômicos que estimulam a migração e ela tem implicações mercadológicas, por exemplo as remessas de dinheiro ao país de origem. Há também um ativo processo de relação virtual com a família e comunidade profissional do país de origem e ganho de conhecimento. Os países de origem devem ser recompensados, como recomenda o WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (2010).
26	KAMITANI <i>et al.</i> Differences in medical schools' regional retention of physicians by school type and year of establishment: effect of new schools built under government policy. <i>BMC Health Services Research</i> (2015) 15:581.	Estudo transversal com dados do sistema de informações de instituições médicas regionais e provedores, entre 1985 a 2013. Excluídos médicos com menos de 2 anos de formados. Foram relacionadas variáveis relativas ao médico, sua formação e relativas à escola e a taxa de retenção desta. Total de dados de 168.584 médicos. Japão implementou uma política de criar escolas médicas regionais, entre 1970-1980, para resolver a escassez de médicos, o número de médicos aumentou, mas persiste a má distribuição.	Quando as escolas se localizam em cidades com alta densidade populacional a probabilidade de permanecer lá aumenta, especialmente nas privadas. Tanto nas escolas públicas como privadas estabelecidas nas prefeituras após 1970 a retenção foi menor em relação às pré-1970. Questiona-se se um programa de residências médicas implementado em 2004 agravou a má distribuição.
27	DOSSAJEE <i>et al.</i> Career preferences of final year medical students at a medical school in Kenya: a cross sectional study. <i>BMC Medical Education</i> (2016) 16:5.	Estudo transversal descritivo de alunos do último ano de medicina da Univ., de Nairóbi (Quênia). Amostra aleatória de 156 estudantes. Questionário estruturado autoaplicável com variáveis sócio demográficas e a primeira e a segunda escolha de carreira. Testes estatísticos (análises bivariadas e cálculo de OR) para avaliar a importância das variáveis.	A escolha de especialidade e local de atuação são complexas por serem multidimensionais e multifatoriais. Requerem abordagens amplas envolvendo vários setores. Mulheres tendem a permanecer em região urbana, participam menos de programas de financiamento governamental, tendem a escolher especialidades não cirúrgicas. A qualidade do local de trabalho, estabilidade política, segurança e a remuneração foram fatores que mais influenciaram na escolha do local.

28	TADERERA, <i>et al.</i> Health personnel retention strategies in a peri-urban community: an exploratory study on Epworth, Zimbabwe. <i>Human Resources for Health</i> (2016) 14:17.	Estudo quantitativo-qualitativo. Para analisar estratégias de retenção de profissionais de saúde em área peri-urbana do Zimbabwe entre 2009-2014 e as implicações da reforma do sistema de saúde para comunidades peri-urbanas.	Foram realizados GF e entrevistados profissionais de saúde de Epworth, Zimbabwe. A melhoria salarial e outros incentivos não financeiros, por exemplo a melhoria das condições de vida e trabalho são fatores importantes e dependentes das políticas de governo e se mostraram fundamentais na retenção da força de trabalho entre 2009 e 2014.
29	TANGCHAROENSATHI EN, V., TRAVIS P. Accelerate implementation of the WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel: experiences from the South East Asia Region: Comment on "Relevance and effectiveness of the WHO Global Code Practice on the International Recruitment of Health Personnel – ethical and systems perspectives." <i>Int J Health Policy Manag.</i> 2016;5(1):43–46.	Artigo de comentário que discute o Código desenvolvido pela WHO para pactuações entre Governos de diferentes países para o recrutamento de profissionais da saúde. Trata-se de um artigo teórico com as recomendações do código internacional de recrutamento.	Apresenta os benefícios com a implantação do código especialmente para os países da SEAR (leste da Ásia) e África Subsaariana que perdem profissionais com impactos negativos sobre os sistemas de saúde.
30	BOYDSTUN, J.: COSSMAN, J.S. Career expectancy of physicians active in patient care: evidence from Mississippi. <i>Rural and Remote Health</i> 16: 3813. (Online) 2016	Estudo de análise da população de médicos do Mississippi. Os dados analisados são do Mississippi State Board of Medical Licensure's applications for the years 2007–2011. Estudo buscou dados sócio demográficos, local de atuação e da expectativa de carreira.	Total de médicos ativos 5418. A média é atuar como médico por 14,4 anos, sendo maior para os médicos de zonas rurais, médico de APS, médicos de áreas menos densas e homens. Os médicos de zonas urbanas tendem a ter carreiras menores. Os 5 primeiros anos parecem ser decisivos para as escolhas do local de atuação.
31	LACHISHET <i>et al.</i> Associations between perceived institutional support, job enjoyment, and intentions to work in the United Kingdom: national questionnaire survey of first year doctors. <i>BMC Medical Education</i> (2016) 16:151.	Estudo transversal com médicos no primeiro ano após a graduação no Reino Unido.	Associação muito forte entre o suporte institucional no primeiro ano e a satisfação com o trabalho. Aqueles que respondem ter tido suporte ruim são aqueles com maior probabilidade de deixar o Reino Unido.
32	LOWE, M.; CHEN, D. Factors influencing the migration of West African health professionals. <i>Pan African Medical Journal.</i> 2016; 24:237.	Estudo transversal com 118 jovens profissionais de saúde que participaram do Programa de Estágio para jovens profissionais. African Health Organization (WAHO), de 2005-2013.	A migração de médicos é dependente do contexto. É mais comum entre homens, acima de 31 anos, sem prévia experiência e solteiro. Influem na decisão de migrar: carga de trabalho justa, promoção de emprego e riscos ocupacionais limitados.
33	BUTTNER, R. <i>et al.</i> What does 'rural return' mean? Rural-origin medical graduates do not 'go home'. <i>Rural and Remote Health</i> (Internet) 2017; 17: 3985. Disponível em: http://www.rnh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3985 . Acesso em: 22 maio 2017.	Estudo quantitativo de análise de dados e mapeamento comparativo do local principal de trabalho e da cidade/região de origem dos estudantes que participaram do Programa de Recrutamento Rural, da Universidade do Oeste da Austrália.	Foram analisados 180 dados de estudantes e de profissionais em 2014. Embora 25% tenham voltado para trabalhar em zonas rurais, apenas 4% voltaram para sua região ou 3% para sua cidade de origem. A maioria trabalha distante de seu local de origem. Tendem a se dispersar. Assim é válido recrutamento de um número maior de estudantes de origem rural, mas não com o foco de trazer benefícios específicos à sua cidade de origem.

34	HERNÁNDEZ, T.; GOMEZ, Y. O. La migración de médicos en Venezuela. Rev Panam Salud Publica, v.30, n.2, p.:177-81, 2011.	Estudo exploratório quali quantitativo, com inquérito e entrevistas com estudantes da Universidade Tradicional e o Programa de Medicina Integral e Comunitária criado em 2008.	A tendência à migração foi maior entre estudantes da Uni. Tradicional (25%) em relação aos do PNFMIC (8,3%). Entre as razões profissionais dos estudantes da UT: ganhar experiência em outros contextos, especializar-se, e conhecer novas tecnologias, em porcentagens de 33,3% a 41,6%. Os estudantes do PNFMIC apontaram apenas conseguir uma especialização (12,5%). Discute-se que as questões vão além dos aspectos financeiros para o contexto social e a satisfação profissional.
35	ZEVALLLOS <i>et al.</i> Oferta y emanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de Especialidade. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011; v.28, n.2, p.177-85.	Estudo transversal descritivo de análise de dados secundários do MINSA, realizado em 2010. Integra o Observatório de Recursos Humanos en Salud,	Atualmente são 61,5% de especialidades clínicas, 33,2% de especialidades cirúrgicas, e 4,9% de especialidades de apoio diagnóstico e tratamento e 0,4% (22) de especialidades consideradas por esse estudo como de saúde pública. Concentram-se em Lima 56% da oferta com enorme carência nas áreas mais pobres como Loreto, Piura, Puno e Madre Dios.
36	MAYTA-TRISTÁN <i>et al.</i> Proyección de trabajo en el interior del país y factores asociados en médicos recién colegiados de lima, Perú 2010. Rev Peru Med Exp Salud Publica, v. 28, n.2, p. 186-93, 2011.	Estudo de corte transversal com 782 médicos, entre março e abril de 2020. Pergunta: Onde pretende trabalhar nos próximos 5 anos? Uso de regressão logística múltipla para encontrar os fatores associados.	Idade média 25 anos, 56% mulheres, 73% de universidades privadas. Apenas 7,0% referiu planejar trabalhar no interior do país e 0,5% em zonas rurais. A análises multivariado só encontrou associação com haver realizado o internado em um Hospital do interior do país (OR:3,1; IC95%:1,5-6,3), comunicar-se em quechua (OR: 2,9; IC:1,4-6,1) e nascer no interior (OR:2,8; IC:1,4-5,6). Associação negativa com projeção de um salário mensal superior a 5000 nuevos soles (OR:0,4; IC:0,2-0,8) e viver com a família nuclear (OR:0,3; IC:0,1-0,5).
37	GUILLOUA <i>et al.</i> Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. Rev Med Chile 2011; v. 139, p. 559-570.	Levantamento de dados do Serviço Imposto do Departamento de Estudos de Recursos Humanos, Divisão de Gestão y Desenvolvimento de Pessoas do Ministério de Saúde do Chile.	Grandes desigualdades na distribuição dos médicos, geográfica e entre o setor público e privado e ainda entre os seguros privados e o popular. Grande concentração na região metropolitana – Região Central (57.8%) e 43% trabalham no setor público, Serviço de Saúde 35% e a apenas 8% na APS. São especialistas 68,65%.
38	CORTEZ, V. C.; SALAZAR, L. E.; PANCCA, E. V. Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda de médicos en el Perú 2005 – 2011. Acta Med Per, v. 25, n. 1, p.22-9, 2008.	Estudo misto com três componentes: descritivo, exploratório e prospectivo. Estudo com 3 componentes: 1- Descritivo. Inquérito Nacional de Médicos nos 27 Colégios Médicos do país, para descrever n° de médicos e sua distribuição e relação público/privado e generalistas /especialistas; 2- Exploratório, cálculos para estimar a demanda por serviços médicos; 3- Prospectivo, estimativas com base em cálculos e relato de especialistas.	Formação desconectada das necessidades em saúde da população em um país em que o MS é o maior empregador. Pouca regulação sobre a formação médica. Aponta um grande aumento de graduados nos últimos anos e a previsão de aumento ainda maior nos anos seguintes, especialmente em escolas privadas. Grande desigualdade na distribuição: Lima com 57,9% de médicos. Os especialistas estão em 69% em Lima. Carência de especialidades clínicas básicas e acúmulo de outras especialidades mais bem remuneradas.
39	ROMÁN, A. O. Evolución de la oferta de médicos. Chile 1993-2008. Rev Med Chile, v.138, p. 22-28, 2010.	Análise de dados secundários da demografia médica no Chile.	Considerável aumento em 2004 a 2008 devido ao aumento da imigração de médicos para o Chile com aumento de 711 em 1990 para 34345 em 2004 e aumento especialmente das Faculdades privadas. Com crescimento de especialistas e redução de médicos generalistas. O número de médicos da APS praticamente não aumentou mantendo deficiência muito grande em relação aos especialistas.

40	PEÑA <i>et al.</i> The Chilean Rural Practitioner Programme: a multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas. <i>Bull World Health Organ.</i> V. 88, p. 371-8, 2010.	Análise política do Serviço Rural e Urbano marginal de Saúde (SERUMS) no Chile.	O SERUMS tem conseguido aumentar a de fixação de médicos em áreas rurais e vulneráveis por meio de uma série de incentivos educacionais, financeiros, diretos e indiretos e de suporte social e gestão. Programa obrigatório para entrada no Serviço público ou fazer especialização remunerada pelo Estado. As vagas são disputadas e a seleção se dá por meio de critérios de desempenho na graduação como notas e publicações e participação em programas de pesquisa. Porém permanece a dificuldade de formar especialistas para APS, as vagas de medicina de Família são preenchidas em apenas 10%. A disputa com o sistema privado é muito intensa.
41	MAYTA-TRISTÁN <i>et al.</i> El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminatorio e inconstitucional. <i>Rev Peru Med Exp Salud publica.</i> v. 3. n.4, p.781-7, 2014.	Análise política do SERUMS no Chile	Afirma que o programa é inconstitucional e discriminatório. Questiona a obrigatoriedade tendo em vista o fato de ser apenas para os médicos, não existirem evidências dos impactos na saúde e aponta outros estudos mostrando estratégias efetivas para fixação de médicos em áreas rurais em outros países. Além disso afirma que o programa contraria princípios constitucionais como a liberdade de escolha de carreira e o acesso à educação.

Fonte: a autora.

2.2.2 Contexto nacional e o seu caráter paradoxal

No Brasil, o enfrentamento da escassez de médicos implica no fortalecimento da APS, como local de trabalho e carreira profissional. Muitas políticas foram implementadas com esses objetivos, algumas investiram mais na estrutura e profissionais da APS e outras envolveram de modo mais evidente estratégias educacionais, especialmente a partir da década de 2000, com as evidências do Relatório da Comissão Intersinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) (PICCINI *et al.*, 2000) e depois de 2003, com a criação da SGTES (BRASIL, 2003).

Algumas políticas priorizaram mudanças curriculares como meio de aproximação das necessidades em saúde da população, outras valorizaram mais os incentivos financeiros para atrair os médicos para o trabalho na APS e em municípios do interior, mais distantes dos grandes centros urbanos. Destacaremos, de modo breve, aquelas com o foco nas estratégias educacionais, localizadas ao longo de uma linha temporal (Figura 1), que culminou com o PMM. Chama a atenção a relação contraditória entre algumas políticas e o fato de muitas possuírem aspectos normativos vagos ou incoerentes, possibilitando renegociação e descumprimento de seus objetivos, ou seja, um caráter paradoxal.

Alguns autores atribuem esse aparente paradoxo a um jogo de interesses, mais evidente a partir da década de 1990, momento em que, ao mesmo tempo que pesquisas evidenciaram a importância da APS como base para os sistemas de saúde, também se fortaleceram políticas econômicas de restrições de direitos e aumento de privatizações (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

No Brasil, a Constituição de 1988 e o SUS foram homologados em 1990, mas existem evidências de vários atravessamentos desde então, comprometendo todo o financiamento do SUS, especialmente aquele da APS. Esse quadro vem se agravando, com medidas explícitas do Estado brasileiro contra o SUS (MENDES; MARQUES, 2014; PAIM, 2015; CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Essas posturas paradoxais ficaram mais evidentes com novo formato de financiamento da APS, inspirado na contrarreforma do sistema de saúde inglês, sob a égide do Banco Mundial. A Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), criada em novembro de 2019, passará a assumir a contratação de médicos para a APS, podendo lançar mão de agências de saúde suplementares e Organizações Sociais da Saúde (OSS). O repasse aos municípios terá uma parte considerável realizada por meio de pagamento por desempenho. Além da queda do financiamento já ocorrida no período de 2014-2019, essas medidas despoticizam a ESF e fortalecem a tendência de privatização já evidente. O governo federal também já aprovou um novo programa, que ocupará o lugar do PMM, o Programa Médicos pelo Brasil. Mais uma vez uma estratégia é barrada sem que tenha sido devidamente avaliada e apesar dos recursos já investidos (OCKÉ, 2020).

Nesse jogo político, apesar de tantas estratégias já implementadas, persistem os índices de desigualdades já apresentados. Torna-se importante situar historicamente o PMM nessa linha de políticas para fortalecimento da APS no Brasil.

Em 1992, teve início um projeto denominado Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade (UNI), patrocinado pela Fundação Kellogg que convidou universidades, serviços de saúde e

organizações comunitárias de onze países da América Latina. O objetivo central era mudar o processo de formação profissional na área da saúde, assumindo como base a educação de adultos e introduzindo metodologias que favorecessem a aprendizagem ativa, centrada no estudante e a adoção de currículos flexíveis e do desenvolvimento de capacidade de crítica e de investigação. O projeto trouxe mudanças diversificadas conforme os diferentes países e instituições de ensino. Alguns construíram evidentes avanços nos arranjos curriculares, especialmente em Medicina e Enfermagem (FEUERWERKER; SENA, 2002).

Logo em seguida, em 2000, foi iniciado o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), com caráter provisório, para estimular e nortear o trabalho de gestores de municípios considerados prioritários pelo grau de carência dos serviços e pela vulnerabilidade da população. Selecionou médicos e enfermeiros para atuarem na APS dessas localizações, com bolsa mensal através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e participação em Curso de Especialização em Saúde da Família, realizado em parceria com Instituições de Ensino Superior, custeados pelo Ministério da Saúde. Os municípios asseguravam moradia, alimentação e condições mínimas de trabalho. Alguns desses profissionais acabaram sendo integrados pela APS local, outros deslocaram-se para outros municípios ou retornaram às cidades de origem (MACIEL FILHO, 2007).

O Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) elaborado entre 2001 e 2002, após discussões dos Conselhos Nacionais de Saúde e Educação, o MS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o MEC, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Rede Unida. Várias instituições de ensino apresentaram propostas, sendo selecionadas vinte instituições que, a partir de 2003, receberam cooperação técnica e operacional e recursos destinados à adoção de processos de mudança curriculares, com enfoque nas necessidades de saúde da população e do SUS. O projeto também previa a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e forte integração entre o ensino e os serviços de saúde para uma formação geral, crítica e humanística, com valorização da clínica ampliada (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A partir de 2003, com a criação da SGTES, a entrada na agenda de políticas voltadas para educação em saúde foi favorecida. Além disso, o delineamento destas tomou um novo caráter, com maior intersetorialidade e fortalecendo a integração ensino-serviço (BRASIL, 2003; PINTO *et al.*, 2019).

Com base nas avaliações do PROMED, foi aprovado, em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-Saúde), uma iniciativa da SGTES em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Esse programa, estruturado em eixos, visou uma formação integrada ao SUS e às necessidades concretas da população brasileira. O principal objetivo era a formação de recursos humanos adequados ao cuidado na APS, que se traduziu no Brasil pela ESF e, assim, foram contemplados profissionais da Medicina, Enfermagem e Odontologia.

O PRO-Saúde I teve um papel indutor das mudanças na formação em saúde. O PRO-Saúde II, formulado em 2008, envolveu os cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Psicologia no sentido de maior aproximação entre ensino e serviço, qualificando a formação em saúde e consolidando a ESF e o SUS (BRASIL, 2007).

No bojo do PROMED e do PRO-SAÚDE, o MS aprovou o Programa de Ensino pelo Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE), um importante dispositivo voltado para o fortalecimento das ações de integração entre ensino, serviço e comunidade por meio de atividades que envolvem o ensino, a pesquisa, a extensão universitária e a participação social. Destinado aos preceptores, estudantes e docentes de curso de graduação da área da saúde que, representados por suas instituições de ensino, em conjunto com as secretarias de saúde estaduais e municipais, elaboram projetos cujas ações contemplam recomendações do MS para a qualificação dos profissionais e a formação de estudantes da área de saúde em consonância com as necessidades do SUS. Para participar do programa é necessário que o projeto tenha sido selecionado por edital. Foram 3 versões até o momento: PET-Saúde/ESF em 2008; PET-Saúde/Gradua SUS em 2014 e PET-Interprofissionalidade em 2019.

Em seguida, teve início o PMAQ-AB, uma iniciativa de avaliação, com vistas a disparar um processo cíclico de qualificação da Atenção Básica. Desenvolvido nos chamados “ciclos de Qualidade”, o primeiro ocorreu em 2011 e o segundo em 2013, composto pelas fases de autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional, avaliação externa e certificação de desempenho. As equipes de ESF recebem uma classificação de desempenho, referência para o valor do incentivo financeiro, denominado componente de qualidade do piso da Atenção Básica variável (PAB-variável) (BRASIL, 2011a).

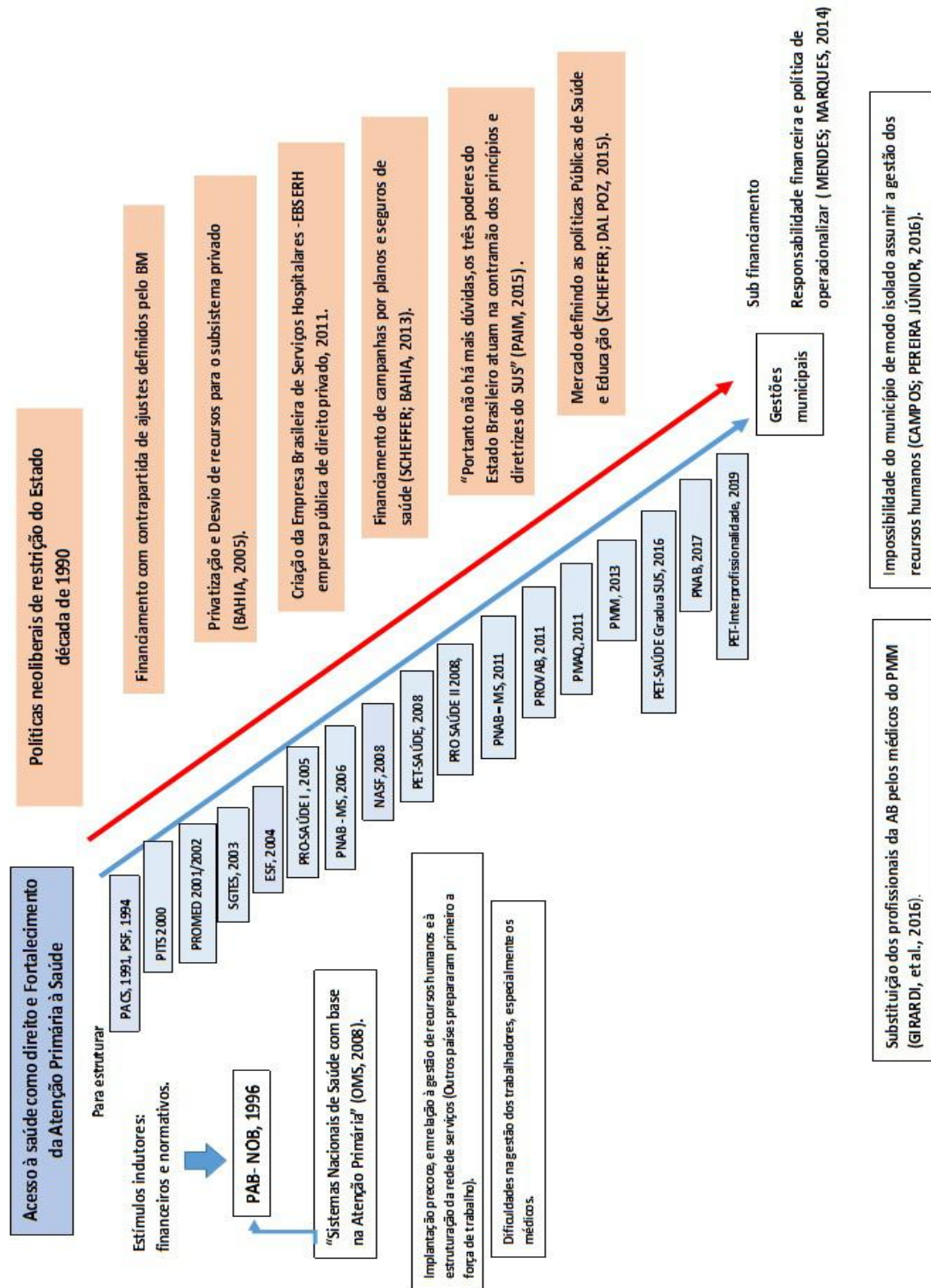
Juntamente com o PMAQ-AB, foram estruturados o Programa Telessaúde Brasil Redes, o Programa Saúde na Escola, o Programa Academia da Saúde e a nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição para dar suporte às equipes.

No mesmo período, teve início o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), instituído pelo MEC e pelo MS, que levou profissionais para atuarem por um ano na APS de municípios considerados carentes de médicos. Esses profissionais foram acompanhados por uma instituição supervisora, sendo obrigatória a participação em curso de especialização em Atenção Básica provido pela Rede Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) (BRASIL, 2011). Inicialmente, o programa atraiu 380 médicos, mas, com mudanças no seu desenvolvimento, que incluíram pontos na seleção de residência e o pagamento de bolsa para os profissionais participantes, houve aumento para mais de 3 mil médicos anualmente.

A política de expansão do ensino médico em Instituições Federais trouxe importantes pelas contribuições embasadas na literatura internacional, especialmente do Canadá e da Austrália. Propostas curriculares foram construídas com base nas principais competências necessárias para o trabalho resolutivo no SUS e nas áreas com carência de médico e maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2012a; 2012b).

Em julho de 2013, teve início o PMM e os profissionais que haviam aderido ao PROVAB passaram a integrar esse programa a partir de 2015. O PMM e seu contexto de aprovação será abordado a seguir.

Figura 1 - Políticas de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e o seu caráter paradoxal.



Fonte: a autora.

2.2.3 Programa Mais Médicos

O PMM foi aprovado inicialmente pela Medida Provisória nº 621, publicada em 8 de julho de 2013, e regulamentada em outubro do mesmo ano pela Lei nº 12.871. Além da desigualdade na distribuição dos profissionais e as consequentes iniquidades, três questões foram fundamentais para a implantação do PMM: a situação do mercado de trabalho médico possibilitando pleno emprego, a baixa razão de médico/mil habitantes em relação aos países desenvolvidos, e a limitação da expansão da ESF, pela escassez de médicos (BRASIL, 2015).

O contexto da aprovação do PMM envolveu intensa mobilização social e forte pressão por parte dos gestores municipais, representados principalmente na Federação Nacional de Prefeitos, pelo movimento iniciado em janeiro de 2013 denominado “Cadê o médico?”. Destacaram-se as manifestações populares que exerceram grande pressão sobre a presidência e o apoio da população, que se fez mais visível entre a aprovação da Medida Provisória e a sua conversão na Lei 12871 (PINTO *et al.*, 2019).

O PMM enfrentou oposições políticas importantes, por exemplo, por parte de entidades representativas da categoria médica. Essas divergências estão relacionadas a fragilidades na sua legislação. Um exemplo é o fato da Lei 12871, homologada em um contexto de expansão de vagas nas universidades federais, nem mencionar esse fato, fazendo parecer que a expansão seria prioritariamente em instituições privadas. Somente em um documento posterior, do MS, foi afirmado que a prioridade eram as vagas de natureza pública, sendo consideradas as instituições privadas somente após atingida a capacidade máxima de expansão das primeiras (BRASIL, 2015).

O eixo de Provimento Emergencial, denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) considerou locais prioritários e teve a adesão de 81% dos municípios. A implantação do PMMB foi realizada por meio de editais de adesão. Primeiro foi ofertada aos médicos brasileiros, depois, aos médicos estrangeiros e, por fim, acionou-se a cooperação com a OPAS (BRASIL, 2015). Todos os profissionais foram vinculados ao programa por três anos, que são

prorrogáveis por mais três.

Dando continuidade ao Programa Requalifica UBS, implantado em 2011, o terceiro eixo da estrutura da APS objetiva melhorar as condições de trabalho de toda a equipe da ESF, financiar recursos para construção de novas UBS no padrão recomendado pelo MS, para a recuperação e ampliação das UBS já existentes e ainda contempla a informatização das UBS com investimentos em equipamentos de informática e implantação do Telessaúde (BRASIL, 2015).

O eixo Formação assume o princípio constitucional do SUS como ordenador da formação profissional em saúde e adquire, assim, caráter estruturante para todo o programa, em médio e longo prazo (BRASIL, 2015). Tem grande amplitude envolvendo mudanças na graduação em Medicina e nas especializações por meio das residências, apontadas na literatura internacional como importantes preditores de fixação dos futuros profissionais em regiões prioritárias.

2.3 MUDANÇAS PROPOSTAS NO EIXO FORMAÇÃO PARA A GRADUAÇÃO EM MEDICINA

O eixo Formação do PMM propõe mudanças na graduação em Medicina e nas residências médicas. Dada a grande amplitude das ações estratégicas propostas, esta tese selecionou apenas aquelas referentes à graduação em Medicina. Foram estruturadas pelo programa mudanças quantitativas e qualitativas no ensino médico.

2.3.1 Mudanças quantitativas

As mudanças quantitativas consistem na autorização de novas vagas em instituições pré-existentes e a criação de novos cursos de graduação em Medicina em áreas prioritárias. Esse processo teve início com o Programa Nacional de Expansão de Vagas dos Cursos de Medicina, por meio da Portaria 109, de 05 de junho de 2012, da SERES do MEC e prosseguiu de modo mais sistematizado com o PMM a partir de 2013 (BRASIL, 2012a).

Os documentos oficiais do programa refletem um claro compromisso com a fixação de médicos em áreas prioritárias, considerando a intensidade da escassez de médicos, as necessidades em saúde e a vulnerabilidade social. Também foi considerada a compatibilidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS) local com a qualidade da formação. Foram realizados esforços para assegurar a seleção de estudantes provenientes de zonas rurais e a abertura de escolas médicas nessas áreas (BRASIL, 2013; 2015). A meta proposta era alcançar 11.500 novas vagas em um período de cinco anos.

Para a seleção de municípios prioritários, foram apontados como critérios: avaliação da rede de serviços de saúde disponível, do porte populacional, da região de saúde, da oferta de vagas e de médicos na região e a distância mínima em relação a outros cursos de Medicina. Foi realizada avaliação *in loco* por equipe do MEC da rede de saúde, considerando as equipes de ESF, serviços de atenção domiciliar, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a rede de urgências e hospitais com condições e número de leitos condizentes com o ensino.

Para a seleção de Instituições de Ensino Superior privadas devem ser consideradas: as pontuações nas avaliações do MEC, nos cursos existentes daquela mantenedora, sejam em Medicina ou na área de Saúde; projeto político-pedagógico de acordo com as novas DCN; planejamento de infraestrutura; saúde e estabilidade financeira; plano de implantação do curso; contrapartidas oferecidas aos serviços do SUS que serão campo de prática; proposta de integração ensino-serviço; volume de adesão a programas como o Programa Universidade para Todos (PROUNI) e o Financiamento Estudantil (FIES).

Em um extenso documento oficial do PMM (BRASIL, 2015) ficou explícita a prioridade do aumento de vagas em Instituições de Ensino Superior de natureza pública. O número de vagas em Instituições de Ensino Superior privadas seria considerado somente depois de atingida a capacidade máxima de expansão de vagas nas públicas.

A natureza pública dessas novas vagas é fator determinante por possibilitar acesso aos cursos de Medicina de estudantes naturais dessas regiões mais vulneráveis e com condições socioeconômicas menos privilegiadas. Esses estudantes têm maiores probabilidades de permanecer nessas regiões depois de graduados. Esse é o principal preditor de fixação apontado pela literatura (MAYTA-TRISTÁN *et al.*, 2011; MOLLAHALILOGLU *et al.*, 2012; THEPPANYA *et al.*, 2014; SAPKOTA; AMATYA, 2015).

Além da localização dos novos cursos de Medicina em áreas com escassez de médicos, a natureza pública dessas novas vagas constitui um fator determinante para a fixação dos futuros profissionais. Porém, a natureza dessas novas vagas não constou na Lei 12871 (BRASIL, 2013). A proposta de expansão do ensino médico nas universidades federais, já em curso quando da aprovação da Medida Provisória 621, nem foi mencionada na Lei 12871 (BRASIL, 2013). Uma leitura descontextualizada dessa normativa faz pensar que o programa abrange apenas expansão em instituições privadas. Esse fato não está isento de intencionalidades e fragilizou o arcabouço legal do PMM.

2.3.2 Mudanças qualitativas

As mudanças qualitativas foram muito influenciadas pelo documento orientador, elaborado em função da Proposta de Expansão de Vagas do Ensino Médico nas Instituições Federais. O documento afirma que a fixação dos profissionais depende principalmente de aspectos relacionados a uma perspectiva de futuro, em termos de sua realização afetiva, social e profissional (BRASIL, 2012b).

Esse documento corrobora a literatura, ou seja, o preditor de fixação mais robusto é o fato de os estudantes serem naturais de regiões prioritárias e terem estabelecido vínculos com essas áreas. Alguns estudos consideram também um bom preditor haver morado nessas regiões por mais tempo. Existem autores que consideram em torno de seis anos de residência ou ter cursado todo o ensino médio nessas regiões (MAYTA-TRISTÁN, P *et al.*, 2011; MOLLAHALILOGLU, S. *et al.*, 2012; THEPPANYA *et al.*, 2014; SAPKOTA; AMATYA, 2015).

Esse preditor de fixação reforça a importância da realização de processos

seletivos adequados pelas universidades, de modo a priorizar a entrada de estudantes com perfil que favoreça a escolha futura pelo trabalho nessas regiões. Muitas universidades trabalham também para aumentar a entrada de estudantes oriundos de grupos populacionais excluídos, com dificuldades de acesso. Essas escolas mantêm ações junto às comunidades de regiões prioritárias para melhorar os resultados desses estudantes em suas seleções e também lhes dão suporte da universidade, evitando a evasão. Essas instituições alcançaram elevadas taxas de fixação e permanência de médicos na APS dessas regiões (STRASSER, 2016; MIAN *et al.*, 2017).

A proposta de expansão de vagas de ensino médico alerta, porém, que a criação de cursos em áreas estratégicas sem mudar a estrutura curricular não resultará em maiores taxas de fixação e permanência de médicos nesses locais (BRASIL, 2012b). É necessário que os currículos estejam alinhados e promovam abordagem resolutiva dos problemas de saúde prevalentes naquelas localidades onde estão localizados os cursos. Além disso, também é necessário promover uma visão ampla da saúde, envolvendo os seus determinantes sociais, culturais, econômicos e políticos, para fortalecer a responsabilidade social desses futuros profissionais.

No perfil de profissionais almejado, foram destacadas as formações humanística, crítica, reflexiva e ética, comprometidas com a dignidade humana e a responsabilidade social, pautadas na noção de saúde como direito de cidadania.

O documento apresenta as habilidades e competências e os critérios garantidores da qualidade de formação para o perfil de médicos almejado. Organiza indicadores de acompanhamento e avaliação para os Projetos Pedagógicos de Curso, que inclui toda a estrutura curricular, habilidades e competências necessárias (BRASIL, 2012b).

As DCN para os cursos de Medicina foram atualizadas em 2014 em consonância com as orientações desse documento de expansão das vagas, definiram a estruturação curricular e o perfil almejado dos egressos das escolas médicas. Encontram-se na vertente das abordagens que conceituam currículo

de modo amplo, conforme apresentado por Lopes e Macedo (2011) e, assim, preconizaram a integração entre ensino, serviço e comunidade, a utilização de metodologias ativas de ensino, um formato interdisciplinar de curso e avaliações em um formato condizente com as novas estruturas curriculares. Foi definido o ano de 2018 como o prazo para as adequações nas escolas médicas (BRASIL, 2014).

A integração da academia com os serviços de saúde foi muito valorizada nas DCN. A RAS foi definida como um importante cenário de ensino-aprendizagem, com inserção dos estudantes desde os períodos iniciais de curso. A aproximação das comunidades, suas realidades e da RAS, nessas regiões estratégicas onde estão localizadas as universidades, visa transcender os conteúdos teóricos na construção da responsabilidade social, favorecendo que o estudante (e futuro profissional) assuma o papel de agente transformador dos determinantes sociais no processo saúde/doença. Essa aproximação deve ser gradual e progressiva ao longo de todo o trajeto formativo e, pelo menos, 30% da carga horária dos internatos deve se desenvolver na APS e nos serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2014).

A integração entre ensino e serviço, recomendada no Artigo 17º, entende que as evidências científicas qualificadas favorecem a compreensão teórica, mas são as vivências nos cenários de prática, no trabalho vivo em ato, que atribuem significado ao aprendizado. Essa aproximação entre academia e a RAS coloca docentes, discentes e profissionais de saúde como sujeitos na construção do conhecimento, por meio da troca de saberes e práticas. Esse aspecto se reveste de importância por valorizar também as instâncias de gestão e participação social, necessárias para a formação de profissionais afinados às diretrizes do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2014).

A oferta de componentes curriculares da área das Ciências Sociais e Humanas foi recomendada de modo transversal, acompanhando todo o curso e não apenas em seu ciclo básico, com vistas a uma compreensão ampliada da condição humana, a construção de cidadania ativa e multicultural e a defesa dos Direitos Humanos, como definido no Artigo 29º. A atenção à Saúde na APS

reveste-se de alto grau de complexidade, pois os cuidados do profissional estão inseridos em vários contextos que integram a vida dos sujeitos e que devem ser considerados para uma abordagem integral e resolutiva (BRASIL, 2014).

O aprendizado de habilidades comunicacionais é também definido como fundamental para o exercício da clínica ampliada, que demanda uma postura dialógica no encontro com os usuários nos cenários de cuidado ao longo da RAS. A escuta ativa nos cenários de ensino-aprendizagem em saúde é preconizada nos Artigos 5º e 6º, como forma de estimular o protagonismo dos usuários e a corresponsabilização do cuidado. Para tal, torna-se necessário que o profissional dê espaço de fala, aprenda a escutar e a orientar adequadamente, para, então, dividir decisões e responsabilidades com os sujeitos, relativas ao seu autocuidado (BRASIL, 2014).

As metodologias ativas são recomendadas nas DCN como forma de construção conjunta do conhecimento, por discentes e docentes, em relações mais horizontais que favoreçam a autonomia e a tomada de decisões por meio do desenvolvimento de capacidade crítica, tanto para selecionar e utilizar adequadamente as melhores evidências científicas, quanto nas tomadas de decisão em situações reais, nos serviços de saúde. A utilização da aprendizagem baseada em problemas, especialmente aqueles prevalentes na APS local, como recomendado nos Artigos 6º e 32º, objetiva a significação do conhecimento e a valorização dos instrumentos de abordagem de saúde individual, familiar e coletiva, validados e disponibilizados pelo MS (BRASIL, 2014).

O desenvolvimento da autonomia e da capacidade crítica desde o início da graduação, favorecido pelas metodologias ativas, promove melhores condições de trabalho e estudo, considerando a permanência do profissional em regiões do interior do país, muitas vezes distante de outros colegas e de especialistas.

O PMM promoveu a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM), sob a responsabilidade do INEP e prevista para avaliar os estudantes no 2º, 4º e 6º anos, por meio de instrumentos e métodos que

consideram os conhecimentos, as habilidades e as atitudes previstas nas DCN aprovadas em 2014. Esse formato caminha no sentido de uma avaliação formativa, um acompanhamento com diálogo e permitindo às equipes docentes realizar adequações necessárias durante o processo formativo, avançando, dessa forma, em relação ao Exame Nacional de Desempenho do Estudante (ENADE) realizado apenas no início e no final dos cursos (BRASIL, 2015, 2016).

O monitoramento da qualidade dos cursos e da efetivação das mudanças propostas nas DCN são garantias fundamentais para o alcance dos objetivos do PMM. Essa avaliação formativa permite acompanhar e adequar as estruturas curriculares conforme os objetivos e o perfil almejado para os futuros profissionais, descritos nas DCN.

2.4 STEPHEN BALL E A ABORDAGEM DO CICLO DE POLÍTICAS

O eixo Formação do PMM envolve fatores de diversas naturezas, nas áreas da saúde e da educação, aspectos qualitativos e quantitativos e um vasto campo de disputas de interesses. A sua análise demanda um referencial teórico e metodológico potente.

Stephen Ball é um sociólogo inglês, docente do Instituto de Educação da Universidade de Londres, onde ocupou até julho de 2015, a cátedra Karl Mannheim de Sociologia da Educação. A partir de setembro de 2015, tornou-se *Distinguished Service Professor of Sociology of Education* (MAINARDES; STREMELE, 2015).

Docente associado do Centro de Pesquisa Crítica de Políticas Educacionais, dedica-se especialmente à consolidação desse campo de pesquisas por meio da utilização de referenciais teórico-metodológicos, para ampliar a análise de políticas educacionais tornando os estudos mais robustos e compatíveis com a complexidade do cenário atual (MAINARDES; FERREIRA; TELLO, 2011; BALL, 2011; 2013).

As suas contribuições para a pesquisa em políticas educacionais constituíram o tema da edição de novembro de 2013, do *London Review of Education*, periódico do Instituto de Educação da Universidade de Londres. O autor é considerado uma referência chave pelo estudo das reformas educacionais modernas, iniciadas na década de 1980 na Inglaterra e suas implicações. Ele desenvolveu ferramentas conceituais diferenciadas que possibilitam incluir na discussão aspectos considerados desordenados e confusos que reforçam a importância do contexto nas análises de políticas e podem ser utilizadas em pesquisas em diversos países e em outros campos além da educação (AVELAR, 2016).

Destacam-se os seus estudos sobre as crescentes iniquidades e diferenças no acesso à educação entre grupos sociais, a partir das citadas reformas educacionais (BALL, 2001; 2002); a tensão entre a rede global de políticas e o cenário local (BALL, 2014), a privatização e a adoção de uma cultura de mercado por instituições públicas (BALL; MAINARDES, 2011; BALL, 2011; 2013; 2014).

O autor definiu-se como portador de “epistemologia dupla”, com uma formação sociológica muito tradicional, arraigada ao positivismo nos primeiros trabalhos, mas, com o tempo e especialmente levado pelas configurações e caminhos da educação, percebe-se muito mais ligado ao pensamento crítico (AVELAR, 2016, p. 3).

Segundo Ball (2013), o mundo é muito complexo para caber em um posicionamento epistemológico e a utilização de categorias e métodos muito estruturados pode inviabilizar a inclusão de aspectos desordenados e incoerentes, fundamentais nos cenários complexos das políticas. Ele reitera ainda que as principais contribuições de suas ferramentas analíticas são as incertezas e os novos questionamentos suscitados, abrindo campo para novos estudos (AVELAR, 2016).

No Brasil, os estudos embasados por Ball predominam na área da educação, principalmente sobre teorias de currículo e análises de políticas educacionais (LOPES, 2004; 2005; 2016; LOPES; MACEDO 2011^a; 2011b; MAINARDES;

MARCONDES, 2009; MAINARDES, 2006; BALL; MAINARDES, 2011). Na Saúde Coletiva, Tatiana Baptista e Rubem Mattos ao construírem uma proposta de análise de políticas, denominada Ciclo de Políticas (2011), incluíram um capítulo onde traçaram um paralelo mostrando as aproximações e diferenças com a abordagem de Ball. Os pesquisadores do campo da saúde têm despertado para os estudos desse autor bem recentemente.

As autoras Alice Casimiro Lopes e Elizabeth Macedo (2011a), referências nos estudos de teorias de currículo, trazem conceitos importantes considerando que o eixo Formação é uma política curricular que estabeleceu grandes mudanças nas matrizes curriculares dos cursos de Medicina. Segundo as autoras, o conceito de currículo envolve as experiências de aprendizagem planejadas e guiadas para resultados desejados. São alcançados também resultados indesejados e, assim, é necessária a reconstrução sistemática para crescimento contínuo e deliberado das competências pessoais e sociais dos estudantes (LOPES; MACEDO, 2011a).

Diferentes tradições partilham o campo das teorias de currículo, mas em comum existe a definição de um plano formal de atividades e experiências de ensino-aprendizagem e a preocupação com a administração, de certo modo centralizada, das práticas nos cenários de ensino. Ou seja, o currículo tem um aspecto prescritivo, organizado com base em critérios científicos, que embasam a avaliação de seus resultados (LOPES; MACEDO, 2011a).

Embora exista um entendimento de que docentes e estudantes devam participar da construção dos currículos, isso só acontece em grande medida durante a sua implementação. Quando a análise de uma política curricular é fragmentada em fases, há o risco de atribuir os seus insucessos a problemas de implementação e destes acabarem recaindo sobre as instituições formadoras e seus docentes (LOPES; MACEDO, 2011a; BALL, 2011).

Na história das teorias de currículo uma importante discussão se constitui em torno do papel das escolas na manutenção ou no enfrentamento das desigualdades sociais. Ainda que esteja claro que as bases dessas desigualdades são econômicas, a elaboração de um currículo, momento em

que diferentes áreas do conhecimento disputam pelo espaço na matriz curricular, as instituições educacionais podem reduzir ou reforçar o status e o poder de determinados grupos em relação a outros (LOPES; MACEDO, 2011a).

Para explicitar essas disputas, colocadas como técnicas e científicas, desconsiderando assim as desigualdades sociais envolvidas, foi desenvolvido o conceito de “currículo oculto”. São concepções, valores e posturas que permeiam silenciosamente o currículo formal, influenciando as escolhas dos conteúdos e a forma como serão trabalhados (LOPES; MACEDO, 2011a).

Stephen Ball dedicou-se à Sociologia da Educação, área na qual o debate sobre a estratificação dos saberes e a sua relação com as classes sociais são muito difundidos. Buscam desnaturalizar os currículos e os seus determinantes. O autor faz uma importante contribuição para a compreensão das disputas disciplinares existentes na elaboração de currículos e questiona o seu caráter puramente epistemológico ao afirmar que as disciplinas são produtos de lutas entre diferentes interesses de grupos sociais (LOPES; MACEDO, 2011b; BALL, 2011).

Dois conceitos são necessários para o entendimento da análise de políticas educacionais proposta por Ball: a interpretação e a tradução. A interpretação é a forma como cada ator social entende os textos criados por uma determinada política, muitos deles herméticos, com compreensão muito difícil daquilo que é demandado pela política. A tradução refere-se ao conjunto de processos necessários para transformar o entendimento da política em ações, em diferentes realidades. Na interface desses movimentos de interpretação e tradução existem forças de resistência e conformidade que atuarão sobre o caminho da política em determinado território, instituição ou grupo social (BALL, 1993; 2013; LOPES, 2016).

Nos textos originais, Ball usou o termo ‘*enactment*’ que foi traduzido para ‘atuação’, valendo-se da conotação teatral do termo para destacar que, embora uma política tenha textos documentais, ela não se restringe a eles, atuando de diferentes formas em diferentes contextos (LOPES, 2016). Segundo o autor, o estudo de políticas demanda métodos compatíveis com o dinamismo que lhes

é peculiar, que admitam fluxos contínuos e não hierarquizados, revelando a posição, as intenções e os interesses dos muitos atores envolvidos na trajetória da política (BALL, 1993; BALL; MAINARDES, 2011).

Dentre os estudos de Ball, aqueles sobre o cenário macropolítico ficaram mais conhecidos no Brasil. As principais temáticas envolvem o mercado internacional, as ações globais/locais e as suas implicações sobre a equidade social (LOPES; MACEDO, 2011b).

Ball destaca o caráter de mobilidade das políticas e o surgimento de uma rede global de política educacional, que é um conjunto de relacionamentos que agora se estendem pelo mundo e adentram diferentes países, através dos quais se movem ideias, tecnologias, pessoas e dinheiro. Essa rede global é constituída por novos atores sociais, como grandes grupos empresariais e filantrópicos, e trabalham para fortalecer o compromisso com a busca de eficiência e geração de lucros, ao passo em que amortecem aquele de busca por justiça social (BALL, 2001; 2011; 2013; 2014). Esse comportamento em rede explica como as políticas educacionais adotadas em países diversos vêm se tornando cada vez mais homogêneas e alinhadas a essa lógica econômica global e muitas vezes colocam-se a serviço de outros interesses que não os educacionais.

O autor afirma que a globalização tem acontecido no sentido do fortalecimento do neoliberalismo, definido como uma ideologia que promove o interesse individual sobre o Estado e o bem-estar coletivo, com uma universalização de relações sociais baseadas no mercado, com a prática da mercantilização, da geração de lucros e do acúmulo de capital permeando todos os aspectos da vida. Existe um comportamento contraditório nessas estratégias, pois, ao mesmo tempo que tentam se sobrepor ao Estado, cultivam relações de dependência política e financeira. Privilegiam o setor privado, favorecem a adoção do discurso mercadológico pelos setores públicos e limitam as iniciativas de proteção social por parte do Estado (BALL, 2014).

A expansão das ideias neoliberais foi estruturada em fases, a primeira caracterizada pela criação discursiva de uma crise em torno do Estado de bem-

estar social. Em seguida, estratégias para descrédito de instituições assistencialistas, de políticas sociais e do próprio Estado. Então, a consolidação das ideias neoliberais e de novas formas e arenas de formulação de políticas. Essas arenas se constituem em redes sobre as quais não existe definição consistente. Elas podem ser abordadas como métodos ou técnicas de relações das comunidades políticas ou também como dispositivos de mudanças nas formas de governo da educação, tanto nacional como global, muitas vezes definidas como governança em rede. Com essas políticas em rede, as arenas de elaboração das políticas adquirem um caráter opaco, pois não fica bem definido e nem bem localizado quem definiu, onde e em troca de que. “Política está sendo privatizada em vários sentidos” (BALL, 2014, p. 32).

Caracteriza o pensamento de Ball, o fato dessa interação entre as políticas globais e locais ser dialética. Ele não acredita na mera transposição de políticas do nível internacional para o loco-regional, ao contrário, o autor mostra que há uma recontextualização destas quando adentram o nível local. Existe uma migração de políticas globais para os Estados-nação, porém há também uma interpretação peculiar destas em cada cenário local e singular, uma via de mão dupla sem desconsiderar o poder de barganha das agências financiadoras internacionais (MAINARDES, 2006; BALL, 2001; 2011; 2013; 2014). No livro ‘Educação Global S.A.: novas redes políticas e o imaginário neoliberal’ (BALL, 2014), o autor mostra alguns exemplos de redes, algumas com filiais de empresas e grupos de pesquisa e estudos políticos na América Latina e no Brasil.

Reiterando a abordagem do autor, Lopes (2016) reforça a importância dos atores presentes nos cenários locais, especialmente para a implementação de políticas curriculares. Afirma que currículos únicos, nacionais ou de caráter internacional, são institucionalizados na dependência do alinhamento de suas proposições com os interesses locais.

2.4.1 Abordagem do Ciclo de Políticas

A Abordagem do Ciclo de Políticas foi inicialmente pensada por Ball, Bowie e Gold e aprimorada anos depois por Ball (BALL; BOWIE, 1992). Essa

ferramenta de análises de políticas, como definido pelo próprio autor, será a base da análise final do eixo Formação do PMM.

A partir das análises de reformas educacionais ocorridas na Inglaterra, na década de 1980, Ball, juntamente com Richard Bowe, desenvolveram a Abordagem do Ciclo de Políticas (BOWE; BALL, 1992). Ball a caracteriza como uma ferramenta conceitual para investigação e análise de políticas que, apesar de ter sido desenvolvida para o campo da educação, é transponível para campos de pesquisa diversos. Aborda a política não como uma coisa, um documento e sim como uma instituição social que tem mobilidade, desloca-se no tempo e no espaço e movimenta os seus arredores, modifica e é modificada por eles (AVELAR, 2016.)

Para compreender a abordagem proposta por Ball é necessário perceber a política de forma ampliada, enquanto texto e discurso. A política como texto refere-se a representações codificadas de modo complexo e que são decodificadas, também de modo complexo, por vários atores sociais dentro de cenários diversos. A construção, codificação, é fruto das disputas de muitos interesses e múltiplas agendas, o que torna esses textos muitas vezes difíceis, incoerentes ou contraditórios. Na sua trajetória, a política se desloca sendo interpretada e reinterpretada, portanto, ela é recriada muitas vezes (BALL, 1993; MAINARDES, 2006).

A política como discurso assemelha-se a um regime de verdade, com poder de definir que pensamentos e conceitos são legitimados e permitidos. O discurso sobre um objeto delimita aquilo que pode, e aqueles que podem fazer considerações válidas em relação a ele. Um discurso não tangencia um objeto, ele o constitui, mesmo sem demonstrar essa intenção ao fazê-lo. Convivemos com muitos discursos, alguns exercem maior domínio em relação a outros (BALL, 1993).

Ball supera a rigidez e a fragmentação das análises de políticas que separam as fases de formulação e de implementação no tempo e no espaço e, dessa forma, reforçam a separação de papéis entre os formuladores e os atores que colocam a política em ação (MAINARDES, 2006). O Ciclo de Políticas integra

essas fases em um fluxo contínuo e atribui a cada o ator social o papel de “agente criativo na produção de políticas”, porém, sem deixar de considerar as suas limitações e possibilidades criativas que “são, ao menos em parte, construídas em outros lugares, dentro do discurso” (AVELAR, 2016, p. 6).

O Ciclo de Políticas (Figura 2) foi inicialmente composto por três contextos, o contexto de influências, o contexto da produção de textos e o contexto da prática. Posteriormente, outros dois contextos foram criados, o de estratégia política e o de resultados ou efeitos da política. Mas em publicações mais recentes o autor os integrou aos contextos de influências e da prática, respectivamente. Esses contextos são interligados, não possuem uma hierarquia e nem sequência linear, em cada um deles existem arenas e grupos de interesses e disputas (MAINARDES, 2006).

O contexto de influências é aquele no qual as políticas são iniciadas e onde o discurso da política é construído. Integram esse contexto as arenas definidoras que disputam pela ideologia e os conceitos centrais que nortearão o discurso da política. Os grupos vencedores são contemplados no discurso da política, e tentam excluir os valores e conceitos dos demais (MAINARDES, 2006).

A importância das políticas globais e internacionais nas arenas de influência está mais evidente nos trabalhos mais recentes de Ball (2013; 2014). Esse processo de influência acontece de duas formas: a primeira é a circulação de ideias de grupos ou profissionais que vendem soluções no mercado, por meio de publicações, palestras e consultorias. A segunda forma é pelo ‘patrocínio’ por agências multilaterais com financiamento e as suas condições impostas, que operam na construção de uma rede internacional integrada de linhas de mercado. Nesse sentido, destacam-se o Banco Mundial, a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) (BALL, 2014).

O contexto da produção de textos é muito imbricado com o contexto de influências. Neste último, estão os conceitos ideológicos que constroem o discurso da política, enquanto no primeiro são produzidos os textos que

representam a política, com uma linguagem próxima aos interesses da prática. São os cenários onde são redigidos os textos legislativos, textos políticos, os manuais informativos, as orientações e comentários oficiais e extraoficiais, formais ou informais (MAINARDES, 2006).

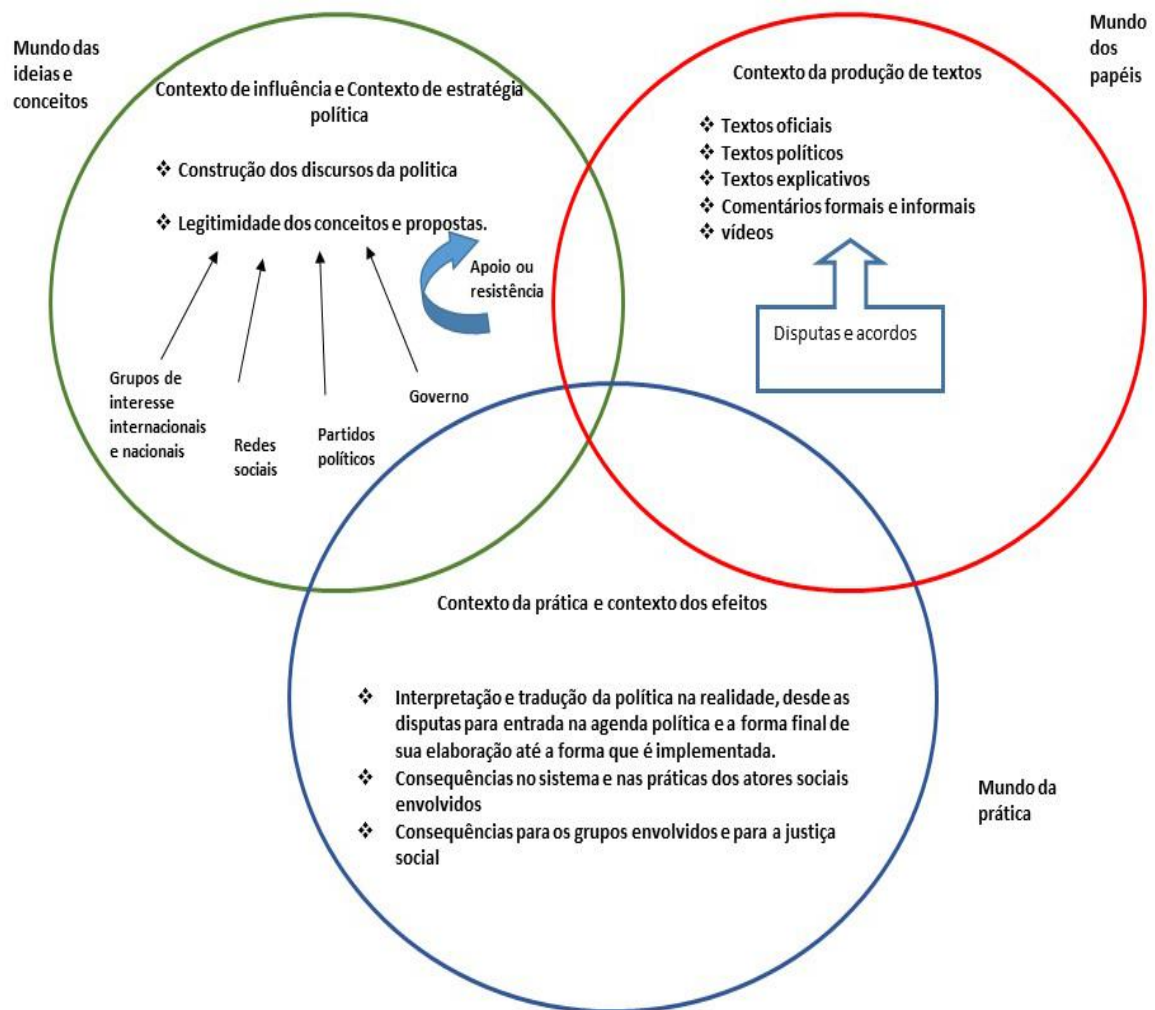
Existe aqui também uma disputa pelo texto representativo da política, entre instâncias públicas oficiais, instâncias representativas de atores sociais e outros grupos com diferentes interesses, e esses embates se refletem em textos muitas vezes desconexos, com entendimento difícil ou múltiplos sentidos e isso terá implicações na interpretação e na materialização da política em práticas (MAINARDES, 2006).

O contexto da prática é onde se dão os efeitos, as consequências das políticas e a partir da reinterpretação, as políticas podem sofrer mudanças consideráveis. Os atores sociais dos cenários de prática têm valores, opiniões e experiências que suscitarão várias posturas frente aos textos de uma política. Aqui, a política será recriada e não simplesmente implementada. A influência do discurso da política se faz importante nesse contexto, uma vez que ele define quais os conceitos e valores são legitimados e quais as vozes são ouvidas. O discurso é constituído do poder de decidir quem pode falar e sobre o que a sua fala é validada (BALL, 1993).

Os efeitos da política envolvem a análise das suas implicações, especialmente relativas à justiça e às desigualdades existentes e que podem ou não ser modificadas por ela. Devem ser considerados os efeitos gerais e específicos e ainda separar os efeitos de primeira ordem, que são aqueles que afetam aspectos estruturais, perceptíveis em todo sistema, e os efeitos de segunda ordem, que abrangem questões relativas à justiça social e igualdade de oportunidades (MAINARDES, 2006).

O contexto de estratégias políticas identifica estratégias e ações para lidar com desigualdades geradas, agravadas ou mantidas pela política e foi agregado ao contexto de Influências (MAINARDES, 2006).

Figura 2- Abordagem do ciclo de políticas de Stephen Ball



Fonte: a autora para este estudo, inspirada em MAINARDES, 2006.

A escolha desse autor como referencial teórico se respaldou nos aspectos abaixo:

- o fato do objeto de estudo se encontrar na interface entre as áreas da educação e saúde;
- a abordagem se adequa ao estudo de temáticas complexas e que sofrem influências de várias ordens, como é a questão da fixação, do processo de trabalho e das escolhas de carreiras médicas;
- a abordagem proposta pelo autor considera o dinamismo da política e supera a fragmentação entre elaboradores e executores, o que é importante, pois, no caso do eixo Formação do PMM, considerando as

diferenças locorregionais, a política poderá receber traduções e interpretações diversas no contexto da prática, gerando diferentes efeitos que irão reverberar de modo diverso nos contextos de produção de textos e de influência; e

- a análise do modelo de Ball privilegia avaliação das implicações de políticas educacionais sobre as iniquidades e a justiça social, fundamental para o eixo Formação do PMM.

Em síntese, a análise do eixo da formação do PMM, é um trabalho complexo que demanda conhecimento dos muitos cenários que a política atravessa, desde as discussões iniciais sobre o enfrentamento da escassez de médicos por meio das estratégias educacionais até os seus efeitos encontrados nos locais de formação e cuidado em saúde. Esses contextos são imbricados entre si e em cada um deles a política altera e é alterada pela ação de diversos atores sociais (BALL; MAINARDES, 2011). Essa análise requer um referencial compatível com os campos da saúde e da educação e que considere as mudanças na governança dos Estados-nação e a grande determinação das políticas, nesses campos estratégicos, por agências internacionais. Assim, a Abordagem do Ciclo de Políticas, desenvolvida por Stephen Ball, foi escolhida para analisar o eixo Formação do PMM (BALL, BOWIE, 1992; BALL, 2001, 2011; MAINARDES, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o eixo Formação do Programa Mais Médicos, especificamente as mudanças na graduação em Medicina, frente aos preditores educacionais de fixação dos futuros profissionais, a partir da Abordagem do Ciclo de Políticas de Stephen Ball.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar os principais preditores educacionais da graduação médica que favoreçam a fixação dos futuros profissionais na APS em áreas desassistidas.
- b) Analisar os efeitos do eixo Formação do PMM frente aos preditores educacionais de fixação na APS em áreas desassistidas.

4 TRAJETO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo misto com abordagem qualitativa e quantitativa-transversal. Predominou a abordagem qualitativa exploratória, pois o seu objetivo geral demandou a compreensão de concepções e interesses diversificados, mas também foram necessários métodos para descrição e análise estatística de alguns aspectos desse eixo do PMM, principalmente por ser um processo recente, ainda em curso e com poucos estudos (CRESWELL, 2007; UCHIMURA, BOSI, 2007; DESLANDES, GOMES, 2007; GIL, 2008; SERAPIONI, 2013).

Reflexões sobre as estratégias educacionais adotadas internacionalmente e sob a determinação de agências internacionais, como BM, a OCDE, a OMS e a OPAS, são importantes, especialmente pelo potencial de influenciar a forma como o eixo dois do programa chegou aos atores envolvidos no cenário nacional.

O estudo consistiu em uma primeira etapa de revisão narrativa e pesquisa documental sobre o tema da escassez de médicos e as estratégias de enfrentamento internacionais e nacionais, com destaque para o eixo Formação do PMM, especificamente as proposições para a graduação em Medicina. A segunda etapa do estudo foi desenvolvida junto a quatro Instituições de Ensino Superior do estado da Bahia que implementaram cursos de Medicina a partir do programa. Nessa etapa, foram realizados questionários *online* com discentes e entrevistas com docentes dos cursos de Medicina dessas instituições.

O PMM foi considerado de forma ampliada, abrangendo a aprovação da Política de Expansão de vagas em cursos de Medicina, que terminou sendo ampliada e originando o PMM (BRASIL, 2012a).

4.1 PRIMEIRA ETAPA

Foram adotadas a revisão bibliográfica narrativa e a pesquisa documental, necessárias para o conhecimento do problema e das estratégias de

enfrentamento. As estratégias educacionais adotadas internacionalmente adquiriram importância pelo potencial de influenciar a forma como o eixo dois do programa chegou aos atores envolvidos no cenário nacional.

4.1.1 Revisão bibliográfica narrativa

Foram realizadas duas revisões bibliográficas narrativas de cunho internacional. A importância do caráter internacional foi fortalecida pelo atual comportamento em rede e crescente poder de grupos financeiros, como o Banco Mundial e a União Europeia, influenciando o contexto socioeconômico e os sistemas de saúde de modo geral (CUETO, 2015). Foi considerado também o conhecimento acumulado por outros países que já vinham adotando estratégias educacionais com finalidade de redução das desigualdades de acesso à assistência médica antes mesmo dessas políticas entrarem na agenda do Brasil (WHO, 2006; 2010; LEHMANN, 2008; OCED, 2007).

A primeira revisão foi a aproximação inicial, necessária para a construção de todo o projeto da tese. Descreveu as estratégias de enfrentamento do problema de modo geral (GIL, 2002). As buscas foram realizadas nas bases de dados PUBMED/Medline, Bireme e LILACS utilizando como descritores: ("health workforce"OR physicians) AND (supply OR distribution OR retention OR migration OR turnover) AND ("Public Health").

Essa etapa metodológica identificou uma lacuna na literatura e, dessa forma, definiu a metodologia do conjunto da tese. Também favoreceu a compreensão do contexto de influências do PMM frente aos preditores de fixação, tais como a natureza e a localização dos cursos de Medicina (MAINARDES, 2006). Os seus resultados integraram o segundo artigo apresentado nos resultados da tese.

A segunda revisão narrativa objetivou identificar os preditores educacionais de fixação, ou seja, os fatores relativos à graduação médica que foram determinantes das escolhas dos profissionais relativas ao trabalho em regiões desassistidas. Essa foi uma lacuna apontada na primeira revisão.

Inicialmente, foram selecionados estudos de revisões que abordaram os impactos dos cursos de Medicina sobre a força de trabalho médico e selecionados aqueles com resultados positivos sobre a fixação de seus egressos em regiões desassistidas ou de escassez profissional. Posteriormente, foram separadas as revisões que explicitaram os aspectos educacionais associados aos bons resultados apresentados, considerados determinantes, ou seja, preditores educacionais de fixação médica.

As buscas se deram de duas formas: pesquisa em bases de dados e busca manual a partir das referências encontradas nos itens selecionados. Foram utilizadas as bases de dados PubMed (US National Library of Medicine), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e LILACS, as quais foram acessadas no período de fevereiro a março de 2019. Os descritores foram definidos segundo o Medical Subject Headings (MeSH), para aqueles em língua inglesa, e segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DECS), para aqueles em português e espanhol.

Definidos os operadores booleanos, foram construídas três chaves de busca: (medical education OR rural medical education OR rural medical school) AND (career choice) AND (physician distribution); (educación médica OR Estudiantes de Medicina) AND (selección de profesión OR motivación) AND (area sin atención médica) e (educação médica OR estudantes de Medicina) AND (escolha da profissão OR motivação) AND (área carente de assistência médica).

Essa etapa metodológica respondeu ao primeiro objetivo específico e o resultado está apresentado no primeiro artigo, publicado na Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM).

4.1.2 Pesquisa documental

A pesquisa documental é caracterizada por Gil (2002) como uma busca em materiais de fontes originais, sem tratamento analítico, bem como documentos que já sofreram algum tipo de análise, como relatórios de pesquisa ou

publicações. A pesquisa iniciou pela definição dos documentos necessários para a leitura e a análise do material. Foram selecionados a Proposta de Expansão das Vagas de Medicina em Instituições Federais de Ensino Superior (BRASIL, 2012); a Lei 12871 de junho 2013 (BRASIL, 2013), o documento “PMM - dois anos: mais saúde para os brasileiros” (BRASIL, 2015) e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina (BRASIL, 2014).

Foram utilizadas fontes documentais relativas às novas vagas de graduação em Medicina, disponíveis no site oficial do programa, no endereço: <<http://maismedicos.gov.br/mapa-de-atuacao>> (BRASIL, 2017). Também foram utilizados documentos relacionados aos processos de autorização, avaliação e monitoramento desses cursos, disponibilizados no site oficial do INEP, no endereço: <<http://portal.inep.gov.br/web>>.

O conjunto dos documentos oficiais passou por uma análise temática, com leitura na íntegra, seguida de leituras mais detalhadas. A análise apontou o contexto de aprovação do PMM, os principais compromissos assumidos, os objetivos e os resultados preliminares (DESLANDES; GOMES, 2007; MINAYO, 2012).

Em seguida, esses resultados foram correlacionados aos dados disponibilizados nos sites oficiais relativos ao perfil das novas vagas de graduação em Medicina. Foram analisados especificamente a localização e natureza pública ou privada das novas vagas criadas pelo programa, apontados na literatura como preditores de fixação. Essa etapa respondeu, parcialmente, ao segundo objetivo específico, ou seja, analisar as implicações do PMM frente aos preditores de fixação na APS em regiões desassistidas. Os resultados foram apresentados no segundo artigo, no tópico de resultados.

4.2 SEGUNDA ETAPA

As mudanças preconizadas para a formação médica foram justificadas pela necessidade de uma mudança no perfil dos egressos dos cursos de Medicina (BRASIL, 2015). Para acompanhar essas mudanças, foram selecionadas

quatro universidades que implementaram cursos de Medicina a partir do PMM.

4.2.1 Cenário da pesquisa

A região Nordeste foi escolhida como cenário da pesquisa por apresentar o maior número de municípios com escassez de médicos (NESCON, 2010). Dentre os estados dessa região, a Bahia teve o maior número de vagas autorizadas a partir do PMM (BRASIL, 2017). Foram selecionadas as instituições de ensino superior públicas federais que tiveram vagas autorizadas nesse estado. A grande maioria das instituições de ensino superior privadas que tiveram vagas autorizadas não efetivaram o curso. Optou-se assim pelas instituições de ensino superior públicas federais.

Foram selecionados os cursos de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB) e da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Todas as quatro instituições possuem entrada anual por meio do Sistema Simplificado de Seleção Unificado (SISU), todas aderiram às políticas afirmativas de cotas, sendo que a UFOB apresenta um sistema de Bonificação Regional, ou seja, há um acréscimo de 20% na nota final dos candidatos que cursaram e concluíram todo o Ensino Médio nas escolas da rede pública e/ou privada de ensino em qualquer das 80 cidades baianas circunvizinhas aos campi da UFOB.

O curso de Medicina da UNIVASF no campus de Paulo Afonso (BA) foi iniciado em 2014. Possui um currículo integrado, estruturado em eixos e unidades curriculares com 40 vagas autorizadas pelo MEC. A instituição é multicampi e oferta outro curso de Medicina nos moldes tradicionais, em Petrolina(PE).

O curso de Medicina da UFOB iniciado em 2014, é ofertado no município de Barreiras (BA) com estrutura curricular mista e com 40 vagas autorizadas pelo MEC.

A UFRB com estrutura multicampi, oferta o curso de Medicina no campus de Santo Antônio de Jesus (BA), onde está localizado o Centro de Ciências da

Saúde. O curso teve início em 2013 com 60 vagas autorizadas pelo MEC.

O curso de Medicina da UFSB foi iniciado em 2014. A UFSB tem sede em Itabuna e campi em Porto Seguro e Teixeira de Freitas. O curso de Medicina é ofertado no Centro de Formação em Saúde, no município de Teixeira de Freitas. Foram autorizadas pelo MEC 80 vagas.

Os cursos da UFRB e da UFSB têm currículos modulares. O Bacharelado Interdisciplinar de Saúde (BIS) com três anos de duração, constitui o primeiro ciclo do curso e é estruturado para todos os graduandos da grande área da Saúde. O segundo ciclo com formação específica, profissionalizante, tem duração de 4 anos. A progressão do BIS para o Segundo Ciclo é condicionada por um processo seletivo interno, com critérios definidos pelas instituições. Há intensa disputa entre os estudantes e judicialização sofrida pelas universidades. Após as três primeiras turmas, a UFRB optou pela entrada direta para a Medicina, definida no SISU, mas preservando o Bacharelado interdisciplinar como primeiro ciclo.

As quatro universidades totalizaram 220 vagas/ano, até maio de 2017. Foram realizados questionários *online* com os estudantes de Medicina e entrevistas em profundidade com os docentes desses cursos.

4.2.2 Questionários para os graduandos em medicina

Trata-se de técnica de caráter descritivo exploratório que não traçou relações estatísticas causais. As informações caracterizaram os discentes que ingressaram nas vagas autorizadas a partir do PMM, conforme a procedência, considerando a naturalidade e o principal local de residência; a condição socioeconômica e as intenções relativas à carreira e ao local de trabalho futuro. Esses aspectos foram embasados no principal preditor de fixação apontado pela literatura.

a) Instrumento

O questionário consistiu em dezesseis questões objetivas abordando os seguintes aspectos: naturalidade, procedência, gênero, idade, ano do curso de graduação em Medicina, intenções em relação à carreira, local de trabalho e de moradia, poder aquisitivo e escolaridade dos pais ou responsáveis. Essas duas últimas informações seguiram a definição do Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCE) (IBOPE, 2015), sobre condição socioeconômica. (APÊNDICE A).

b) Participantes

O número total de graduandos dos cursos de Medicina, segundo as quatro universidades selecionadas, era de 1522 discentes, considerando o período de fevereiro a maio de 2019, período da pesquisa.

Os questionários foram direcionados para todos os discentes por meio eletrônico, disponibilizados pelas quatro universidades selecionadas. Foi utilizada a ferramenta Google Forms e enviado um *link* que dava acesso ao questionário. A primeira página trazia um resumo do projeto, seguida do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no formato *online*, cuja assinatura foi requisito para o acesso ao questionário.

Foram considerados como **critérios de inclusão**: discentes de graduação em Medicina dessas quatro universidades, que aceitaram participar e preencheram o TCLE online. Não houve **critérios de exclusão**.

Foram consideradas as especificidades na estrutura de curso na UFRB e na UFSB. A graduação nessas universidades tem duração de sete anos e foram incluídos os discentes do BIS (primeiro ciclo) e do Segundo Ciclo de Medicina.

Essa etapa da pesquisa respondeu ao segundo objetivo específico. Foi realizada análise das implicações do PMM frente ao preditor de fixação mais robusto segundo a literatura, que é a seleção dos estudantes para as novas vagas de Medicina. Seus resultados foram apresentados no terceiro artigo.

4.2.3 Entrevistas com docentes

Nos cenários de ensino-aprendizagem destaca-se a importância dos docentes dos cursos de Medicina para a compreensão da forma como as mudanças curriculares vem sendo implementadas, bem como as dificuldades e os aspectos facilitadores em cada uma das diferentes realidades locorregionais. Foram realizadas entrevistas abertas, guiadas por pontos norteadores (APÊNDICE C). Não houve uma ordem na abordagem desses pontos, seguindo as entrevistas em conformidade com os aspectos que cada docente considerou mais relevantes, assim, permitiu a expressão livre dos entrevistados.

Minayo (2012, p. 64) define as entrevistas como “conversas com finalidades” que possibilitam o acesso a informações construídas por sujeitos sociais sobre objetos ou fenômenos de estudo e que são permeadas por suas impressões, posicionamentos, concepções e valores. Esses dados subjetivos revestem de enorme importância na pesquisa qualitativa e são fundamentais para análise da trajetória de uma política.

a) Participantes

Foi realizado contato com as coordenações dos cursos durante o trâmite do Comitê de Ética em Pesquisas, para a obtenção das cartas de anuências junto às Reitorias. As universidades informaram aos docentes, via *email*, sobre a pesquisa e a época que a pesquisadora estaria na universidade.

Foram entrevistados docentes das universidades selecionadas que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE. Foram considerados como **critérios de inclusão** o fato de atuarem nos cursos de Medicina dessas instituições de ensino, aceitarem participar das entrevistas e assinarem o TCLE (APÊNDICE D). Não houve **critérios de exclusão**.

Essas entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora que se deslocou até as universidades selecionadas. Cada entrevista teve uma duração aproximada de 60 minutos, sendo gravadas e posteriormente transcritas. As informações construídas com os docentes foram submetidas a análise temática. Em seguida, foram realizadas reflexões, confrontando as informações com os

aspectos apontados na segunda revisão narrativa, que identificou os preditores educacionais de fixação, relativos à qualidade da graduação.

As entrevistas com docentes responderam parcialmente ao segundo objetivo específico, realizando a análise das implicações do PMM frente à qualidade da formação, considerada um importante preditor de fixação. Seus resultados foram apresentados no quarto artigo da tese.

4.3 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As informações construídas desde as revisões bibliográficas e pesquisa documental e os relatos de docentes e estudantes foram integradas no trajeto do eixo Formação como um todo.

Considerando a complexidade e dinamicidade do processo político, uma síntese analítica final, inspirada na Abordagem do Ciclo de Políticas de Stephen Ball, foi apresentada na discussão, onde foram reunidos os resultados respondendo à questão que permeou toda a reflexão da tese (BALL; BOWIE, 1992; BALL, 2011; MAINARDES, 2006; AVELAR, 2016). Como o processo em análise está em curso, foram evidenciadas tendências que não têm poder preditivo. A sua importância consiste no levantamento de questões para fortalecer o monitoramento do Programa e a realização de novos e mais robustos estudos.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFES sob o parecer de número: 3.069.904.

Foi realizado em conformidade com as recomendações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, que estabelece como imprescindível para a participação a informação dos sujeitos pesquisados acerca dos objetivos e fundamentos metodológicos do estudo,

bem como sobre a garantia do sigilo dos dados obtidos e a liberdade de escolha desses sujeitos em participar ou não do estudo.

Os nomes dos sujeitos que responderam aos questionários ou às entrevistas foram resguardados nas publicações científicas. Destaca-se que todas as informações sobre o estudo estavam contidas no TCLE (APÊNDICE A e C).

4.5 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

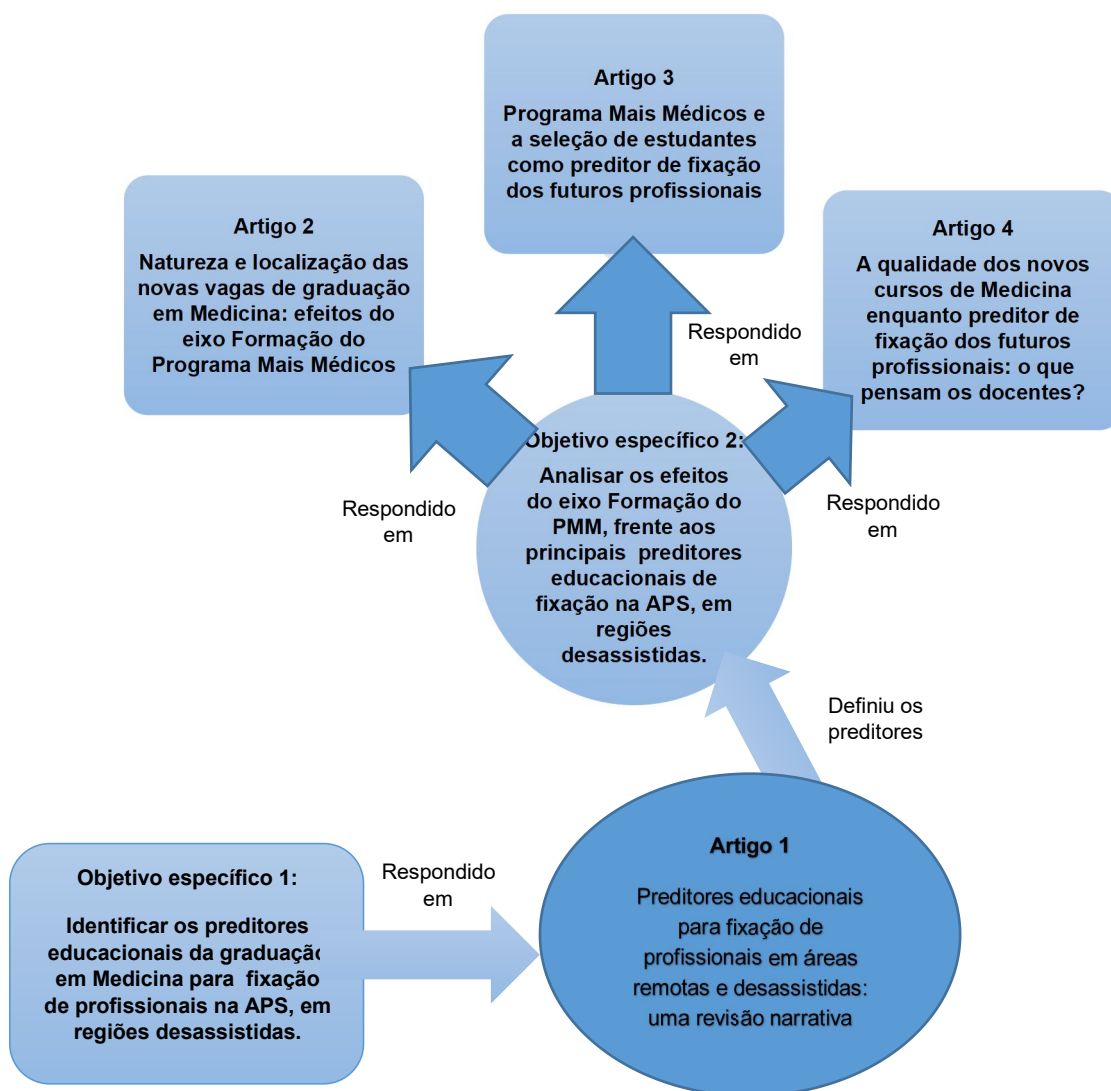
O estudo será disponibilizado para o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFES. Os artigos ainda não publicados serão submetidos em revistas especializadas no campo da Saúde Coletiva.

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em formato de artigos, em resposta aos objetivos específicos elencados na tese (Figura 3).

O artigo número 1 respondeu ao primeiro objetivo específico, identificando os preditores educacionais de fixação na APS, em regiões desassistidas. Para responder ao segundo objetivo específico, foram necessários os outros 3 artigos. O artigo número 2 analisou os efeitos do eixo Formação relativos à localização e à natureza pública e privada das novas vagas de Medicina, criadas pelo PMM. Os artigos de número 3 e 4 analisaram os efeitos do eixo Formação frente aos preditores de seleção dos estudantes e da qualidade da formação, respectivamente.

Figura 3 - Estrutura dos resultados da tese



Fonte: a autora.

5.1 ARTIGO 1: PREDITORES EDUCACIONAIS PARA FIXAÇÃO DE MÉDICOS EM ÁREAS REMOTAS E DESASSISTIDAS: UMA REVISÃO NARRATIVA



PREDITORES EDUCACIONAIS PARA FIXAÇÃO DE MÉDICOS EM ÁREAS REMOTAS E DESASSISTIDAS: UMA REVISÃO NARRATIVA

PREDITORES EDUCACIONAIS PARA FIXAÇÃO DE MÉDICOS - (Título resumido)

EDUCATIONAL PREDICTORS FOR THE FIXATION OF PHYSICIANS IN REMOTE AND UNASSISTED AREAS: A NARRATIVE REVIEW

EDUCATIONAL PREDICTORS FOR THE FIXATION OF PHYSICIANS – (Summarized Title)

Erika Maria Sampaio Rocha¹

Pablo de Almeida Boiteux²

George Dantas de Azevedo³

Carlos Eduardo Gomes Siqueira⁴

Maria Angélica Carvalho Andrade⁵

1 - Mestre e Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo-UFES, Avenida Marechal Campos 1468, Bonfim, CEP: 29047-105, Vitória, ES. Telefone: 73999404400 Email: emsampaio-rocha@gmail.com

2 - Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo-UFES, Avenida Marechal Campos 1468, Bonfim, CEP: 29047-105, Vitória, ES Universidade Federal do Espírito Santo- Vitória (ES), Brasil. Email: paboiteux@gmail.com

3 - Doutor em Medicina – Tocoginecologia. Diretor da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte (UFRN). Editor associado da Revista Brasileira de Educação Médica. Participante do Instituto Regional FAIMER Brasil (Programa de Desenvolvimento. Email: georgedantas.faimer@gmail.com

4 - Doutor em Saúde Internacional; Professor Adjunto na Massachusetts University, Boston, MA Estados Unidos. Email: carlos.siqueira@umb.edu

5 - Doutora em Saúde Coletiva; Professora Adjunta no Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Espírito Santo, Avenida Marechal Campos 1468, Bonfim, CEP: 29047-105 - Vitória (ES), Brasil. Email: geliandrade@gmail.com

PREDITORES EDUCACIONAIS PARA FIXAÇÃO DE MÉDICOS EM ÁREAS REMOTAS E DESASSISTIDAS: UMA REVISÃO NARRATIVA

PREDITORES EDUCACIONAIS PARA FIXAÇÃO DE MÉDICOS - (Título resumido)

Resumo

O estudo é uma revisão narrativa da literatura internacional cujos objetivos foram identificar e compreender aspectos educacionais determinantes para fixação de médicos em áreas remotas e desassistidas. A partir de buscas nas bases de dados, foram selecionados dez artigos de revisão sobre instituições e programas de ensino médico que aumentaram a atração e a permanência de seus egressos em regiões de escassez profissional, e que explicitaram os aspectos educacionais associados a tais resultados, os quais foram considerados preditores educacionais para fixação de médicos. Os principais preditores encontrados foram: a realização de processos seletivos que priorizaram o ingresso de estudantes previamente vinculados aos locais com escassez de médicos; a construção de estruturas curriculares com metodologias de problematização focadas em questões locais de saúde e com ênfase na abordagem clínica da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade; e a qualidade das experiências formativas, sobretudo nos cenários de Atenção Primária, em áreas rurais ou remotas, a qual, por sua vez, envolve a formação e a experiência docente, assim como a infraestrutura e a localização das escolas médicas em áreas estratégicas que permitam a aproximação dos discentes com a realidade das comunidades vulneráveis. Os resultados da revisão apontam, ainda, que a fixação de médicos em áreas desassistidas demanda o enfrentamento de fatores socioculturais, econômicos e políticos que, frequentemente, transcendem a governabilidade das instituições formadoras. Também reiteram a necessidade de maior uniformidade conceitual entre as pesquisas, com o intuito de assegurar evidências científicas mais sólidas sobre o assunto e a importância da realização de estudos que contemplem o contexto latino-americano e, de forma específica, o Brasil, onde ainda é escassa a literatura sobre o tema.

Palavras chave: Educação Médica; Área carente de assistência médica; Escolha da profissão.

EDUCATIONAL PREDICTORS FOR THE FIXATION OF PHYSICIANS IN REMOTE AND UNASSISTED AREAS: A NARRATIVE REVIEW

EDUCATIONAL PREDICTORS FOR THE FIXATION OF PHYSICIANS – (Summarized Title)

Abstract

This is an international narrative review study, which had the objectives of identifying and comprehending the determining educational aspects for the fixation of physicians in remote and unassisted areas. Through the search on databases, ten review articles about medical education institutions and programs that have raised their attraction and permanence levels for their alumni in areas where there was a lack of professionals,

and which clarified the educational aspects associated to such results, and which were considered as predictors for the fixation of physicians were selected. The main predictors found were: the selection processes that prioritized the entrance of students that were previously associated to the places where there was a lack of physicians; the creation of curricular frameworks with problematization methodologies focused in local health issues, with an emphasis in the Primary Healthcare Assistance and Family and Community Medicine approach; and the quality of the educational experiences, especially in the Primary Care environment, in rural or remote areas, which, in turn, involve the teaching education and experience, as well as the infrastructure and localization of the medical schools in strategic areas, which allow the approximation of the professors to the reality of the vulnerable communities. The results of the review still point out that the fixation of physicians in unassisted areas demands the confrontation of social, cultural, economic and political factors, which frequently transcend the governability of the educational institutions. They also re-iterate the need for a wider conceptual uniformity among the research studies, in order to ensure more solid scientific evidences about the subject, and the importance of holding studies that comprehend the Latin-American context, and specifically Brazil, where the literature on the topic is still scarce.

Key words: Medical Education; Physician distribution; Career choice.

INTRODUÇÃO

O déficit quantitativo e as desigualdades na qualificação e na distribuição geográfica de profissionais de saúde caracterizam o que se convencionou chamar de crise global da força de trabalho em saúde^{1,2}. Esse problema se acentuou a partir da década de 1990, devido às mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população mundial, ao subfinanciamento dos sistemas de saúde e ao deslocamento de pessoas e de informações intra e internacionalmente, acarretando fluxos migratórios desses profissionais dos países de baixa e média renda para aqueles de renda alta³⁻⁷.

Dentre os profissionais de saúde, os desafios relativos aos médicos são ainda maiores, pois além dos aspectos já citados, acrescentam-se as especificidades de seu processo de trabalho, especialmente disparidades na distribuição entre as diferentes especialidades médicas e os níveis de atenção à saúde, com enorme prejuízo para a Atenção Primária à Saúde (APS), que em muitos países não tem se consolidado como um campo de trabalho atrativo^{2,8}. A compreensão do conjunto de aspectos complexos e de distintas ordens que permeia tais escolhas profissionais é fundamental para o enfrentamento desse cenário de desigualdades no acesso à assistência médica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) traçou recomendações para o enfrentamento da escassez e desigualdades na distribuição dos profissionais, sendo as estratégias educacionais as mais estruturantes em longo prazo e com maior impacto nos países que adotam sistemas de saúde com cobertura universal^{2,9}. Dentre as estratégias educacionais, existem evidências na literatura de que as experiências vivenciadas

durante a graduação influenciam de forma significativa as decisões dos médicos recém-formados, tanto a escolha da especialidade quanto do local de trabalho¹⁰. As escolas médicas desempenham papel primordial na adequação da formação profissional e na produção de evidências científicas que contribuam para a efetividade dos sistemas de saúde e para a melhoria das condições de vida e de saúde da população^{9,11,12}.

Mesmo antes da inclusão desse tema na agenda política brasileira, diversos países desenvolveram pesquisas e políticas educacionais para enfrentamento da escassez de médicos em áreas desassistidas. No entanto, são necessários estudos mais robustos que definam, dentre as características educacionais da graduação, quais fatores estão associados positivamente com a fixação de profissionais médicos em tais regiões e que possam ser norteadores de outros programas educacionais^{13,14}.

No Brasil, destaca-se o Programa Mais Médicos (PMM) enquanto política educacional atrelada ao provimento emergencial de médicos e ao fortalecimento da infraestrutura da APS, em conformidade com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Iniciado em 2012, o programa foi inserido em um contexto de expansão de vagas de graduação em Medicina, tendo como referência critérios desenvolvidos por um grupo de trabalho nomeado pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação¹⁵. Foram elencados fatores determinantes e preditores da fixação, tanto em relação à formação generalista quanto à especialização médica. O PMM contemplou a abertura de novas vagas de graduação e de residência médica, especialmente em áreas prioritárias, assim como a reorientação da formação médica, com maior ênfase para a APS^{16,17}. Possibilitou, ainda, a atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina, estabelecendo o ano de 2018 como prazo limite para que as instituições formadoras públicas e privadas adequassem suas matrizes curriculares¹⁸.

Ressalta-se ainda no contexto brasileiro, que a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF), antecedendo o PMM, fortaleceu a APS com impactos positivos no acesso aos serviços e nos indicadores de saúde¹⁹⁻²¹, porém a grande dificuldade para atração e fixação de médicos em áreas remotas, rurais ou de difícil acesso tem sido relacionada à lenta expansão de cobertura (cerca de 1,5% ao ano)^{16,22,23}. Além disso, pode agravar esse cenário a pequena parcela dos estudantes de medicina que pensa em trabalhar em municípios de pequeno porte ou se especializar em áreas ligadas à APS ou à Saúde Coletiva^{8,22,24}.

Assim, o tema dos preditores educacionais da fixação de médicos torna-se relevante, uma vez que se constituem em norteadores das políticas educacionais para enfrentamento das desigualdades no acesso ao cuidado, especialmente na APS. Entretanto, ainda que a importância da graduação médica nas escolhas dos futuros profissionais esteja bem estabelecida na literatura sobre o tema, persistem lacunas na definição de quais componentes educacionais específicos desse nível da formação exercem maior influência na fixação de médicos em áreas rurais ou remotas (ELEY *et al.*, 2012). Nesse sentido, os objetivos do presente estudo são a identificação e a compreensão dos preditores educacionais da graduação que favorecem a fixação dos futuros profissionais em áreas remotas e desassistidas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura internacional acerca dos aspectos educacionais determinantes da fixação de médicos em regiões desassistidas ou de escassez profissional. Optou-se por este tipo de estudo pelo importante papel das revisões, sobretudo as narrativas, em mapear o conhecimento construído ou o estado da arte sobre determinado tema e apontar lacunas e recomendações para pesquisas futuras²⁵.

Na primeira etapa, foram selecionadas revisões que abordaram os impactos dos cursos de Medicina sobre a força de trabalho médico e selecionadas aquelas com resultados positivos sobre a fixação de seus egressos em regiões desassistidas ou de escassez profissional. Na segunda etapa, buscou-se, dentre as revisões selecionadas, aquelas que explicitaram os aspectos educacionais associados aos bons resultados dessas escolas médicas, considerados determinantes, ou seja, preditores de fixação médica.

A busca inicial das revisões foi realizada em duas fases: pesquisa em bases de dados e busca manual a partir das referências encontradas nos itens selecionados. Foram utilizadas as bases de dados US National Library of Medicine (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As bases de dados foram acessadas no período de fevereiro a março de 2019. Os descritores foram definidos segundo o Medical Subject Headings (MeSH), para aqueles em língua inglesa, e segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DECS), para aqueles em português e espanhol.

Definidos os operadores booleanos, foram construídas três chaves de busca: (medical education OR rural medical education OR rural medical school) AND (career choice)

AND (physician distribution); (educación médica OR Estudiantes de Medicina) AND (selección de profesión OR motivación) AND (area sin atención médica) e (educação médica OR estudantes de Medicina) AND (escolha da profissão OR motivação) AND (área carente de assistência médica). Foram selecionadas dezessete revisões, oito delas por meio das buscas no PUBMED e nove da busca manual.

Inicialmente, procedeu-se à leitura dos resumos disponíveis, excluindo-se as revisões que não abordaram resultados de escolas médicas ou que ficaram restritas às intenções de estudantes, ou apenas a programas de residência, ou de educação continuada. Destas, restaram treze revisões que foram lidas na íntegra e selecionadas aquelas dez que explicitaram os fatores educacionais associados aos resultados positivos das instituições formadoras, as quais constituíram o corpo de análise deste estudo.

O estudo integra uma pesquisa de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória (Brasil), em parceria com a Rede Brasil – Estados Unidos de Estudos de Políticas Públicas de Saúde da Universidade de Massachusetts, Boston (EUA). O projeto de pesquisa, na sua totalidade, foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFES, sob o parecer de número 3.069.904.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as dez revisões incluídas no estudo, todas foram publicadas em língua inglesa, no período de 2008 a 2017, com predomínio dos contextos dos Estados Unidos, Austrália e Canadá. Quanto aos tipos, três são revisões narrativas publicadas em 2009, 2011 e 2013; duas revisões integrativas, ambas publicadas em 2015; três revisões sistemáticas publicadas em 2008, 2013 e 2017, e duas metanálises, de 2016 e 2017, respectivamente. Assim, apesar do reduzido número de estudos, nota-se crescente investimento no rigor metodológico dos estudos sobre o tema, ao longo dos últimos anos.

Diversos autores apontaram limitações metodológicas em um número expressivo de estudos e uma grande variação conceitual, especialmente relativa aos termos 'área rural' e 'área remota', bem como às definições das especialidades relacionadas à APS, o que dificulta a obtenção de evidências científicas robustas sobre o assunto²⁶⁻³⁰.

Uma síntese das revisões é apresentada no Quadro 1, de modo a favorecer a visualização dos possíveis preditores de fixação relativos à formação médica, a partir dos resultados positivos de escolas ou programas específicos.

Quadro 1- Síntese das revisões selecionadas e os preditores de fixação de médicos

Autor / Ano/ Periódico	Desenho da revisão	Principais resultados	Preditores relativos à educação médica
Rabinowitz <i>et al.</i> , 2008 ²⁶ . Academic. Medicine	Revisão sistemática	Selecionados 10 estudos (1972-2002). Seis universidades promoveram aumento de fixação em áreas rurais (53 a 64%). Destaque: Univ. Minnesota e Univ. Thomas Jefferson com fixação de 87% e 79%, respectivamente, com permanência média de 7 anos.	1 - Seleção de graduandos com valorização de local de origem e intenção de carreira; 2 - Currículos com grande inserção rural - estágio prolongado, tempo mínimo de seis meses ou tempo integral obrigatório, nos últimos dois anos de formação médica.
Wilson <i>et al.</i> , 2009 ²⁷ . Rural and Remote Health	Revisão narrativa	Selecionados 110 estudos (1995-2008). Resultados de cinco estratégias para fixação em áreas rurais e remotas. Nenhum estudo com evidência convincente. Evidências fortes apenas para a seleção de estudantes (origem rural como critério isolado com evidências mais fortes - OR 2,5 a 3,5; intenção de carreira ao iniciar graduação e gênero feminino, este último com impacto negativo) e programa de residência vinculado (evidência mais forte). Estágios/internatos rurais com condições de prática clínica qualificada (evidências moderadas).	1 - Seleção de estudantes de origem rural; 2 - Currículos com prática clínica prolongada em comunidades rurais, com boa infraestrutura e preceptoria experiente; 3 - Preceptoria qualificada em especialidades ligadas à APS.
Barret <i>et al.</i> , 2011 ²⁸ . Academic. Medicine	Revisão narrativa	Selecionados 72 estudos (1966-2009). Associação entre a qualidade do treinamento rural e a escolha de uma especialidade de APS (89% de estudos); três vezes mais chances de trabalho futuro em áreas rurais, quando comparado à média nacional (31% dos estudos). Poucos estudos, com resultados inconclusivos, sobre a permanência nessas áreas (6% dos estudos).	1 - Programas de graduação inseridos em áreas rurais.
Crampton <i>et al.</i> , 2013 ³⁷ . Medical Education	Revisão sistemática	Selecionados 54 artigos, maioria do Canadá e Austrália - contexto rural (1991-2011). Escolas localizadas em áreas desassistidas promoveram aumento da fixação de profissionais em área rural, maior (mas não exclusivamente) dos médicos com origem rural. Estudos não foram conclusivos em relação à permanência em longo prazo e nem sobre os impactos em cidades de pequeno porte. Houve melhorias na formação (conhecimento clínico, confiança, habilidades interpessoais) e equivalência nas competências clínicas entre escolas rurais e as tradicionais, em alguns estudos escolas rurais com melhores escores em habilidades clínicas e relacionais.	1 - Treinamento com estágios prolongados (duração com cerca de dois anos) em APS realizados em áreas rurais e áreas urbanas desassistidas; 2 - Corpo de preceptores com qualificação e experiência em APS, MFC e Medicina Rural.
Viscomi <i>et al.</i> , 2013 ²⁹ . Can Journal Rural Med.	Revisão narrativa	Selecionados 86 estudos (2002-2012) – maioria de Canadá e Austrália Estudos com médicos de família que atuam em áreas rurais e/ou remotas mostraram que os fatores educacionais mais importantes (estudos com escores de qualidade mais altos) foram: programas de preparação para alunos do Ensino Médio (EM) procedentes de áreas rurais; a seleção de estudantes (origem rural, mais velhos, masculino, companheiro(a) de origem rural); os currículos baseados na comunidade; estágios com maior duração; campi em áreas rurais; experiências clínicas qualificadas sob preceptoria de MFC. Alguns estudos mostraram que a qualidade das experiências rurais pode atrair os estudantes de origem urbana.	1 - Programas de preparação de estudantes desde o EM e seleção de estudantes de origem rural e/ou que cursaram o EM e/ou que tenham vivido por, no mínimo, 6 anos nessas áreas; 2 - Experiências positivas em disciplinas eletivas de MFC desenvolvidas em regiões rurais, com exposição a conteúdos eletivos rurais apropriados, docentes atuando como boas referências e estudantes alcançando uma compreensão das necessidades das comunidades rurais.
Farmer <i>et al.</i> 2015 ³⁰ . Human Resources for Health	Revisão integrativa	Selecionados 37 estudos (2000-2012). Evidências de que a exposição rural durante a graduação médica (ciclo básico e internato) aumentou a probabilidade de trabalho em área rural, com médias acima das nacionais (26 a 67%). A duração das atividades em áreas rurais foi apontada como importante fator, porém poucos estudos (3) mostraram uma proporção entre aumento do tempo de experiências rurais e o aumento da fixação.	1 - Origem rural é considerada o preditor isolado mais forte para a prática rural; 2 - Graduação em área rural e com maior tempo de experiência clínica nessas áreas.

Myhre; Bajaj; Jackson, 2015 ³¹ . Rural and Remote Health	Revisão Integrativa	Selecionados 17 estudos (1970 a 2014). Fatores mais determinantes para os estudantes de origem urbana foram financeiros, seguidos dos educacionais. O incentivo financeiro associado a recrutamento (80% de estudantes acumulam alta dívida), sendo que muitos optam por pequenas cidades próximas a grandes centros pelas oportunidades de trabalho. A educação também exerce grande influência, sobretudo a qualidade da escola preparatória para seleção, aumentando o interesse dos alunos, as características do ensino médico e o perfil de qualificação dos docentes/preceptores.	1 - Qualidade da escola preparatória para a seleção dos alunos; 2 - Perfil e experiência dos docentes /preceptores; 3 - Relação entre o aluno e o preceptor; 4 - Duração do contato com os usuários e a comunidade; 5 - Infraestrutura local; 6 - Valorização e estímulo institucional para alunos de origem urbana com interesse nessas áreas.
Goodfellow <i>et al.</i> , 2016 ³² . Acad. Medicine	Revisão sistemática e meta análise	Selecionados 72 estudos (2007 a 2015). Os preditores de fixação em áreas desassistidas rurais e urbanas encontrados nos estudos foram os aspectos pessoais (19 estudos): ter crescido em área rural (7 estudos, 1,7 vezes mais chances de fixação), étnicos (14 estudos) e participação em programas de Medicina Internacional (12 estudos com poucas evidências). E currículos orientados para comunidade e APS, em áreas urbanas carentes (8 estudos) e em áreas rurais (12 estudos), com média de fixação de 53% a 67%, com forte associação entre o local da graduação e o trabalho, 51% dos médicos trabalhando no mesmo estado onde se graduaram. Um estudo mostrou 10 vezes mais chance de fixação de estudantes desses programas. Participar de programas de incentivo financeiro com redução de dívidas associado a trabalho compulsório (cerca de 2 anos) é forte preditor para curto prazo.	1 - Tipo da seleção das escolas, favorecendo admissão de estudantes que cresceram ou cursaram o EM em áreas desassistidas, rurais ou urbanas; 2 - Localização das escolas nas áreas rurais (campi satélites) ou áreas urbanas carentes; 3 - Currículos baseados na comunidade e com foco em APS, que permita aproximação dos estudantes com essas comunidades.
Reeve <i>et al.</i> 2017 ³³ . Medical Teacher	Revisão sistemática	Selecionados 22 estudos. Escolas com responsabilidade social (SAHPE) promoveram impactos positivos na qualidade da formação (10 estudos), na força de trabalho mediante maior fixação (6 estudos) e na saúde da comunidade local (5 estudos). Formação (5 estudos) - equivalência da qualidade de formação clínica, em quatro estudos maior efetividade frente às necessidades da população comparada às escolas da metrópole. Saúde das comunidades: um estudo com melhoria do acesso, dois estudos com mudanças positivas no comportamento da população e um estudo com redução da mortalidade infantil. Força de trabalho (6 estudos) com maior retenção e melhoria na qualidade dos profissionais.	1 - Processos de seleção valorizando alunos de origem de áreas rurais, alunos de minorias carentes e excluídas; 2 - Estratégias para evitar evasão desses alunos; 3 - Estratégias formais de integração com a comunidade local e a rede de serviços e saúde; 4 - Educação baseada em práticas qualificadas de imersão prolongada nessas comunidades; 5 - Desenvolvimento de projetos educacionais definidos pelas necessidades da comunidade.
Guilbault; Vinson, 2017 ³⁶ . Educ Health	Revisão sistemática e metanálise	Estudantes de escolas localizadas em áreas desassistidas tem 3 vezes mais probabilidade (RR=2,94) de trabalharem nessas áreas, em relação aos estudantes de outras localidades. Estudantes de escolas localizadas em áreas desassistidas tem 4 vezes mais probabilidades (RR=4,35) de trabalharem em APS, em relação aos estudantes de outras localidades.	1 - Grande número de estudantes pertencentes a minorias excluídas; 2 - Currículos com metodologias de problematização e atividades em áreas rurais desde o ciclo básico do curso, com complexidade crescente; 3 - Preceptores com experiência em MFC/APS; 4 - Campi satélites em áreas rurais com estágios rotativos de 12 semanas a 32 semanas, nos 3º e 4º anos do curso.

Fonte: os autores.

O processo de seleção dos estudantes para a graduação médica foi apontado na maioria das revisões como um fator importante para a fixação em áreas rurais ou urbanas com escassez profissional^{26,27,29-33}. Inúmeros estudos mostraram, inclusive, que o vínculo com a região é o critério isolado mais importante, corroborando evidências prévias da literatura sobre o tema^{26,27,29,30,34}. É importante ressaltar que

esse vínculo se caracteriza tanto pela naturalidade do estudante quanto pelo tempo de residência e/ou de ensino médio nessas áreas.

Em direção semelhante, um estudo recente, realizado com médicos graduados por escolas rurais da Austrália, mostrou resultados positivos para a fixação em zonas rurais ou em pequenos municípios, com 25% dos médicos dessas instituições trabalhando nessas áreas³⁵. Apenas 4% voltaram especificamente para sua região e 3% para sua cidade de origem, porém, a pesquisa mostra o êxito da política na redução da escassez e das desigualdades no acesso, pois um número expressivo dos profissionais (25%) dispersou-se e fixou-se em regiões rurais distantes dos grandes centros urbanos.

Ressalta-se, ainda, o baixo percentual de estudantes de origem rural ou de zonas urbanas mais pobres nos cursos de Medicina, ilustrado, por exemplo, pelo caso do Canadá, onde representam apenas 6% do total de alunos²⁹. Esse fato suscita duas reflexões: a primeira, concernente à importância das universidades que mantêm cursos preparatórios direcionados a estudantes de ensino médio oriundos de áreas prioritárias e favorecem a seleção destes para a graduação, com destaque para instituições com campi satélites localizados nas próprias regiões estratégicas³⁶ e que mantêm políticas institucionais para dar suporte aos alunos durante o curso, de modo a minimizar a possibilidade de evasão³³; a segunda reflexão diz respeito ao estímulo para trabalho futuro nesses locais (e, de forma específica, na APS) para os estudantes de origem urbana, que constituem a maioria nos cursos de Medicina. Nesse sentido, autores apontam fortes evidências de que programas de incentivos financeiros, atrelados à redução de dívidas estudantis, estão associados à maior fixação profissional em áreas periféricas e/ou rurais³¹.

Alguns estudos destacaram a origem rural do(a) companheiro(a) do(a) estudante como critério que favoreceu a escolha profissional por áreas desassistidas, até mesmo por médicos(as) de origem urbana^{27,29}; outros, o papel relevante da seleção de estudantes pertencentes a minorias étnicas – nos casos em questão, aqueles de origem latina ou asiática^{32,33}. Em duas revisões, curiosamente, questões de gênero representaram forte determinante das escolhas profissionais futuras. Pertencer ao gênero feminino foi considerado um preditor negativo de fixação médica, ainda que os próprios autores ponderem que esse aspecto também sofre influência de políticas de suporte às mulheres, como a melhoria nas condições de vida e de acesso à educação e lazer, dentre outros^{27,29}.

A qualidade da formação também exerceu grande influência na escolha profissional dos graduandos, especialmente para os estudantes de origem urbana. Muitos desses profissionais que escolheram trabalhar em áreas rurais ou remotas relataram que os fatores mais determinantes para sua decisão foram a experiência dos preceptores e docentes, particularmente em APS, Medicina de Família e Medicina Rural, assim como a infraestrutura local, permitindo aprendizado clínico de excelência e uma abordagem efetiva das necessidades locais em saúde^{29,31}.

Ainda com relação aos estudantes de origem urbana, destacam-se os resultados positivos alcançados com a associação de estratégias educacionais a políticas de incentivo financeiro e de recrutamento²⁷. Porém, quando essas estratégias foram implementadas de modo isolado, apresentaram, respectivamente, evidências moderadas e fracas de fixação, e apenas em curto prazo, o que reitera o papel fundamental da implementação de estratégias educacionais estruturantes.

A estrutura curricular dos cursos de graduação tem papel determinante, com destaque para os currículos baseados na comunidade, com foco em APS e que adotam práticas longitudinais dispostas ao longo de todo o curso, iniciando nos primeiros períodos e seguindo até o último ano, com complexidade e carga horária crescentes^{26,27,29,31-33,36}. A definição da carga horária ideal para estágios e internatos nessas regiões estratégicas permanece como uma lacuna nas pesquisas. Alguns estudos indicaram entre 20 a 32 semanas como duração mínima para bons resultados^{29,37}; outros autores recomendaram estágios e internatos rotativos durante o terceiro e quarto anos ou em tempo integral ao longo dos dois últimos anos de curso^{26,31}.

Em muitas universidades, existem programas curriculares específicos objetivando reduzir a escassez de médicos em regiões prioritárias, os quais apresentam adesão voluntária e cujos participantes são, em sua maioria, estudantes com vínculos com as regiões específicas onde eles são desenvolvidos. Entretanto, apesar de alcançarem altas taxas de fixação e retenção profissional, a principal limitação de tais programas é a baixa adesão pelo conjunto dos estudantes, de modo que autores defendem a necessidade de estágios obrigatórios, com abordagem integral, ao longo de toda a graduação médica³⁰.

Uma das revisões analisou a Educação de Profissionais de Saúde com Responsabilidade Social (Social Accountability Health Professional Education, SAHPE), adotada por escolas de medicina e ciências da saúde com a missão explícita de aumentar a equidade no acesso aos serviços de saúde, sendo a melhoria na distribuição dos profissionais médicos um de seus maiores fins. Essas instituições

formaram uma rede virtual conhecida como Training Health Equity Network (THEnet), com escolas parceiras localizadas em países de alta, média e baixa renda, sendo a maioria localizada em comunidades rurais isoladas e regiões urbanas mais carentes. Essas escolas apresentam estruturas curriculares voltadas para a melhoria da desigualdade na distribuição dos profissionais e alcançam resultados expressivos nas taxas de fixação, com retenção por tempo médio consideravelmente maior que as médias nacionais³³. Esses resultados atestam que suas estratégias podem ser consideradas fortes preditores de fixação, seja através da seleção de estudantes com vínculos regionais, pertencentes a minorias excluídas e/ou que demonstrem interesse pela prática nessas regiões de escassez profissional, seja pela construção de currículos que estimulem a imersão dos estudantes nas comunidades por meio de estágios e internatos conduzidos por preceptores qualificados, com carga horária extensa e muitos projetos alinhados às necessidades dos serviços e comunidades locais.

A localização das escolas médicas em áreas desassistidas, rurais ou urbanas foi um preditor destacado em várias das pesquisas analisadas, estando associada a maiores taxas de fixação profissional^{28,30,32,36,37}. Destaque para a revisão de Farmer *et al.*³⁰, em que estudos comparativos entre os resultados de campi urbanos e rurais, de uma mesma universidade, concluíram que os últimos apresentaram maiores taxas de fixação. A importância da localização das escolas médicas ou de seus campi satélites em regiões urbanas ou rurais desassistidas foi reforçada por uma metanálise recente, cujos resultados destacam uma probabilidade três vezes maior (RR = 2,94) do que estudantes egressos dessas escolas venham a se fixar nessas regiões após a conclusão da graduação, em relação aos demais estudantes. Além disso, esses discentes têm uma probabilidade quatro vezes maior (RR = 3,94) de trabalharem em APS, quando comparados aos demais³⁶.

Farmer *et al.*³⁰ também compararam estudos de instituições com a graduação em área rural em tempo integral e em tempo parcial, com melhores resultados nas primeiras, as quais alcançaram médias de 30 a 56% de fixação de seus egressos, bem acima das médias nacionais, além de apontarem, ainda que um pequeno número de estudos (3 em um total de 17), a possibilidade de mensurar os resultados e confirmar um aumento da fixação diretamente proporcional à duração da exposição dos estudantes às experiências em área rural.

Finalmente, todas as revisões assinalam a importância da inserção dos estudantes nessas regiões com escassez de médicos, e que os resultados positivos sobre a

fixação ocorreram na dependência da qualidade das práticas vivenciadas, seja em regime de tempo integral ou parcial. Esses estudos destacaram, como fatores decisivos, a especialidade e a experiência de preceptores ou docentes, a infraestrutura local e a relação entre a instituição formadora, os serviços de saúde e as comunidades^{28,32,36,37,39}.

Na mesma direção, Reeve *et al.*³³, recomendaram a formalização dessas pactuações, como forma de assegurar integração entre ensino, serviço e comunidade, compreendendo que quanto maior a aproximação e a compreensão das necessidades em saúde e da cultura local, maior a possibilidade de trabalho futuro junto a essas populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os preditores educacionais da fixação de médicos identificados neste estudo, destacam-se a existência de processos seletivos que priorizem o ingresso de estudantes previamente vinculados às próprias áreas remotas e desassistidas, e a construção de estruturas curriculares com metodologias de problematização focadas em questões locais de saúde e com ênfase na abordagem clínica da APS e da MFC. Merece destaque ainda a qualidade das experiências formativas vivenciadas pelos estudantes durante a graduação, as quais, por sua vez, envolvem a formação e experiência docente, assim como a infraestrutura e a localização dessas instituições em áreas estratégicas, permitindo a aproximação dos discentes com as comunidades vulneráveis.

Entretanto, é importante ressaltar que a elaboração de estratégias educacionais que contemplem tais preditores, além de complexa do ponto de vista operacional, demanda o enfrentamento de fatores socioculturais, econômicos e políticos que, frequentemente, transcendem a governabilidade das instituições formadoras. Em outras palavras, ainda que certos aspectos sejam passíveis de modificação no âmbito restrito das instituições (ex: características dos processos seletivos e das matrizes curriculares), outros envolvem questões e disputas que permeiam o conjunto da sociedade e, portanto, intervenções sistêmicas, como incentivos para a docência universitária diante do restante do mercado de trabalho médico e critérios para escolha das localidades estratégicas para abertura de vagas na graduação, dentre outros.

Quanto às características do próprio estudo, ainda que o pequeno número de revisões selecionadas possa ser apontado como uma limitação metodológica, o fato de serem pesquisas robustas, oriundas de diferentes países e desenvolvidas em cenários diversos, tornam consistentes os resultados aqui apresentados. Sobretudo para

apontar vertentes promissoras para novos estudos (ex: o papel das questões étnicas e de gênero nas políticas de atração e de fixação médica), reiterar a necessidade de uma maior uniformidade conceitual entre as pesquisas (com o intuito de assegurar evidências científicas mais sólidas sobre o assunto) e a importância da realização de pesquisas (sobretudo revisões) que contemplem o contexto latino-americano e, de forma específica, o Brasil, onde ainda é escassa a literatura sobre o tema.

Os resultados ora apresentados pretendem contribuir para a efetividade de estratégias educacionais e de políticas públicas abrangentes, tais como as propostas pelo PMM e equivalentes internacionais para o enfrentamento da escassez de médicos em áreas remotas e vulneráveis, de forma a reduzir iniquidades no acesso ao cuidado em saúde, tanto em âmbito global quanto nacional.

REFERÊNCIAS

1. Dal Poz MR, Sepulveda HR, Costa Couto MH, Godue C, Padilla M, Cameron R et al. Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. *Hum Resour Health* 2015; 13:24.
2. WHO. World Health Organization. A universal truth: no health without a workforce. Global Health Workforce Alliance. World Health Organization, 2014. [Acesso 2018 out 10]. Disponível em: <https://goo.gl/qh8uvB>.
3. Bach S. International Mobility of Health Professionals: Brain Drain or Brain Exchange? *Research Paper*. 2006; (082):1-27.
4. Lehmann U, Dielemann M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*. 2008; 8(19):1-10. Doi:10.1186/1472-6963-8-19.
5. Penaloza B, Pantoja T, Bastias G, Herrera C, Rada G. Interventions to reduce emigration of health care professionals from low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 9. DOI: 10.1002/14651858.CD007673.pub2.
6. Cueto M. *Saúde global: uma breve história*. 1ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
7. Mota NP, Ribeiro H. Mobilidade Internacional de Médicos. *Lua Nova*, 2016; 98:255-273.
8. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.
9. Frenk J, Chen L, Bhutta ZQA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 2010; 376(9756):1923-58.
10. Eley DS, Synnott R, Baker PG, Chater AB. A decade of Australian Rural Clinical School graduates – where are they and why? *Rural and Remote Health*, 2012; 12:1937.

11. WHO. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: WHO; 2010 [capturado 12 out 2016] Disponível em: http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010_increasing_access_to_health_workers_in_remote_and_rural_areas.pdf.
12. Portela GZ, Fehn AC, Ungerer RLS, Dal Poz MR. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2017; 22(7):2237-2246.
13. Ross SJ, Preston R, Lindemann IC, Matte MC, Samson R, Tandino FD et al. THEnet evaluation framework pilot study. *Education for Health*. 2014; 27(2).
14. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; 6:CD005314. DOI: 10.1002/14651858.CD005314.pub3.
15. Brasil. Ministério da Educação. Propostas de expansão de vagas do ensino médico nas Instituições Federais do Ensino Superior elaboradas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria n. 86, de 22 de março de 2012. *Diário Oficial de União*. 27 Mar 2012.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos: dois anos mais saúde para os brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
17. Brasil. Lei 12871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 out 2013.
18. Brasil. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014a. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 23 jun 2014.
19. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
20. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cienc. Saúde coletiva*, 2016; 21(5):1499-1509.
21. Russo LX, Scott A, Sivey P, Dias J. Primary care physicians and infant mortality: evidence from Brazil. *PLOS ONE* 2019; 14(5):e0217614. [capturado 2019 jun15]. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217614>.
22. Oliveira NA, Alves LA. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? *Rev Bras Educ Med* [on line]. 2011; 35(1):26-36 [capturado 20 fev. 2019]; 26-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100005&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100005>.
23. Cortez LR, Guerra EC, Silveira NJD, Noro LRA. A Percepção do Supervisor do Provac sobre a Fixação do Médico na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2019; 43(2):48-57.
24. Girardi SN, Carvalho CL, Wan Der Maas L, Araujo JF, Massote AW, Van Stralen ACS et al. Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de Medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência

declarada Cad. Saúde Pública 2017; 33(8):e00075316 doi: 10.1590/0102-311X00075316.

25. Vosgerau DSAR, Romanowski JP. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Rev. Diálogo Educ.* jan/abr 2015; 14(41):165-189.
26. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Wortman JR. Medical School Programs to Increase the Rural Physician Supply: A Systematic Review and Projected Impact of Widespread Replication. *Academic Medicine*, mar 2008; 83(3).
27. Wilson, NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote áreas. *Rural and Remote Health*, 2009; 9(1060).
28. Barrett F, Martin MLS, Lipsky S, Lutfiyya MN. The Impact of Rural Training Experiences on Medical Students: A Critical Review. *Academic medicine*, fev 2011; 86(2).
29. Viscomi MH, Larkins S, Gupta TS. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Can J Rural Med.*, 2013; 18(1).
30. Farmer J, Kenny A, Carol McKinstry C, Huysmans RD. A scoping review of the association between rural medical education and rural practice location. *al. Human Resources for Health* 2015; 13:27 DOI 10.1186/s12960-015-0017-3.
31. Myhre DL, Bajaj S, Jackson W. Determinants of an urban origin student choosing rural practice: a scoping review. *Rural and Remote Health*, 2015; 15:3483.
32. Goodfellow A, Ulloa JG, Dowling PT, Talamantes E, Chheda S, Curtis B et al. Predictors of Primary Care Physician Practice Location in Underserved Urban or Rural Areas in the United States: A Systematic Literature Review. *Acad Med.* 2016; 91(9):1313–21. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001203.
33. Reeve C, Torres W, Ross SJ, Mohammadi L, Halili Junior SB, Cristobal F et al. The impact of socially-accountable health professional education: A systematic review of the literature. *Medical Teacher*, 2016; 39(1):67-73. DOI: 10.1080/0142159X.2016.1231914.
34. Sapkota BP, Amatya A. What factors influence the choice of urban or rural location for future practice of Nepalese medical students? A crosssectional descriptive study. *Human Resources for Health.* 2015; 13(84):1-9.
35. Buttner R, Blakely N, Curtin S, Wall B, Pougnault S, Burkitt T et al. What does 'rural return' mean? Rural-origin medical graduates do not 'go home'. (capturado 22 maio 2017) *Rural and Remote Health* 2017; 17:3985. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3985>.
36. Guilbault RWR, Vinson JA. Clinical medical education in rural and underserved areas and eventual practice outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Educ Health* 2017; 30:146-55.
37. Crampton PES, Mclachlan JC, Illing JC. A systematic literature review of undergraduate clinical placements in underserved áreas. *Medical Education* 2013; 47:969–978.

5.2 ARTIGO 2: NATUREZA E LOCALIZAÇÃO DAS NOVAS VAGAS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA: EFEITOS DO EIXO FORMAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Natureza e localização das novas vagas de graduação em Medicina: efeitos do eixo Formação do Programa Mais Médicos

Erika Maria Sampaio Rocha¹; Thiago Dias Sarti²; Carlos Eduardo Gomes Siqueira³; George Dantas de Azevedo⁴; Maria Angélica Carvalho Andrade⁵

Resumo

O estudo objetivou analisar os resultados preliminares do eixo Formação do Programa Mais Médicos frente à localização e à natureza pública e privada das novas vagas de graduação em Medicina, criadas a partir do Programa. Consiste em um estudo exploratório qualitativo, que utilizou pesquisa documental de dados oficiais e publicações científicas. O eixo Formação revelou-se uma política potente face aos importantes resultados alcançados apesar da resistência enfrentada. O programa expandiu o número de vagas de graduação, priorizando o interior do país, e aprovou mudanças regulatórias importantes para os cursos médicos. No entanto, as disputas políticas, expressas nos discursos e documentos oficiais, alteraram a correlação de forças e geraram renegociação de compromissos assumidos. Evidências referentes à concentração de vagas no sudeste do país favorecem a manutenção das desigualdades, ainda que considerado um crescimento proporcionalmente maior nas regiões Centro-oeste, Nordeste e Norte. A prevalência de vagas em instituições privadas e a fragilização de instrumentos de monitoramento de cursos podem comprometer a mudança no perfil dos egressos, necessária para fixação de médicos em áreas estratégicas e na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos; Educação Médica; Políticas Públicas de Saúde

Location and public/private funding nature of new vacancies in Medicine: effects of the Education Track of the “Mais Médicos” Program

Abstract

The study aimed at analyzing the preliminary results of the Education Track of the “Mais Médicos” Program, relative to location and public/ private funding nature of new vacancies in Medicine. It is a qualitative exploratory study, which analyzes the initial results of the Program presented in documents, official data, and scientific publications. The Education Track turned out to be a strong policy given the important results achieved despite resistance against it. The Program expanded the number of undergraduate vacancies, prioritizing the interior of the country and approving important regulatory changes for medical courses. However, the political disputes, expressed in official speeches and documents,

changed the balance of forces and led to renegotiation of agree upon commitments. Evidence regarding the concentration of vacancies in the southeast of the country favors the maintenance of inequalities, even considering a proportionally higher growth in the Midwest, Northerneast and Northern regions. The prevalence of vacancies in private higher education institutions and the weakening of course monitoring instruments may jeopardize modifications in the profile of graduates, which is necessary for keeping physicians in strategic areas and in Primary Health Care.

Keywords: More Doctors Program; Medical Education; Public Health Policies

INTRODUÇÃO

A carência e as desigualdades na distribuição geográfica de médicos desafiam a consolidação do direito à saúde e criam fluxos migratórios que acirram iniquidades em saúde. Devido ao seu caráter complexo e multidimensional, demandam abordagens políticas multissetoriais¹⁻⁴, considerando vários fatores relativos à disponibilidade e à área de atuação de médicos, bem como à vulnerabilidade social das populações consideradas⁵.

Dentre as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para enfrentamento do problema, destacam-se as políticas educacionais como as estratégias de médio e longo prazos mais impactantes para os sistemas de saúde⁴⁻⁶. Tais medidas envolvem a abertura de cursos ou aumento de vagas de graduação em Medicina em regiões com escassez de médicos, a seleção de estudantes provenientes dessas áreas e as mudanças nos currículos introduzindo temáticas e estágios que valorizem as necessidades locais e a Atenção Primária à Saúde (APS). Essas estratégias embasaram-se em estudos que apontaram o vínculo do médico com uma determinada região como fator importante para a sua fixação^{7,8}, caracterizado pela naturalidade e pelo tempo de moradia nessas regiões.

Exemplos da efetividade da seleção de estudantes com base no vínculo com regiões prioritárias são encontrados em Ontário, Canadá. A Northern Ontario School of Medicine (Escola de Medicina do Norte de Ontário, NOSM) por meio de um abrangente processo de seleção, conseguiu aumentar a entrada no curso de Medicina de estudantes naturais da região, bem como de minorias excluídas (aborígenes e francófonos). Essa seleção de estudantes associada a

uma estrutura curricular priorizando a APS e parceria com as gestões dos pequenos municípios, onde está inserida a instituição promoveram taxas de até 92% de fixação e permanência dos estudantes egressos dessa universidade^{9,10,11}. Nesse sentido, a localização dos novos cursos em regiões desassistidas e o seu caráter público ou privado, podem favorecer essa seleção, sendo considerados importantes preditores de fixação.

No Brasil, as discussões sobre a necessidade de reformulação na educação médica tornaram-se mais evidentes a partir da década de 1990, com destaque para os trabalhos da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) evidenciando a importância da adequação do perfil dos egressos das escolas médicas às necessidades da população e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)¹². Muitas políticas públicas integraram o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) objetivando mudanças na formação e fixação de médicos em áreas desassistidas para melhorar o acesso a serviços de saúde por grupos populacionais excluídos^{13,14}.

Nesse contexto, teve início um processo de expansão das vagas de cursos de Medicina nas Universidades Federais, já norteado por essas referências internacionais, como explicitado em documento do grupo que elaborou as diretrizes curriculares necessárias para as mudanças na educação médica no país¹⁵. Em 2013, o governo amplia esse projeto com a aprovação do Programa Mais Médicos (PMM)¹⁶, uma política abrangente e que promoveu grande mudança no papel do Estado na regulação do ensino médico e favoreceu o preceito constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) ser responsável pelos recursos humanos necessários¹⁷.

O PMM abrange três eixos estratégicos: o provimento emergencial de médicos em áreas prioritárias, o fortalecimento da infraestrutura da APS e as mudanças na formação e na residência médicas¹⁸. Dentre os três eixos do programa, o eixo Formação é reconhecido como o mais estruturante e aquele que dá sustentabilidade a todo o programa, devido ao seu potencial de trazer impactos positivos sobre a fixação de médicos em regiões desassistidas, condição para o fortalecimento da APS e a redução de iniquidades em saúde no Brasil^{17,19,20}.

Integram o eixo Formação do PMM modificações quantitativas e qualitativas. Foram contempladas a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, especialmente em áreas prioritárias, segundo os critérios de maior necessidade e carência de profissionais. A reorientação da formação de médicos e especialistas, conforme as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), foi favorecida pela atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina²¹.

Durante os processos de formulação e homologação dessa política não houve diálogo adequado com atores sociais importantes, tais como o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), que já exerciam oposição à expansão de vagas de graduação e às modificações curriculares no ensino médico. Os setores privados da saúde contam com grande representação no Poder Legislativo, mas não conseguiram impedir a aprovação do PMM. Assim, essas instituições voltaram as suas ações contra as estratégias do eixo Formação^{22;23;24;25}.

Entendendo a complexidade e a relevância do eixo Formação, o presente estudo propõe-se a analisar os seus resultados preliminares, em particular os seus efeitos relativos à localização e à natureza pública ou privada das novas vagas de graduação em Medicina criadas pelo programa. O estudo pretende avançar nas reflexões sobre esses resultados preliminares, contribuindo para a discussão de suas implicações.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório qualitativo que envolveu análise de dados e de documentos oficiais do PMM. Os dados referiram-se à expansão da graduação em Medicina desde 2013, início do Programa, até maio de 2017, disponibilizados no *site* oficial do Programa²⁶. Foram analisados também dados do processo de autorização e avaliação disponíveis no *site* oficial do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)²⁷. A coleta dos dados foi realizada de janeiro a maio de 2017.

Foram selecionados os documentos oficiais de maior relevância sobre o programa, tais como a Lei 12871 de junho 2013¹⁶, as Diretrizes Curriculares

Nacionais para os cursos de Medicina²¹ e uma publicação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde¹⁸, que resgata o contexto que embasou a implantação do PMM e apresenta os seus impactos iniciais. Realizou-se leitura na íntegra desses documentos, seguida de maior aprofundamento nas informações relacionadas às mudanças propostas e seus principais objetivos.

Em seguida foi realizada busca em sites oficiais do PMM e do INEP com relação à localização geográfica e à natureza pública ou privada das novas vagas de graduação em Medicina, criadas pelo PMM até maio de 2017. Os dados foram então sistematizados, analisados e confrontados com os objetivos e estratégias propostas pelo PMM, nos seus documentos oficiais.

O estudo integra uma pesquisa de doutorado em Saúde Coletiva. O projeto na sua totalidade foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) com o parecer 3.069.904. Essa etapa da pesquisa não envolveu pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

A análise dos dados e documentos revelou a potência da nova política de formação de médicos, alcançando mudanças inéditas na história da educação médica no país. No entanto, ficaram evidentes tendências divergentes entre alguns dos compromissos assumidos e os resultados preliminares desse eixo do programa. Essas divergências concentraram-se na distribuição geográfica e natureza pública ou privada das vagas autorizadas de graduação.

O PMM ultrapassou a meta pactuada de expansão da graduação médica^{16,18}, com 7.696 vagas autorizadas até o ano de 2017, e priorizou o interior do país em relação às capitais²⁸. Porém, houve nítido predomínio de autorizações de vagas em instituições privadas (77,52%) e na região Sudeste, (40,41%), conforme mostra a Tabela 1. Na região Sudeste, dentre as 40,4% vagas autorizadas, quase 36% foram em instituições privadas.

Nos documentos oficiais do Programa existem ambiguidades relativas ao caráter público ou privado das novas vagas. A Lei 12871¹⁶, que instituiu o PMM,

menciona apenas as vagas privadas, mas não há nenhuma referência ao contexto anterior de expansão das vagas de graduação em Medicina em instituições públicas federais, já em curso no país. Esse contexto é resgatado somente no documento publicado posteriormente¹⁸, que explicita a prioridade de vagas em instituições públicas, com abertura de edital para as privadas apenas após esgotada a capacidade de expansão das primeiras, como descrito abaixo:

Da meta geral de 11,5 mil novas vagas é subtraído a capacidade total de expansão das escolas públicas e o que ainda falta é atribuído como meta de expansão das instituições privadas – agora reguladas por um novo modelo^{18:56}.

A diferença entre a meta total e aquilo que não será respondido pelas universidades públicas é precisamente o que fica determinado como demanda para a expansão de vagas em escolas privadas^{18:88}.

Tabela 1 - Novas vagas de graduação em Medicina do PMM, 2013 a 2017.

Região	Vagas autorizadas em IES Públicas	%	Vagas autorizadas em IES Privadas	%	Total de Vagas autorizadas	%
Norte	82	1,07	297	3,86	379	4,92
Centro-oeste	386	5,01	367	4,77	753	9,78
Sul	176	2,29	1028	13,36	1204	15,65
Nordeste	745	9,68	1505	19,56	2250	29,24
Sudeste	341	4,43	2769	35,98	3110	40,41
Total Geral	1730	22,48	5966	77,52	7696	100

Fonte: elaborada pelos autores com base nos dados do MS²³.

Com relação à localização geográfica das novas vagas, os dois documentos afirmam a prioridade do interior do país e de regiões com maior escassez do profissional. A Lei 12871 afirma, nas suas disposições gerais, como primeiro objetivo, “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”¹⁶. De modo semelhante, as áreas prioritárias são explicitadas no outro documento publicado pelo Ministério da Saúde (MS):

A grande diferença da nova legislação está relacionada à efetiva subordinação da expansão de vagas à necessidade social, tanto para as escolas públicas quanto para as privadas, apontando para a interiorização dos cursos e para uma distribuição equitativa entre as

regiões do Brasil e buscando a recuperação do déficit histórico de vagas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste^{18:55}.

Houve nítido predomínio de novas vagas na região Sudeste, ainda que os documentos oficiais definam, de modo unânime, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste como prioritárias. O documento do MS¹⁸ afirma que houve um esforço no sentido de reduzir essas desigualdades com um segundo edital, em 2015, contemplando apenas essas regiões e que os resultados mostram crescimento proporcional maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; porém, mantida essa proporcionalidade, as desigualdades persistem e as metas do programa ficam comprometidas.

O programa conseguiu tornar o processo de abertura de cursos ou aumento de vagas de Medicina uma iniciativa governamental, tanto em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas como privadas, com subordinação às necessidades sociais das áreas prioritárias. A seleção dos municípios para abertura de novos cursos ou ampliação de vagas passou a considerar a intensidade da escassez de médicos, as necessidades de saúde e a vulnerabilidade social, além da adequação da rede de serviços de saúde para ser cenário de ensino-aprendizagem de um curso de Medicina. A Lei 12871, Artigo 3º, 1º inciso confirma os critérios:

§ 1º Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do caput deste artigo, deverão ser consideradas, no âmbito da região de saúde: I - a relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina; e II - a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina, incluindo, no mínimo, os seguintes serviços, ações e programas: a) atenção básica; b) urgência e emergência; c) atenção psicossocial; d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e e) vigilância em saúde¹⁶.

O documento do MS também enfatiza os mesmos critérios:

Vale destacar que esses municípios – para constarem no edital – já tiveram de ser avaliados previamente pelo governo federal, em especial com relação à rede de serviços de saúde disponível, ao porte populacional, à região de saúde que se situa, à oferta de vagas e de médicos na região e à distância mínima em relação a outros cursos de Medicina. Após essa pré-seleção passam por nova avaliação que atestará se, de fato, a rede de saúde tem condições de receber o curso conforme os parâmetros exigidos^{18:57}.

Para a autorização de vagas deveria ser considerada a proporção de alunos receptores de ajuda de custo e a adesão a programas como o Programa Universidade para Todos (PROUNI) e o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES)¹⁸.

As DCN para os cursos de Medicina²¹ e a política regulatória do ensino médico a partir do PMM definiram que as avaliações dos cursos serão realizadas pelo INEP, autarquia federal ligada ao MEC, por meio do Sistema Nacional de Avaliação de Educação Superior (SINAES). Trata-se de um tripé avaliativo formado pela avaliação institucional, avaliação dos cursos de graduação e avaliação do desempenho dos estudantes²⁹.

No entanto, constatamos atrasos na atualização da página desse sistema do INEP e a indisponibilidade dos instrumentos avaliativos, construídos por meio da consulta pública, realizada pelo SINAES no período das buscas^{27;29} da pesquisa.

Nos documentos oficiais foi aprovado o monitoramento do desempenho dos graduandos por meio da Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM), prevista para avaliar os estudantes no 2º, 4º e 6º anos por meio de instrumentos e métodos que consideram os conhecimentos, as habilidades e as atitudes previstas nas novas DCN^{30;31}. Esse formato de avaliação permite adequações durante o processo formativo, um avanço em relação ao Exame Nacional da Avaliação do Desempenho do Estudante (ENADE). Esse processo é assim abordado na publicação ministerial:

Outra mudança importante está relacionada à realização de uma avaliação a todos os alunos do 2º, 4º e 6º anos de todos os cursos de Medicina do País para aferir tanto seu estado momentâneo de conhecimentos, habilidades e atitudes em relação ao novo perfil esperado pelas novas diretrizes curriculares como para acompanhar o crescimento e a aquisição de competências por parte deste educando^{18:55}.

Entretanto, em 2017, a presidência do INEP anunciou o cancelamento da ANASEM e a posterior transferência da responsabilidade por sua realização para a ABEM, conferindo-lhe, em princípio, o mesmo estatuto de neutralidade técnica, apesar da sua clara atuação contra o Programa³².

DISCUSSÃO

O eixo Formação do PMM alcançou metas importantes quanto à interiorização dos cursos de Medicina, como já apontado pela literatura³¹, mas o nítido predomínio de novas vagas em Medicina em IES privadas e na região Sudeste, os sinais de enfraquecimento do SINAES e a não efetivação da ANASEM atestam o distanciamento de alguns dos compromissos assumidos nos textos oficiais^{16,18} e comprometem os objetivos da política como um todo.

A prioridade de expansão de vagas em áreas desassistidas de médicos e em IES públicas favoreceria a democratização do acesso aos cursos de Medicina, necessária para a mudança no perfil dos graduandos^{28;33}. De modo contrário, o predomínio de autorizações em IES privadas e no Sudeste do país favoreceu a manutenção do perfil de graduandos em Medicina pertencentes a famílias de alta renda que desejam permanecer próximos de suas residências em grandes metrópoles³⁴. Esse fato, aliado às reduções nas políticas de financiamento estudantil para grupos populacionais socialmente vulneráveis, às dificuldades econômicas e cortes no financiamento da APS³⁵, reduz as possibilidades de os gestores garantirem a oferta de médicos a populações de municípios de pequeno porte em regiões prioritárias e com maiores necessidades em saúde.

A literatura existente^{33;36} indica que o aumento isolado do número de médicos no Brasil nas últimas décadas não tem beneficiado a população, persistindo disparidades entre regiões, municípios, capitais e interiores, e diferentes grupos populacionais. O PMM se diferencia exatamente por abranger desde estratégias de educação continuada para os profissionais do eixo provimento, como também mudanças na educação médica propostas no eixo Formação.

Existem evidências de mudanças importantes associadas ao PMM, por exemplo, no eixo provimento emergencial, houve melhoria do acesso e de indicadores de saúde, como também no eixo Formação a expansão e interiorização dos cursos. Esses avanços encontram-se ameaçados recentemente após a posse do novo presidente^{18;28;36}.

Interesses de grupos privados que investem no ensino médico e se colocam na disputa desde a construção inicial do PMM já foram associados com dificuldades de implantação de políticas públicas anteriores, voltadas para

câmbios na graduação em Medicina³⁸. Grupos privados nacionais e internacionais já estão bem estabelecidos no ensino superior e de modo geral e têm ganhado cada vez maior interlocução com o poder público, beneficiando-se da omissão do Estado³⁹.

O Poder Legislativo, que poderia apoiar a regulação e barrar a ampla entrada de capital internacional no ensino superior, especialmente em áreas estratégicas, conta com número crescente de deputados federais, estaduais e senadores cujas campanhas foram ostensivamente financiadas por empresas de Medicina de Grupo, como a Amil, a Vitallis e a Amico, e também por cooperativas médicas, tais como a Federação Estadual de Cooperativas Médicas²⁵.

Muitos dos grupos privados de ensino têm parte considerável de suas receitas proveniente de programas que subsidiam, com recursos públicos, a oferta privada de vagas no ensino superior. Por exemplo, cerca de 63,2% dos alunos da Kroton Educacional e 46,9% dos da Anhanguera Educacional, na modalidade presencial, estudam subsidiados pelo Fies e cerca de 10% pelo Prouni³⁹.

A resistência das entidades médicas apoiadas por interesses de instituições privadas de assistência e ensino médico foi apontada em outros estudos^{23;24}. Os embates políticos em relação ao programa ficaram expressos por meio de lacunas nos documentos oficiais; essa fragilidade permitiu que os compromissos normativos assumidos fossem renegociados, submetendo-os aos interesses do setor privado de ensino e instituições médicas. Nessa disputa política, o enfrentamento da escassez e das iniquidades em saúde perderam prioridade.

Diante da nova conjuntura política iniciada nas últimas eleições presidenciais, com a vitória do candidato Bolsonaro, que explicitou durante a campanha seu interesse no fim do programa, gerou-se desgaste nas relações com o governo de Cuba que culminou com o encerramento do acordo de cooperação e do eixo provimento do PMM⁴⁰. Além do prejuízo assistencial a uma considerável parcela da população, especialmente nos pequenos municípios, o fim desse eixo do programa fortaleceu politicamente atores que são contra as mudanças

na graduação médica. O atual governo dá sinais de estar mais alinhado aos interesses das entidades médicas⁴¹, o que fragiliza ainda mais o eixo Formação e coloca sob ameaça a mais sólida política de enfrentamento de desigualdades e a possibilidade de consolidação da APS no país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram identificadas tendências de predomínio de interesses que favorecem a privatização, a concentração da formação no Sudeste do país, a desregulação da qualidade do ensino médico e a permanência do mesmo perfil de graduandos, de famílias de classe alta que desejam trabalhar em grandes cidades. Ou seja, os preditores de fixação relativos à localização e à natureza das novas vagas não foram cumpridos pelo programa.

Esses fatos, somados à saída do Brasil dos profissionais cubanos, apontam para o agravamento da desassistência à saúde da população, em especial de áreas mais distantes e vulneráveis do país, que sempre encontraram dificuldades na fixação de profissionais médicos.

O estudo tem como limitação o fato de tratar-se de análise de documentos e dados secundários, sem a voz e perspectiva dos atores envolvidos. Porém, nos parece bem fundamentado por ter se embasado em documentos e dados oficiais. São necessários novos estudos para aprofundar as análises dos novos atores e interesses que ameaçam os resultados do PMM em médio e longo prazos.

REFERÊNCIAS

1. Bach S. International Mobility of Health Professionals: Brain Drain or Brain Exchange? Research Paper. 2006;(082):1-27.
2. Lehmann U, Dielemann M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. BMC Health Services Research. 2008;8(19):10-10. doi:10.1186/1472-6963-8-19.
3. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Saúde debate. 2009;(44): 13-24.
4. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations

[internet] Geneva: WHO; 2010 [acesso em 16 out 2016]. Disponível em: http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010_increasing_access_to_health_workers_in_remote_and_rural_areas.pdf.

5. Girardi SN, Carvalho CL, Farah JM, Araújo JF, Mass LWD, Campos LAB. Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde [internet] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM); 2010 [acesso em: 15 out 2016] Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>.

6. Frenk J, Chen L, Bhutta ZQA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Keley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Mendez AP, Reddy S, Scrimhaws S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.

7. Sapkota BP, Amatya A. What factors influence the choice of urban or rural location for future practice of Nepalese medical students? A cross-sectional descriptive study. *Human Resources for Health*. 2015;13(84):1-9.

8. Buttner R, Blakely N, Curtin S, Wall B, Pougault S, Burkitt T, Playford D. What does 'rural return' mean? Rural-origin medical graduates do not 'go home'. *Rural and Remote Health*. 2017;17(3985):1-3.

9. Strasser R. Delivering on social accountability Canadá's Northern Ontario School of Medicine. *The Asia Pacific Scholar*, jun 2016; 1(1).

10. Mian O, Hogenbirk JC, Warry W, Strasser RP. How underserved rural communities approach physician recruitment: changes following the opening of a socially accountable medical school in northern Ontario. *Canadian. Can J Rural Med*, 2017; 22(4):139-47.

11. Hogenbirk JC, Timony PE, French MG, Strasser R, Pong RW, Cervin C, Graves L. Milestones on the social accountability journey Family medicine practice locations of Northern Ontario School of Medicine graduates. *Can Fam Physician*, v.62:e138-45, 2016

12. Cruz KT. A formação médica no discurso da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico [dissertação]. Campinas (SP): Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2004.

13. Maciel Filho R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

14. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. *Rev. bras. educ. med*. 2008;32(3):333-46.

15. Ministério da Educação. Proposta de expansão de vagas do ensino médico nas Instituições Federais do Ensino Superior elaboradas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria n. 86, de 22 de março de 2012. *Diário Oficial de União*. 27 Mar 2012.

16. Brasil. Lei 12871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 out 2013.

17. Pinto HA, Andrezza R, Ribeiro RJ, Loula MR, Reis AAC. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23(Supl. 1): e170960 <https://doi.org/10.1590/Interface.170960>
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos: dois anos mais saúde para os brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
19. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(54):623-34
20. Campos GW, Pereira Júnior NA. Atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Cien Saúde Colet*. 2016;21 (9):2655-63.
21. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 23 jun 2014.
22. Lotta GS, Galvão MCPP, Favareto AS. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Cien Saúde Colet*. 2016;21(9):2761-2772.
23. Gomes LB, Merhy EE. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(Supl.1):1103-14. doi:10.1590/1807-57622016.0363.
24. Jesus RA, Medina MG, Prado NMBL. Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais. *Interface (Botucatu)* 21(Supl 1)1241-55,2017. doi:10.1590/1807-57622016.0555.
25. Scheffer M, Bahia L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. *Saúde Debate*. 2013;37(96):96-103
26. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos. Mapas de Atuação [internet] 2017 [acesso em 3 maio 2017]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/mapa-de-atuacao>.
27. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Avaliação dos Cursos de Graduação. Documentos relacionados [internet]. MEC 2017 [acesso em 10 set 2017]. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/avaliacao-dos-cursos-de-graduacao>.
28. Oliveira FP, Pinto HA, Figueiredo AM, Cyrino EG, Oliveira Neto AV, Rocha VXM. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo Formação de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu)*. 2019;23 (Supl.1).doi: 10.1186/s12960-015-0095-2.
29. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Diretoria de Avaliação do Ensino Superior- DAES. Nota Técnica DAES/INEP N° 040/2015. Adequações dos indicadores do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância ao Curso de Graduação em Medicina – Comissão Técnica de Medicina-Consulta Pública [internet]. Brasília: MEC 2015b [acesso em 10 ago 2017]. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/>.
30. Ministério da Educação. Portaria nº 982 de 25 de agosto de 2016. Institui a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina - ANASEM. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago 2016.

31. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM). Documentos relacionados [internet]. Brasília, MEC 2017c [acesso em 05 set 2017]. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/anagem>.
32. Fini MI. Exame Nacional de Avaliação do Desempenho dos Estudantes (ENADE) e Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM). In: Conselho Federal de Medicina; Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM-PA) (organizadores). 2º Fórum de Integração do Médico Jovem. Escolas Médicas, como está o ensino: velhos conceitos, novas perspectivas. [internet] 2017; Belém, Brasil. Belém: CRM-PA [citado 20 set 2017]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hOMo1JcC-Ho>.
33. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.
34. Girardi SN, Carvalho CL, Wan Der Mass SL, Araújo JF, Massote AW, Van Stralen ACS, Souza OA. Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de Medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(8):e00075316. doi:10.1590/0102-311X00075316.
35. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2014;38(103):900-916.
36. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde, *Cien Saúde Colet*, Rio de Janeiro, 20(11):3547-52, 2015.
37. Oliveira BLCA, Lima SF, Pereira MUL, Pereira Júnior GA. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de Medicina no Brasil (1808-2018). *Trab Educ Saúde*, Rio de Janeiro, 2019; 17(1): e0018317.
38. Feuerwerker LCM. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! *Interface (Botucatu)*. 2013;17(47):929-30. doi: 10.1590/1807-57622013.0733.
39. Scheffer MC, Dal Poz MR. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. *Human Resources for Health*. 2015; 13(96):1-10. doi: 10.1186/s12960-015-0095-2.
40. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Mais Médicos: profissionais cubanos da cooperação internacional sairão do Brasil até 12 de dezembro. [internet] In: OPAS Brasil, Brasília, DF, 19 nov 2018. [acesso em 12 mar de 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5804:mais-medicos-profissionais-cubanos-da-cooperacao-internacional-sairao-do-brasil-ate-12-de-dezembro&Itemid=347.
41. Pinheiro M. Governo vai encerrar Mais Médicos que será substituído por plano de carreira federal [internet] In: El País, Brasil, São Paulo. Entrevista concedida a El País, Agência Brasil em 06 de fevereiro de 2019 [acesso em 12 mar de 2019]. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/02/06/politica/1549465717_978725.htm.

5.3 ARTIGO 3: PROGRAMA MAIS MÉDICOS E A SELEÇÃO DE ESTUDANTES COMO PREDITOR DE FIXAÇÃO DOS FUTUROS PROFISSIONAIS

PROGRAMA MAIS MÉDICOS E A SELEÇÃO DE ESTUDANTES COMO PREDITOR DE FIXAÇÃO DOS FUTUROS PROFISSIONAIS

INTRODUÇÃO

O déficit quantitativo e as desigualdades na distribuição de médicos agravam a crise global da força de trabalho em saúde. O caráter mundial, a complexidade e as implicações do problema ficaram explícitas no tema do Terceiro Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde - “Uma verdade universal: sem força de trabalho, sem saúde” (WHO, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destacou as políticas educacionais como as medidas mais impactantes para enfrentamento desse problema, especialmente em países com sistemas de saúde universais. Mais complexo é o déficit de profissionais médicos com envolvimento de questões de várias ordens no seu mercado e processo de trabalho. Nesse caso, as políticas educacionais envolvem o aumento de vagas de graduação em Medicina em regiões estratégicas, a seleção prioritária de estudantes provenientes dessas áreas, currículos com temáticas e estágios que valorizem as necessidades locais e a Atenção Primária à Saúde (APS) (WHO, 2010a).

A literatura internacional reforça a efetividade dessas estratégias e evidencia o importante papel das escolas médicas no aumento da atração e permanência dos profissionais em áreas desassistidas e na APS (FRENK *et al.*, 2010; ELEY *et al.*, 2012; ROSS *et al.*, 2014).

Dentre os fatores educacionais associados à fixação dos futuros profissionais, entendidos como preditores educacionais de fixação, destaca-se a seleção de estudantes. As universidades com melhores resultados em termos de atração e permanência de médicos, em áreas prioritárias, selecionam candidatos naturais dessas regiões ou que lá residam há mais tempo e aqueles oriundos de grupos

desprivilegiados, com maiores dificuldades de acesso à assistência médica. Além disso, investem em estratégias educativas que elevam a aprovação desses estudantes nos processos seletivos (REEVE *et al.*, 2016; GOODFELLOW *et al.*, 2016; STRASSER, 2016; GUILBAULT; VINSON, 2017).

Outros preditores de fixação importantes são a localização das escolas médicas e seus campi satélites, de modo a permitir maior integração entre ensino, serviço e comunidade e a qualidade das experiências vivenciadas durante a graduação (REEVE *et al.*, 2016; GOODFELLOW *et al.*, 2016).

A população do Brasil convive com grandes desigualdades na distribuição geográfica dos profissionais. A escassez de médicos predomina nos municípios das regiões Norte e Nordeste, mas existem também vazios assistenciais nas periferias de grandes centros urbanos e em pequenos municípios, mesmo nas regiões Sul e Sudeste (GIRARDI *et al.*, 2010; SCHEFFER *et al.*, 2018).

No contexto brasileiro, a APS e os pequenos municípios não têm se consolidado como locais de trabalho atrativos para os médicos (SCHEFFER *et al.*, 2018). Alguns estudos sinalizam a possibilidade de piora desse cenário, diante do perfil e das intenções relativas à futura carreira entre graduandos de Medicina (OLIVEIRA; ALVES, 2011; GIRARDI, 2017). As escolhas profissionais recebem influência de uma somatória de fatores complexos e de distintas ordens e a sua compreensão é prerrogativa para o enfrentamento dessas desigualdades no acesso à assistência médica.

Várias políticas foram implementadas no Brasil com a finalidade de melhorar o acesso aos cuidados médicos para populações que permanecem excluídas com graus severos de escassez desse profissional (MACIEL FILHO, 2007). Nesse sentido, ressalta-se o Programa Mais Médicos (PMM), implantado em 2013, no contexto do Programa de Expansão do Ensino Médico pelas instituições Federais de Ensino, iniciado em junho de 2012. As diretrizes elaboradas por esse programa de expansão, sob a referência da literatura internacional para as políticas educacionais com foco na redução de desigualdades, nortearam, em grande medida, o PMM (BRASIL, 2012).

O PMM envolve assistência e formação, com três eixos estratégicos: o provimento emergencial de médicos, o fortalecimento da infraestrutura da APS

e as mudanças na formação e na residência médicas (BRASIL, 2013; 2015). O primeiro eixo sofreu severas restrições com o rompimento do acordo de cooperação técnica entre Brasil e Cuba, que era mediado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS). O encerramento se deu por iniciativa do Governo Federal brasileiro após as últimas eleições presidenciais (OPAS, 2018).

O eixo Formação mudou o papel do Estado na regulação do ensino médico e favoreceu o preceito constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) ser responsável pela formação dos recursos humanos necessários (BRASIL, 2013; PINTO *et al.*, 2019). Vem promovendo a abertura de novas vagas de graduação e residência médica em especialidades necessárias ao fortalecimento da APS e do SUS. Conseguiu aprovar a atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina, determinando a reordenação da educação médica, no sentido de alinhar o perfil dos futuros profissionais às necessidades da população e do SUS (BRASIL, 2014). Esse eixo do PMM vislumbra, em médio e longo prazo, a meta de alcançar 2,7 médicos/1.000 habitantes em 2026, e um panorama de maior resolutividade na assistência médica ofertada, especialmente na APS e serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2015).

Existem evidências do potencial do eixo Formação do PMM, diante dos resultados alcançados, tais como a ampliação das vagas de graduação, acima da meta esperada e priorizando o interior em relação às capitais do país (BRASIL, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2019). No entanto, a política vem enfrentando fortes resistências de instituições representativas da classe médica e posicionamentos incongruentes do próprio governo Federal, com instituições de ensino superior sendo alvo de cortes orçamentários comprometedores especialmente para os novos cursos, em implantação (GOMES; MERHY, 2017; JESUS; MEDINA; PRADO, 2017).

Nesse sentido, o monitoramento dos efeitos da política é de extrema importância. Um deles se relaciona ao preditor de fixação mais robusto, segundo a literatura internacional, que é a seleção adequada dos estudantes.

Este estudo tem por objetivo caracterizar os estudantes de Medicina que ocupam as vagas criadas pelo PMM, conforme a sua naturalidade, principal local de residência, classe socioeconômica, as suas intenções relativas à carreira, ao futuro local de trabalho e de moradia.

METODOLOGIA

O estudo utilizou metodologia quantitativa transversal com caráter descritivo exploratório. A região Nordeste foi escolhida como cenário da pesquisa por apresentar o maior número de municípios caracterizados pela escassez de médicos (GIRARDI *et al.*, 2010). Dentre os estados dessa região, a Bahia teve o maior número de vagas autorizadas a partir do PMM (BRASIL, 2017). O programa foi considerado de forma ampla, a partir de junho de 2012, considerado o início da política de expansão dos cursos de Medicina.

Foram selecionados os estudantes dos cursos de Medicina das universidades federais que tiveram vagas autorizadas nesse estado. Foram selecionadas: Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF, 40 vagas autorizadas por ano); a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB, 60 vagas autorizadas ao ano); a Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB, com 40 vagas autorizadas por ano); e a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB, com 80 vagas autorizadas por ano). O número total de graduandos dos cursos de Medicina das quatro universidades selecionadas era de 1522 discentes, considerando o período de fevereiro a maio de 2019.

Os questionários foram direcionados por meio eletrônico a todos os discentes das quatro universidades selecionadas por meio da ferramenta Google Forms. A primeira página do questionário trazia a apresentação do projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no formato *online*, cuja aceitação foi requisito para o acesso ao questionário. Como critérios de inclusão foram considerados os discentes de graduação em Medicina das quatro universidades selecionadas e não houve critérios de exclusão.

O instrumento de pesquisa consistiu em um questionário *online* não identificado que foi enviado a todos os graduandos de Medicina das universidades selecionadas. Ao todo foram dezesseis questões objetivas que buscaram

caracterizar os discentes conforme a naturalidade, o local de moradia por mais tempo, a classe socioeconômica e as intenções profissionais. A naturalidade, o local onde morou a maior parte da vida e a condição socioeconômica são preditores importantes, segundo a literatura (REEVE *et al.*, 2016; GOODFELLOW *et al.*, 2016; STRASSER, 2016; GUILBAULT; VINSON, 2017). Esses primeiros aspectos foram detalhados de acordo com o porte dos municípios em: capital de estado ou municípios do interior de pequeno, médio ou grande porte ou zona rural.

A condição socioeconômica foi calculada conforme a definição do Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCE) (IBOPE, 2015), com base no poder aquisitivo e escolaridade dos pais ou responsáveis.

Com relação às intenções relativas à carreira, foi perguntado se havia intenção de realizar residência médica logo após a graduação. Caso a resposta fosse afirmativa, o questionário seguia perguntando a especialidade escolhida e os motivos da escolha. Caso a resposta fosse negativa, era aberta outra sessão abordando os fatores relacionados com o fato. Foi abordado em que serviços de saúde o estudante se via no futuro, como mais uma informação para compreender as escolhas colocadas pelo estudante.

Ainda foi perguntado onde o estudante desejava morar no futuro, com as opções de resposta relacionadas ao porte dos municípios ou zona rural. Por fim, foi questionado o quanto o estudante considerava atrativa para o trabalho médico a região onde a universidade estava localizada, com uma escala de respostas variando desde 'nada' até 'extremamente atrativa'.

O estudo integra um doutorado no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), cujo projeto na totalidade foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dessa universidade sob o parecer de número 3.069.904.

RESULTADOS

Responderam ao questionário 410 estudantes, correspondendo a 27% do total de graduandos de Medicina das quatro universidades no momento da pesquisa. A Tabela 1 mostra a distribuição dos estudantes que participaram da pesquisa,

o número total de graduandos e de vagas autorizadas para cada universidade. O número de graduandos variou em relação ao número de vagas autorizadas, tendo em vista que em alguns momentos, houve evasão e em outros a entrada excedente de estudantes por meio de judicialização. A distribuição dos participantes do estudo aproximou-se do percentual de graduandos, exceto em duas instituições uma com uma representação um pouco abaixo e outra acima do esperado.

Tabela 1 - Número de graduandos e de vagas autorizadas por ano para o curso de Medicina e número de participantes do estudo, por universidade, de fevereiro a maio de 2019.

Universidade	Total de graduandos em Medicina		Número de vagas autorizadas/ano		Participantes do estudo	
		%		%		%
UFOB	321	21	40	18,1	96	23,4
UFRB	406	26,5	60	27,2	61	14,9
UFSB	641	41,8	80	36,6	178	43,4
UNIVASF	164	10,7	40	18,1	75	18,3
Total	1522	100	220	100	410	100

Fonte: os autores.

As características dos estudantes que responderam ao questionário, relativas à faixa etária, gênero e classe socioeconômica foram expostas na Tabela 2. Predominaram no grupo as participantes do sexo feminino (64,1%), nas faixas etárias de 17 a 22 anos (47,1%) e de 23 a 28 anos (38%).

Tabela 2 - Características dos estudantes de Medicina que participaram do estudo conforme faixa etária, gênero e classe socioeconômica.

	Gênero		Faixa etária (anos)		Classe socioeconômica ¹			
	N	%	N	%	N	%		
Feminino	263	64,1	17 a 22	193	47,1	A	15	3,7
Masculino	147	35,9	23 a 28	156	38	B1	25	6,1
Total	410	100	29 a 34	40	9,8	B2	98	23,9
			35 ou mais	21	5,1	C1	98	23,9
Total	410	100	Total	410	100	C2	105	25,6
						D-E	69	16,8
						Total	410	100

Fonte: os autores, Conforme Critério de Classificação Econômica do Brasil- CCE (IBOPE, 2015).

A classe socioeconômica prevalente foi a C2 (25,6%), o que equivale a uma renda domiciliar mensal de R\$ 1.691,44. Em seguida, as classes B2 e C1,

ambas com 23,9% dos estudantes, sendo as estimativas de renda domiciliar mensal para essas classes socioeconômicas, R\$ 5.363,19 para a classe B2 e R\$ 2.965,69 para a classe C1. Destaca-se um percentual de 16,8% da classe D-E, que equivale à renda domiciliar estimada em R\$ 708,19 (IBOPE, 2015). Cerca de 17% dos participantes responderam que precisam trabalhar, paralelamente ao curso.

Conforme mostra a Tabela 3, a maioria dos participantes nasceu na Região Nordeste (67,5%), especialmente no estado da Bahia (54,9%), mas houve um número expressivo de estudantes naturais da Região Sudeste (26,8%), destacando-se o estado de Minas Gerais (16,1%). Um grande número dos estudantes nasceu em municípios de pequeno (37,6%) e médio porte (31,7%), que predominaram também como principal local de residência (39,8% e 32,4% respectivamente).

Tabela 3 - Naturalidade e principal local de residência dos estudantes de Medicina, conforme o porte dos municípios.

Naturalidade				Porte do município						
Região / U F				Nascimento		Principal residência				
				N	%	N	%			
Nordeste				276	67,5	Pequeno Porte	154	37,6	163	39,8
UF	n	%								
Bahia	225	81,5	225	54,9						
Outros	51	18,5	51	12,4						
Total	276	100			Médio Porte	130	31,7	133	32,4	
Sudeste				110	26,8					
UF	n	%								
Minas Gerais	66	60	66	16,1	Grande Porte	32	7,8	36	8,8	
Outros	44	40	44	10,7						
Total	110	100			Capital de UF	78	19	51	12,5	
Centro-oeste				16	3,9					
Sul			5	1,1						
Norte			2	0,5						
Total			409	99,8	Zonal Rural	16	3,9	26	6,3	
Outro país			1	0,2	Outro País	1	0,2	1	0,2	
Total geral			410	100	Total	410	100	410	100	

Fonte: os autores.

Destaca-se, ao comparar o porte do local de nascimento e de principal residência, que houve um aumento nos municípios de pequeno e médio porte e

zona rural e paralelamente redução das capitais. Sugerindo que cerca de 27 estudantes nasceram em capitais, mas residiram a maior parte da vida em cidades de pequeno e médio porte.

O curso de Medicina não é a primeira graduação para 124 estudantes (30,2%). Dentre estes, 94 (22,9%) fizeram a primeira graduação na área da saúde e 30 estudantes (7,3%) em outras áreas.

A maior parte dos participantes deseja realizar residência médica logo após a graduação, 331 estudantes (80,7%). Dentre aqueles que não seguirão direto para a residência (19,3%), alguns ainda não decidiram o que farão após a graduação (16,8%), outros preferem conhecer um pouco o mercado de trabalho antes de optar por uma especialidade (5,8%) e uma parte dos estudantes precisará trabalhar antes de se especializar (8%).

As escolhas desses futuros profissionais relativas à especialidade médica e aos futuros locais de trabalho têm grande relevância na pesquisa e elas sofrem grande influência das experiências de ensino-aprendizagem vivenciadas durante a graduação. Assim, os resultados relativos a essas questões foram segmentados em dois grupos. O Grupo 1, com as respostas dos 249 estudantes do 1º, 2º e 3º anos de graduação, portanto as turmas mais recentes dessas instituições e o Grupo 2, com as respostas dos 161 estudantes do 4º, 5º, 6º e 7º anos de graduação, ou seja, as primeiras turmas dos cursos de Medicina dessas universidades.

O objetivo dessa divisão foi observar se havia diferenças entre os dois grupos, com relação às intenções dos graduandos nas escolhas de especialidade, do local em que deseja se instalar e dos serviços em que se vê trabalhando após a graduação. Essas diferenças podem ser relacionadas, ainda que parcialmente, à qualidade das experiências de ensino-aprendizagem vivenciadas durante o curso, apontadas na literatura como um importante preditor de fixação (REEVE *et al.*, 2016; GOODFELLOW *et al.*, 2016; STRASSER, 2016; GUILBAULT; VINSON, 2017).

A Tabela 4 mostra um comparativo entre as especialidades mais escolhidas pelos estudantes do Grupo 1 e Grupo 2, que desejam realizar a residência médica logo após a graduação. Essa foi a opção da maioria dos estudantes em

ambos os grupos, sendo 207 estudantes (83%) no Grupo 1 e 124 estudantes (77%) no Grupo 2.

Tabela 4 - Intenções dos estudantes dos primeiros e dos últimos anos de curso quanto às futuras especialidades médicas.

Intenções quanto às especialidades médicas					
Grupo 1 (1°, 2° e 3° anos de curso)			Grupo 2 (4°, 5°, 6°, e 7° anos de curso)		
	N	%		N	%
Cirurgia geral	28	13,5	Medicina de família e comunidade	14	11,3
Pediatria	21	10,1	Cirurgia geral	13	10,5
Ginecologia e obstetrícia	17	8,2	Ginecologia e obstetrícia	13	10,5
Psiquiatria	12	5,8	Pediatria	11	8,9
Clínica médica	11	5,3	Clínica médica	8	6,6
Medicina de família e comunidade	10	4,8	Cardiologia	6	4,9
Neurocirurgia	10	4,8	Psiquiatria	5	4,1
Cardiologia	9	4,3	Gastroenterologia	4	3,2
Cirurgia cardiovascular	8	3,9	Geriatria	4	3,2
Neurologia	7	3,4	Neurocirurgia	4	3,2
Oncologia clínica	7	3,4	Oftalmologia	4	3,2
Medicina de emergência	6	2,9	Oncologia clínica	4	3,2
Ortopedia e traumatologia	6	2,9	Cirurgia plástica	3	2,4
Cirurgia oncológica	5	2,4	Anestesiologia	3	2,4
Dermatologia	5	2,4	Reumatologia	3	2,4
Cirurgia plástica	4	1,9	Cirurgia cardiovascular	3	2,4
Endocrinologia e metabologia	4	1,9	Cirurgia oncológica	2	1,6
Geriatria	4	1,9	Endocrinologia e metabologia	2	1,6
Medicina intensiva	4	1,9	27. Infectologia	2	1,6
Medicina legal e perícia médica	3	1,4	Medicina intensiva	2	1,6
Oftalmologia	3	1,4	Ortopedia e traumatologia	2	1,6
Cirurgia pediátrica	2	1,0	Patologia	2	1,6
Cirurgia torácica	2	1,0	Cirurgia pediátrica	1	0,8
Cirurgia vascular	2	1,0	Cirurgia torácica	1	0,8
Infectologia	2	1,0	Dermatologia	1	0,8
Anestesiologia	2	1,0	Alergia e imunologia	1	0,8
Outras(13 especialidades)	13	6,5	Outras(6 especialidades)	6	4,8
Total	207	100	Total	124	100

Fonte: os autores.

As seis especialidades mais escolhidas entre os discentes do Grupo 1 foram, nesta ordem: Cirurgia Geral; Pediatria; Ginecologia/Obstetrícia; Psiquiatria; Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade com o mesmo número de escolhas de Neurocirurgia. No Grupo 2, as seis especialidades mais escolhidas foram, nesta ordem: Medicina de Família e Comunidade; depois Cirurgia Geral e Ginecologia/Obstetrícia com o mesmo percentual; Pediatria; Clínica Médica; Cardiologia e Psiquiatria.

No questionário foi abordado o tipo de serviço de saúde em que o estudante se vê trabalhando no futuro. Nessa questão, foram permitidas até duas opções de serviços. Os resultados foram organizados nas diferentes combinações de serviços, conforme as escolhas dos estudantes para o futuro (Tabela 5).

Tabela 5 - Intenções quanto aos futuros serviços de saúde e locais de moradia, entre estudantes dos primeiros e dos últimos anos de curso.

Grupo 1 (1º, 2º e 3º anos de curso)						
Intenções quanto aos Serviços Futuros	N	%	Intenções quanto ao futuro local de moradia		N	%
			Atenção Especializada no SUS, Atenção Especializada privada	29		
Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família, Atenção Hospitalar	28	11,2	Município de médio porte do estado da Bahia.	63	25,3	
Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família	25	10	Município de médio porte de outro estado.	33	13,3	
Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família, Atenção Especializada no SUS	22	8,8	Município de pequeno porte no estado da Bahia.	30	12,1	
Atenção Hospitalar	22	8,8	Capital ou município de grande porte na Bahia	28	11,2	
Atenção Especializada no SUS, Atenção Hospitalar	21	8,5	Município de pequeno porte em outro estado.	13	5,2	
Atenção Especializada no SUS	19	7,6	Em outro país.	8	3,2	
Atenção Hospitalar, Serviço de Urgência	12	4,9	Zona rural na Bahia.	6	2,4	
Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família, Atenção Especializada privada	10	4	Zona rural em outro estado.	3	1,2	
Atenção Especializada privada	10	4	Total	249	100	
Serviço de Urgência	10	4				
Outras opções(10)	41	16,6				
Total	249	100				
Grupo 2 (4º, 5º, 6º e 7º anos de curso)						
Intenções quanto aos Serviços Futuros	N	%	Intenções quanto ao futuro local de moradia		N	%
			Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família	35		
Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família, Atenção Hospitalar	22	13,7	Município de médio porte de outro estado.	28	17,4	
Atenção Especializada no SUS, Atenção Especializada privada	16	10	Município de pequeno porte no estado da Bahia.	24	14,9	
Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família, Atenção Especializada no SUS	14	8,7	Capital ou município de grande porte de outro estado.	20	12,4	
Atenção Especializada no SUS, Atenção Hospitalar	12	7,5	Capital ou município de grande porte no estado da Bahia	20	12,4	
Atenção Hospitalar	11	6,8	Município de pequeno porte em outro estado.	5	3,1	
Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família, Atenção Especializada privada	10	6,2	Em outro país.	3	1,9	
Atenção Especializada privada	9	5,5	Zona rural na Bahia	3	1,9	
Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família, Serviço de Urgência	8	5	Total	161	100	
Atenção Hospitalar, Serviço de Urgência	6	3,7				
Atenção Especializada no SUS	4	2,5				
Outras opções(7)	14	8,7				
Total	161	100				

Fonte: os autores.

As cinco combinações de serviços mais escolhidas pelos estudantes do Grupo 1 foram: a Atenção especializada no SUS juntamente com a Atenção especializada privada; a Atenção hospitalar; a AB/ESF juntamente com Atenção hospitalar; a AB/ESF e a Atenção especializada no SUS juntamente com Atenção Hospitalar. Os estudantes do Grupo 2 escolheram a AB/ESF; a AB/ESF juntamente com Atenção Hospitalar; a Atenção Especializada no SUS juntamente com Atenção Especializada Privada; a AB/ESF juntamente com Atenção Especializada no SUS e Atenção Especializada no SUS junto a Atenção Hospitalar.

Existem diferenças entre os dois grupos com relação à intenção de permanecer no estado na Bahia (Tabela 5). No Grupo 1, as turmas de Medicina mais recentes dessas universidades, 51% dos estudantes desejam permanecer na Bahia, 45,8% deles desejam ir para outro estado e 3,2% ir para outro país. No Grupo 2, as primeiras turmas dos cursos de Medicina dessas instituições, 65,2% dos estudantes escolheram permanecer na Bahia, 32,9% pretender ir para outro estado e 1,9% para outro país. Em ambos os grupos predominaram as escolhas por municípios de médio porte. No Grupo 1 a opção por residir em capitais e municípios de grande porte foi maior (37,4%) em relação ao Grupo 2 (24,8%).

Cerca de 55,6% dos estudantes considerou a região onde está localizado o curso de Medicina muito ou extremamente atrativa para o trabalho médico. De modo contrário, 44% considerou a região de seu curso pouco ou nada atrativa.

DISCUSSÃO

Nos novos cursos de Medicina criados pelo PMM, nas universidades federais do estado da Bahia, predominam estudantes do gênero feminino (64,1%), nas faixas etárias de 17 a 22 anos (47,1%), de famílias da classe socioeconômica C2 (25,6%), que corresponde a uma renda mensal domiciliar média de cerca de R\$ 1.700,00; naturais da região Nordeste (67,5%), especialmente do estado da Bahia (54,9%), nascidos e que residiram por mais tempo em municípios de pequeno e médio porte (37,6% e 31,7% respectivamente).

Essas características evidenciam uma seleção de estudantes naturais dos pequenos municípios do Nordeste, considerados prioritários pelo programa

devido aos altos índices de escassez de médicos (GIRARDI *et al.*, 2010). Nesse sentido, a política está condizente com o preditor de fixação mais robusto segundo a literatura e, assim, evidencia uma aproximação do seu principal objetivo.

O predomínio do gênero feminino corrobora estudos que apontam uma feminização da Medicina (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013). Alguns autores apontam que o gênero feminino constitui um preditor negativo para fixação, mas que, no entanto, é muito sensível a medidas de melhoria da qualidade de vida nos municípios, tais como condições de infraestrutura, de educação e de lazer (WILSON *et al.*, 2009; VISCOMI; LARKINS; GUPTA, 2013). Justificam esses dados a responsabilidade pelos filhos, que recai de modo mais intenso sobre as mulheres, e o aumento do número de mulheres consideradas provedoras da família, atingindo no Brasil 40% em 2015 (IPEA, 2019).

A classe socioeconômica predominante é consideravelmente mais baixa em relação a outros estudos de perfil de estudantes de Medicina no país (FERREIRA *et al.*, 2000; FIOROTTI; ROSSONI; MIRANDA, 2010; GIRARDI *et al.*, 2017). O perfil socioeconômico dos estudantes, mostrado no presente estudo, também evidencia uma aproximação dos objetivos do PMM, especificamente quanto a democratização do acesso aos cursos de Medicina. A maior representação, nos cursos de Medicina, de estudantes oriundos de grupos desprivilegiados favorece a redução das desigualdades e melhoria na qualidade do cuidado ofertado a usuários provenientes desses grupos populacionais (MIAN *et al.*, 2017).

Com relação às intenções relativas às especialidades médicas, predominaram as escolhas pelas grandes áreas da Medicina, porém o estudo mostrou diferenças entre estudantes que cursam os primeiros e os últimos anos da graduação.

A primeira escolha entre os estudantes dos períodos iniciais de curso (Grupo 1) foi Cirurgia Geral (13,5%) seguida de Pediatria (10,1%) e Ginecologia/Obstetrícia (8,2%). Nesse grupo, os estudantes optaram pelo trabalho nos serviços de média e alta complexidade (11,6%). A Atenção Básica/ESF aparece em segundo lugar nas escolhas dos estudantes e

complementada pelo trabalho na atenção hospitalar (11,2%). A opção pela Atenção Básica/ESF como escolha única constituiu o terceiro lugar (10%) entre as respostas. Quanto ao futuro local de moradia, cerca de 45,8% desses estudantes pretendem se instalar em outro estado, 26,1% em capitais ou municípios de grande porte e 13,3% em municípios de médio porte.

Entre os estudantes dos últimos períodos de curso (Grupo 2) a primeira escolha foi Medicina de Família e Comunidade (11,3%) seguida de Cirurgia Geral e Ginecologia/Obstetrícia, estas duas com o mesmo percentual (10,5%). Com relação aos serviços a principal opção foi a Atenção Básica/ESF (21,7%), seguida pelo trabalho na Atenção Básica/ESF, combinada com a atenção hospitalar (13,7%). Nesse grupo, a maioria pretende morar na Bahia (65,2%), em municípios de médio (36%) e pequeno porte(14,9%).

Também existem diferenças entre os resultados deste estudo e outras pesquisas abordando as intenções de estudantes quanto às especialidades médicas. Estudo realizado em Minas Gerais mostrou um número muito pequeno de escolha por especialidades da grande área e que têm maior interface com a APS, tais como Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia e Cirurgia Geral. A grande maioria dos estudantes (80%) optou por outras especialidades (FERREIRA *et al.*, 2000).

Pesquisa de intenção declarada, também com estudantes de Medicina de Minas Gerais, mostrou pequeno percentual de intenção de trabalhar em regiões remotas do interior. Mesmo com possibilidades de melhores remunerações, esse percentual alcançou no máximo de 15% das escolhas. Com relação ao trabalho em APS, mesmo com remuneração satisfatória, as respostas foram de 67,8% para trabalho em áreas urbanas, 25,3% em áreas remotas do interior e 6,9% em áreas inseguras. Destaca-se que, apesar desses índices para trabalho na ESF em área urbana, não houve a intenção da especialização para trabalho na APS (GIRARDI *et al.*, 2017).

Nos dois grupos do presente estudo, os estudantes priorizaram as especialidades das grandes áreas que se relacionam mais à APS. Destaca-se a maior valorização da MFC, do trabalho na Atenção Básica e a intenção de se instalar no estado da Bahia entre os estudantes do Grupo 2. Esses resultados

também sinalizam que a política tem uma trajetória em direção aos seus objetivos de fixação dos futuros profissionais nesse estado, onde se localizam as universidades e que é uma das regiões prioritárias para o PMM. Também evidencia possível melhoria com relação ao fortalecimento da APS.

Um pequeno número de estudantes pretende sair do Brasil após a graduação. Apenas uma estudante nasceu e residiu a maior parte da vida em outro país e pretende voltar ao seu país de origem após a conclusão do curso. Esses resultados, ainda que consideradas as limitações amostrais, apontam para as implicações do eixo Formação, ao formar médicos para o trabalho no mundo. Isso reforça a importância de preditores de fixação nos conectando com as referências internacionais de qualidade no ensino médico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que os novos cursos criados pelo PMM nas universidades federais da Bahia vêm conseguindo se aproximar de preditores de fixação apontados pela literatura internacional, tais como a seleção de estudantes naturais e residentes nessas áreas prioritárias e oriundos de classes socioeconômicas menos privilegiadas. Com relação à qualidade das experiências vivenciadas pelos estudantes durante a graduação, existem alguns sinais que favorecem a melhoria das taxas de fixação, a escolha de especialidades alinhadas à APS, especialmente a MFC, ainda que as diferenças entre os percentuais de escolha sejam pequenas.

Face à importância dos objetivos do PMM, são necessárias mais pesquisas sobre os estudantes que ocupam as vagas criadas pelo PMM. Pesquisas com maior profundidade abordando as características destes estudantes, especialmente origem e classe socioeconômica e as suas intenções profissionais.

O estudo apresenta a limitação de ter alcançado uma amostra pequena dos estudantes para uma temática tão complexa, porém o fato de não ter havido perdas nas várias questões e da coerência existente entre as respostas traz consistência aos seus resultados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº466**, de 12 de dezembro de 2012 que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 06 de junho 2017.

_____. Lei 12871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 out 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos**: dois anos mais saúde para os brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos**. Mapas de Atuação [internet] 2017 [Acesso em 3 maio 2017]. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/mapa-de-atuacao>>.

_____. Ministério da Educação. Proposta de expansão de vagas do ensino médico nas Instituições Federais do Ensino Superior elaboradas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria n. 86, de 22 de março de 2012. **Diário Oficial de União**. 27 Mar 2012.

CORTEZ, L.R. et al. A Percepção do Supervisor do Provac sobre a Fixação do Médico na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Educ Med**. Vol. 43, n. 2, p. 48-57, 2019.

ELEY, D. S. et al. A decade of Australian Rural Clinical School graduates – where are they and why? *Rural and Remote Health*. vol. 12, p. 1937, 2012.

FERREIRA, R. A. et al. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Rev Ass Med Brasil**; Vol. 46, n. 3, p. 224-31, 2000.

FIOROTTI, K. P.; ROSSONI, R. R.; MIRANDA, A.E. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. **Rev Bras Educ Med**, v. 34, n.3, p. 355-62, 2010.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**. Vol. 376, n. 9756, p. 1923-58, 2010.

GIRARDI, S.N. et al. Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de Medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada **Cad. Saúde Pública** vol. 33, n. 8, e00075316, 2017. doi: 10.1590/0102-311X00075316.

GIRARDI, S.N. et al. **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde** [internet] Belo Horizonte: Universidade Federal de

Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM); 2010 [acesso em: 15 out 2016]. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>>.

GOMES, L .B.; MERHY, E.E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface** (Botucatu). Vol. 21, Supl.1, p. 1103-14, 2017. doi:10.1590/1807-57622016.0363.

GOODFELLOW, A. et al. Predictors of Primary Care Physician Practice Location in Underserved Urban or Rural Areas in the United States: A Systematic Literature Review. **Acad Med**. Vol. 91, n. 9, p. 1313–21, 2016. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001203.

GUILBAULT, R.W.R.; VINSON, J.A. Clinical medical education in rural and underserved areas and eventual practice outcomes: A systematic review and meta-analysis. **Educ Health**. Vol. 30, p. 146-55, 2017.

IBOPE. Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística. **Critério de Classificação Econômica Brasil**, 2015. Disponível em: <<http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/paginas/criterio-brasil-inicia-2015-comnova-atualizacao-.aspx>>. Acesso em 05 mar 2018.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Projeto Retratos das desigualdades de gênero e raça**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_chefia_familia.html>. Acesso em 10 nov 2019.

JESUS, R.A.; MEDINA, M.G.; PRADO, N.M. B.L. Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais. **Interface** (Botucatu) vol. 21, Supl 1. p. 1241-55, 2017. doi:10.1590/1807-57622016.0555.

MACIEL FILHO R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

OLIVEIRA, F. P. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo Formação de 2013 a 2015. **Interface** (Botucatu). Vol. 23, Supl. 1, 2019. doi: 10.1186/s12960-015-0095-2.

OLIVEIRA, N.A.; ALVES, L.A. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? **Rev Bras Educ Med** [on line]. Vol. 35, n. 1, p. 26-36, 2011. [capturado 20 fev. 2019] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100005>.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Mais Médicos: profissionais cubanos da cooperação internacional sairão do Brasil até 12 de dezembro. [internet] In: **OPAS Brasil**, Brasília, DF, 19 nov 2018. [acesso em 12 mar de 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5804 : mais-medicos-profissionais-cubanos-da-cooperacao-internacional-sairao-do-brasil-ate-12-de-dezembro&Itemid=347

PINTO, H. A. et al. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. **Interface** (Botucatu). Vol. 23, Supl. 1, e170960, 2019. <https://doi.org/10.1590/Interface.170960>

REEVE, C. et al. The impact of socially-accountable health professional education: A systematic review of the literature. **Medical Teacher**. Vol. 39, n. 1, p. 67-73, 2016. DOI: 10.1080/0142159X.2016.1231914.

ROSS, S.J. et al. THEnet evaluation framework pilot study. **Education for Health**. Vol. 27, n. 2, 2014.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A. J.F. A feminização da Medicina no Brasil. **Rev. bioét.** (Impr.); v. 21, n.2, p. 268-77, 2013.

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

STRASSER R. Delivering on social accountability Canadá's Northern Ontário School of Medicine. **The Asia Pacific Scholar**, v. 1, n.1, jun 2016.

VISCOMI, M. H.; LARKINS, S.; GUPTA, T. S. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. **Can J Rural Med**. vol. 18, n. 1, 2013.

WILSON, N. W. et al. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote áreas. **Rural and Remote Health**; Vol. 9, n. 1060, 2009.

WHO. World Health Organization. **A universal truth: no health without a workforce**. 1.Health Manpower. 2.Health Personnel. 3.Delivery of Health Care. World Health Organization. II.Global Health Workforce Alliance. ISBN 978 92 4 150676 2 (NLM classification: W 76). Disponível em: <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1>.

_____. World Health Organization. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations**. Geneva: WHO; 2010 [capturado 12 out 2016] Disponível em: http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010_increasing_access_to_health_workers_in_remote_and_rural_areas.pdf.

5.4 ARTIGO 4: A QUALIDADE DOS NOVOS CURSOS DE MEDICINA ENQUANTO PREDITOR DE FIXAÇÃO DOS FUTUROS PROFISSIONAIS: O QUE PENSAM OS DOCENTES?

A QUALIDADE DOS NOVOS CURSOS DE MEDICINA ENQUANTO PREDITOR DE FIXAÇÃO DOS FUTUROS PROFISSIONAIS: O QUE PENSAM OS DOCENTES?

INTRODUÇÃO

As desigualdades na distribuição de médicos desafiam a consolidação do acesso universal à saúde em todo o mundo. As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população mundial, o subfinanciamento dos sistemas de saúde e os fluxos migratórios desses profissionais dos países de baixa e média renda para aqueles de renda alta acentuam esse problema (BACH, 2006; LEHMAN, 2008; PENALOZA, 2011; DAL POZ, 2013; WHO, 2014; CUETO, 2015; MOTA; RIBEIRO, 2016).

No Brasil, além das desigualdades na distribuição geográfica, existem grandes diferenças entre as especialidades médicas, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) ainda preterida enquanto carreira profissional (OLIVEIRA; ALVES, 2011; GIRARDI, 2017; SCHEFFER *et al.*, 2018). A adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) fortaleceu a APS com impactos positivos nos indicadores de saúde (MENDES, 2012; ARANTES; SHIMIJU; MERCHAÁN-HAMANN, 2016; RUSSO, 2019), porém a grande dificuldade para atração e fixação de médicos em áreas remotas, rurais ou de difícil acesso tem sido relacionada à lenta expansão de cobertura (cerca de 1,5% ao ano) (CORTEZ *et al.*, 2019).

Nesse cenário, o Programa Mais Médicos (PMM) foi homologado em 2013, como política educacional atrelada ao provimento emergencial de médicos e ao fortalecimento da infraestrutura da APS (BRASIL, 2013). O eixo Formação do PMM contemplou a abertura de novas vagas de graduação e de residência médica, especialmente em áreas prioritárias, assim como a reorientação da formação médica, prevista na atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina (BRASIL, 2014; 2015).

A educação médica passou a ter como principal objetivo a formação de profissionais qualificados para abordagem resolutiva das necessidades e dos problemas de saúde prevalentes, no Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede de Atenção à Saúde (RAS), passou a ser o cenário privilegiado de ensino-aprendizagem, especialmente a APS e os serviços de Urgência e Emergência. Os estudantes devem estar inseridos nesses serviços, com preceptoria adequada, desde os períodos iniciais da graduação. Foram preconizadas a adoção de metodologias ativas e de um currículo com formato interdisciplinar. O prazo-limite para as adequações nas matrizes curriculares pelas instituições formadoras, públicas e privadas, foi o ano de 2018 (BRASIL, 2014).

A literatura internacional aponta a qualidade das experiências vivenciadas pelos estudantes, durante a graduação em Medicina, como um dos aspectos determinantes das futuras escolhas profissionais (VISCOMI; LARKINS; GUPTA, 2013; MYHRE; BAJAJ; JACKSON, 2015). Experiências positivas na APS e em pequenos municípios, são fortes preditores de fixação e permanência no trabalho nesses locais pelos futuros médicos. A qualidade da formação envolve a infraestrutura das universidades e dos serviços de saúde, mas o aspecto mais determinante é a formação dos docentes e preceptores que estarão com os estudantes nesses cenários.

Essa associação entre a qualidade das experiências nesses locais durante a graduação e a fixação futura foi observada mesmo em estudantes de origem urbana (VISCOMI; LARKINS; GUPTA, 2013). Torna-se importante considerar esse preditor no contexto brasileiro, onde ainda prevalecem graduandos em Medicina de origem urbana que residiram a maior parte da vida em grandes centros (GIRARDI *et al.*, 2017; SCHEFFER *et al.*, 2018)

O presente estudo objetivou analisar os efeitos do eixo Formação do PMM frente à qualidade dos cursos criados nas universidades federais da Bahia, considerado como preditor de fixação para os futuros profissionais na APS nessas regiões prioritárias.

METODOLOGIA

O estudo tem um caráter exploratório e descritivo e adotou a metodologia qualitativa, pois seus objetivos abrangem a compreensão das mudanças nos processos educacionais, nos novos cursos de graduação em Medicina por seus docentes (DESLANDES; GOMES, 2007).

O cenário da pesquisa foi o estado da Bahia, que recebeu o maior número de novas vagas em Medicina a partir do PMM, considerando ainda que a região Nordeste tem o maior número de municípios com grave escassez de médicos (GIRARDI, et al., 2010). Foram selecionadas as quatro universidades federais do estado da Bahia, criadas ou que ampliaram vagas nos cursos de Medicina a partir do PMM, até 2016, quando foi elaborado o projeto de pesquisa.

Assim, foram selecionadas para pesquisa a Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) no município de Paulo Afonso; a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) no município de Santo Antônio de Jesus; a Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB), no município de Barreiras, e a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) com campi nos municípios de Porto Seguro, Itabuna e Teixeira de Freitas.

Os atores escolhidos para a pesquisa foram os docentes dos cursos de Medicina e a técnica adotada foi a entrevista em profundidade. As entrevistas foram norteadas pelos seguintes aspectos: a formação docente; a data de entrada e as primeiras impressões do curso; o conhecimento do eixo Formação do PMM e das DCN para os cursos de Medicina, aprovadas em 2014; a rotina das atividades docentes; e desafios e ganhos com a política.

Os representantes das reitorias e dos colegiados dos cursos foram contatados para os trâmites do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e, após a aprovação, divulgaram a pesquisa e o período de realização das entrevistas entre os docentes. Apesar do grande apoio prestado, não houve interferência das instituições na escolha dos entrevistados, que ocorreu de modo aleatório.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, que esteve presente nas quatro IES, nos campi onde se desenvolvem os cursos de Medicina, no período de fevereiro a maio de 2019. Foram selecionados os docentes do Primeiro e/ou do Segundo Ciclo, ou docentes do Ciclo Básico e/ou do Ciclo Profissionalizante,

no caso das universidades com matriz curricular não modular. Dentre os docentes que estavam presentes em cada um dos campi visitados, foram entrevistados aqueles que se disponibilizaram a participar do estudo. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, foram gravadas e transcritas posteriormente.

O corpo das entrevistas foi submetido à análise de conteúdo temática, seguindo os passos preconizados por Minayo (2007). Procedeu-se a uma leitura na íntegra, de modo superficial, seguida de leituras mais pausadas, buscando entender os temas surgidos na fala de cada entrevistado. Em seguida, foram elencados os temas mais representativos no conjunto dos relatos. Foram observadas as correlações e complementações entre esses temas principais nas abordagens dos vários entrevistados.

Este estudo integra uma pesquisa mais ampla, de doutorado em Saúde Coletiva. O projeto na sua totalidade foi submetido e aprovado pelo CEP. Foram respeitadas as normas de Pesquisa com humanos, conforme a Resolução 466, dezembro de 2012. Todos os entrevistados leram e assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovados pelo CEP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As quatro universidades selecionadas para o estudo, em conjunto, contavam com 207 docentes nos cursos de Medicina no período de fevereiro a maio de 2019, época da realização da pesquisa de campo. Foram realizadas 68 entrevistas, correspondendo a 32% do total de professores. As entrevistas foram numeradas e adotada a nomenclatura de E1 a E68, para designá-las.

Tabela 1 - Características dos docentes entrevistados conforme área de formação, grau acadêmico e tipo de vínculo, fevereiro a maio de 2019.

Área de Formação	CARACTERÍSTICAS							
	N	%	Maior Grau Acadêmico	N	%	Tipo de Vínculo	N	%
Biomedicina	5	7,3	Especialização	20	29,4	20 horas	25	36,7
Ciências Biológicas	10	14,7	Mestrado	10	14,7	40 horas	2	2,9
Ciências Sociais	1	1,5	Doutorado	33	48,5	Dedicação Exclusiva	41	60,3
Educação Física	1	1,5	Pós -doutorado	5	7,4	Total	68	100
Enfermagem	4	5,9	Total	68	100			
Farmácia/Bioquímica	3	4,4						
Fisioterapia	2	2,9						
Medicina	30	44,1						
Nutrição	7	10,3						
Odontologia	1	1,5						
Psicologia	3	4,4						
Química	1	1,5						
Total	68	100						

Fonte: os autores.

As características dos docentes entrevistados, conforme a área de formação, grau acadêmico e o tipo de vínculo com as Instituições de Ensino Superior (IES), foram apresentadas na Tabela 1. Evidencia-se uma grande participação de docentes com graduações diversas dentro da grande área da saúde, correspondendo a 77,9% do total dos entrevistados, sendo a categoria médica a mais representada (44,1%). A participação de docentes da área das Ciências Biológicas foi considerável (14,7%) e um pouco menor aquela dos professores das Ciências Humanas e Sociais (5,9%). Predominaram vínculos de dedicação exclusiva (60,3%). O corpo docente, tal como foi representado nas entrevistas, parece favorecer a formação interdisciplinar e colaborativa, preconizada nas DCN (BRASIL, 2014).

As especificidades dos docentes médicos foram destacadas na Tabela 2, pois impactam e são diretamente impactados pelos efeitos da política. Evidencia-se uma formação mais voltada à assistência, com prioridade para a residência médica, escolhida por 66,7% dos docentes médicos. Com relação às especialidades médicas, quatro docentes escolheram a Medicina de Família e Comunidade (MFC), dentre os vinte entrevistados que tinham a especialização como maior grau acadêmico.

Tabela 2 - Características dos docentes médicos entrevistados conforme grau acadêmico e tipo de vínculo, fevereiro a maio de 2019.

Características dos docentes médicos					
Maior Grau Acadêmico	Absoluto	%	Tipo de Vínculo	Absoluto	%
Especialização / Residência médica	20	66,7	20 horas	25	83,3
Residência em MFC: 4 -(20% das residências)					
Mestrado Prof-Saúde - 4 (66,7% dos mestrados, 2 em andamento)	6	20	40 horas	2	6,7
Doutorado Saúde Coletiva- 2 médicos (50% dos doutorados, 1 em andamento .)	4	13,3	Dedicação Exclusiva	3	10
Total	30	100	Total	30	100

Fonte: os autores. MFC: Medicina de Família e Comunidade; Prof-Saúde: Mestrado Profissional em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ.

A pós-graduação representou uma pequena parcela entre os docentes médicos (33,3%), sinalizando que talvez a carreira docente ainda seja um desafio para os médicos. Destaca-se a importância do Mestrado Profissional em Saúde (Prof-Saúde) realizado por quatro dentre os seis docentes médicos com mestrado como maior grau acadêmico. A Saúde Coletiva foi escolhida por dois dentre os quatro docentes médicos que realizaram doutorado. Predominaram vínculos de 20 horas, na grande maioria (83,3%) do grupo de docentes médicos.

Do conjunto das entrevistas emergiram seis categorias temáticas mais representativas que foram apresentadas preservando as palavras dos entrevistados.

“TODOS FORAM CONTRA!”

Nessa categoria concentraram-se os relatos sobre a construção do discurso da política e as disputas enfrentadas. Alguns docentes resgataram a construção histórica de prerrogativas que integraram o eixo Formação, com origem na década de 1990, nos debates da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

Neste processo de construção do eixo de Formação veio o debate, que é um debate histórico da ABEM e especialmente do Movimento de Transformação das Escolas Médicas que aconteceu na década de 1990. Os principais elementos estavam ali nas diretrizes da CINAEM! (E29).

Foi lembrado em algumas entrevistas (E21; E8; E60; E11) a oposição exercida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Medicina da Bahia (CREMEB) e pela Associação Médica Brasileira (AMB). Essas instituições colocaram-se publicamente contrárias ao Programa, conforme já discutido em outros estudos (GOMES; MERHY, 2017; JESUS; MEDINA; PRADO, 2017). Ficaram explícitas as pressões sofridas por médicos que apoiaram o programa.

Todos foram contra. E eu fui para dentro do Ministério Público, do CREMEB e da Associação Médica. Sofri muita pressão dos colegas. Mas não vinham para o debate. Eu perguntava, “Você leu a Lei?” Não, não leram a lei (E21).

Os docentes relataram evidências de um forte apoio do governo Federal, especificamente do MEC e Ministério da Saúde (MS), em um momento inicial. Além da aprovação das DCN em 2014, foram realizados avanços na estrutura organizacional dos sistemas de informação, no sentido de acompanhar as inovações nas matrizes curriculares implantadas e criados mecanismos para consolidar a RAS como cenário de ensino-aprendizagem. Um deles foi a estruturação de uma rede de pós-graduação, o PROF-Saúde, que constituiu estímulo para docência e preceptoria médicas qualificadas.

Participei de diversas reuniões no MS e no MEC. Um projeto tão inovador que inclusive em alguns aspectos demandava a mudança de muitas estruturas. Por exemplo, o sistema e-MEC não estava adaptado para as inovações que havíamos definido e estávamos implantando. Mas entendíamos em um momento inicial que tudo era negociável pois, como tínhamos um forte apoio do MEC, achávamos que seria possível negociar e inclusive fazer avançar o sistema formal (...) conseguimos a aprovação para integrar o Mestrado Profissional em Saúde da Família, uma iniciativa importantíssima. Participei das primeiras reuniões do PROF-Saúde na Fiocruz-Brasília, quando o MS estava demandando da Fiocruz esta grande rede que pudesse formar preceptores no país inteiro, para dar sustentabilidade ao PMM (E64).

Outro mecanismo visando efetivar a integração ensino-serviço foi o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) normatizando as parcerias entre as Secretarias Municipais de Saúde e as universidades e consolidando a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como cenário de aprendizagem. Mas as entrevistas mostraram que as disputas e posições divergentes impuseram dificuldades na assinatura e efetivação dos COAPES.

Foi difícil! O COAPES é tripartite, envolve o PMM, a universidade e a Secretaria Municipal de Saúde. Em algumas reuniões, eu perguntava pelo COAPES e quando eu ia conferir, muitos que afirmavam já estar pronto, na verdade não tinham nada firmado ainda (E21).

Ainda não está pronto. Existem outros acordos. Temos uma comissão para isto. Mudança dos gestores, muitas reuniões, aí muda e começava tudo de novo. Até hoje sem COAPES (E43).

A falta de recursos financeiros e humanos também impactou negativamente e demandou maiores esforços na implementação dos cursos, especialmente a partir do impeachment da Presidenta Dilma Roussef.

Depois o impeachment da Dilma, nós, como uma nova universidade Federal, nos sentimos sem pai e nem mãe, no sentido de que o Governo Federal já não era mais garantidor da nossa trajetória. A crise financeira... enfim a universidade entrou numa crise junto com o país (E64).

Currículo integrado e organizado em ciclos, demanda vários laboratórios. Nossa universidade nova (...) faltam recursos tanto para construção como para manutenção. Isso dificulta consideravelmente a consolidação da universidade de maneira geral (E60).

A presidência do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP), no ano de 2017, anunciou o cancelamento da Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM), prevista para avaliar os estudantes no 2º, 4º e 6º anos de curso por meio de instrumentos e métodos que consideram os conhecimentos, as habilidades e as atitudes (FINI, 2017). A revogação desse instrumento de acompanhamento e monitoração da qualidade dos novos cursos trouxe implicações severas nos cenários de ensino.

Estive em duas reuniões sobre o ANASEM em Brasília. Interessante dois momentos bem distintos. Primeiro, ainda no governo Dilma, o presidente do INEP reunido com quase duzentos diretores de escolas médicas. As discussões eram em torno do que seria abordado nas avaliações, como seria realizado etc. Os ânimos se acalmaram. Na segunda reunião, no governo Temer e aí a postura já era: Vamos fazer por que é Lei! Então eu voltei com a nítida impressão de que o ANASEM estava complicado. E aí não deu outra. Boas ideias, mas com implementação ruim, e assim o ANASEM morreu (E59)!

Vários entrevistados (E4; E8; E21; E22; E28; E31; E59; E60) relataram a exigência da adequação imediata às DCN, mas sem o necessário suporte do MEC. Em algumas instituições, as capacitações docentes nas novas metodologias e na construção de um currículo integrado foram realizadas somente depois de já iniciados os cursos, por iniciativa dos Colegiados com apoio das reitorias.

Faltou o apoio mais importante que era do governo Federal. Passamos um grande apuro aqui pois ficamos dois anos sem concurso em uma universidade nova, um curso novo. A gente teve uma grande limitação. Nós pensávamos apenas no que poderíamos ofertar, não ousávamos pensar no que era necessário (E59).

A equipe do MEC esteve aqui por dois dias apenas. O grupo inicial de docentes conseguiu consultoria, sem ônus, valendo-se de amizades de uma docente e construíram uma nova matriz curricular, que foi aceita pelo MEC. Iniciaram a elaboração do novo PPC e realizaram adequação da estrutura física, para esta nova proposta pedagógica de curso (E4).

“CADÊ A MINHA DISCIPLINA?”

Essa categoria abordou o posicionamento docente frente às mudanças metodológicas preconizadas nas DCN (BRASIL, 2014b). As metodologias ativas foram adotadas de modo e intensidades diversas pelas quatro instituições de ensino, conforme os diferentes atores interpretaram e traduziram essas diretrizes. Uma das universidades investiu mais nas metodologias ativas e implantou um currículo totalmente integrado, todo organizado em Módulos e eixos, transversais a todo o curso. Outras duas instituições abraçaram a interdisciplinaridade de modo mais intenso e implementaram cursos modulares com um Bacharelado Interdisciplinar no primeiro ciclo. Ainda outra instituição

implementou um currículo misto, integrando as antigas disciplinas, conforme a sua possibilidade e corpo docente disponível.

Foram evidenciados esforços individuais e coletivos para adaptação às inovações metodológicas preconizadas, o que representou um grande desafio para os docentes.

E outra dificuldade foi implantar as metodologias ativas e a interdisciplinaridade, não conseguimos fazer. Não é fácil cumprir esta determinação da lei. A maior dificuldade é integrar a carga horária da disciplina à dos docentes. Em um currículo integrado um mesmo docente entra em vários módulos. Mas não temos quantitativo para isso de jeito nenhum (E28).

Ainda houve a questão da falta de treinamento, muitos não acreditavam na metodologia. Cheios de dúvidas, como o aluno vai ver farmacologia sem ter visto por exemplo anatomia, fisiologia, patologia, bioquímica, biofísica etc. Não entendiam como iria ser sem estas disciplinas básicas. E, além disso, o método retira o foco do professor em si, o papel central é do aluno. Houve uma resistência (E4).

Muitos professores referiram um estranhamento, um susto, um choque inicial com o modelo interdisciplinar proposto. Sair de sua área de *expertise*, depois de um longo trajeto formativo, de fato demandou investimentos e esforços, tanto no sentido de maior necessidade de preparação, como também de lidar com a sensação de desconforto por ensinar ou ser facilitador em temas que ultrapassam a formação docente.

Para mim, o choque inicial não foram as metodologias ativas pois já tinha alguma experiência. O difícil foi não ter mais a minha disciplina... Hoje é tranquilo, eu entendi a lógica. Hoje eu me sinto fora da caixinha e estou feliz. Mas foi sofrido, desmotivação inicial: cadê a minha disciplina? Sofri por cerca de um ano (12E).

Metodologia muito boa para o aluno, mas frustra o professor. Muita saudade de dar uma aula tradicional. No início eu sonhava dando aula... (E13).

Achei que atuaria na área para a qual prestei concurso. Mas logo no início do trabalho vi que não seria isso. Eu iria ter de ampliar muito o meu horizonte de ensino, de docência. O que me fez inclusive ter de estudar muito para me adequar e corresponder a isto (E63).

As metodologias ativas demandam passar de professor a facilitador, cedendo espaço de protagonistas aos discentes. Isso demanda muito preparo, pois a

maioria dos docentes veio de uma formação tradicional e, no caso dos docentes médicos não é comum nem mesmo a formação para docência.

Desafio de quebrar o tradicional dentro de você, no seu DNA (E6).

A gente vive pedindo capacitações de como trabalhar de modo integrado. Pontuamos sempre a necessidade e a vontade de uma formação continuada. Até porque não temos formação em educação. A maioria não fez licenciatura, não somos professores de formação. Entramos pela pesquisa, e acaba seguindo na carreira para a docência, mas não fomos preparados para a docência (E32).

Gasto um tempo razoável preparando aula para que seja possível dar o protagonismo para os estudantes. (...) As aulas precisam ficar muito mais bem resolvidas. Anteriormente, eu deixava a interação, o diálogo nas intervenções acontecer naturalmente, mas agora ela já precisa ser sistematizada, então demanda muita preparação (E64).

Foram evidenciadas resistências à matriz curricular integrada, especialmente pelos docentes da área das ciências, que assumiam as disciplinas do ciclo básico nos cursos com modelo tradicional. Eles alegam que houve prejuízo com a redução de carga horária dessas antigas disciplinas e não acreditam que esse aprendizado pode seguir em paralelo às práticas e componentes mais vinculados à clínica, longitudinal a todo o curso, como recomendado nas DCN (BRASIL, 2014).

Quimera de disciplinas, digo que são quimeras porque juntaram duas disciplinas e aí fica uma loucura para conciliar. Dois docentes em uma só disciplina. E eu acabo não conseguindo dar tudo. Eu fiz uma ementa maravilhosa e me preocupo por isso (E27).

A minha maior crítica é a precarização dos cursos sobre pretexto da inovação. É simplesmente fazer mudanças de qualquer jeito só para dizer que está modernizando. Por exemplo, eu me irrita quando vejo professores não chamam mais os conteúdos de disciplina, que agora são conteúdos programados. Ninguém mais da aula todo mundo aqui agora tem encontros com os alunos, ninguém mais é professor é facilitador e simplesmente utilizam as inovações em termos práticos, apenas precarizando o curso. Colocam um monte de coisa nova com ônus de remoção de conteúdos importantes. As disciplinas de área básica foram extremamente reduzidas em suas cargas horárias (E44).

Apesar das resistências iniciais, a grande maioria de professores das quatro instituições relatou a importância e o impacto positivo das novas metodologias. Especialmente valorizadas no que tange ao aprender a aprender, com maior

capacidade crítica desenvolvida nos discentes de buscar e selecionar conhecimento. Foi percebido também um maior preparo dos estudantes para atuarem em equipes multidisciplinares, valorizando saberes de outros núcleos profissionais.

Formação melhor não só no sentido de saber lidar com os problemas de saúde prevalentes, mas também no sentido de saber como estudar e buscar conhecimento de uma forma muito mais resolutiva. No meu tempo a gente se restringia àquilo que o professor trazia para a sala (E61).

A participação de docentes de outras categorias, dentro da área da saúde e de outras áreas, considerada como importante prerrogativa nos documentos oficiais, na prática encontra-se em construção e existem disputas epistemológicas especialmente nas atividades envolvendo atendimento de usuários, que eram quase exclusivas de médicos.

A formação médica não depende só dos médicos. Então a gente acredita e isso é fundamental a formação com o aprendizado do médico e com os outros saberes da equipe multiprofissional também. (...) Não é fácil peitar uma formação hegemônica, como a uma formação médica, dizendo aos quase deuses que sim, aprendemos com outras categorias! (E20)

Segundo os entrevistados, uma equipe docente com formações e saberes diversificados ampliou o conhecimento e representou um grande avanço, transcendendo a limitação de se ater apenas ao conhecimento biomédico.

Nesse semestre a configuração do componente conta com cinco professores, a gente tem o tripé da saúde coletiva completa, a gente tem os profissionais da saúde da Epidemiologia, da Ciências Humanas e do Planejamento e uma Médica também. (...) Estamos sempre os cinco em sala nas discussões e fechamento (E5).

Temos uma composição docente interdisciplinar, é a experiência mais interdisciplinar que já vivi. Traz questões muito importantes das Ciências Humanas ao discurso biomédico. Desafio é um ajuste de linguagem, valorizar aspectos de sociologia e antropologia da saúde de forma atrativa aos discentes (E26).

Este novo formato de curso influi com certeza de modo positivo, serão profissionais proativos, mais voltados aos aspectos humanos, além dos aspectos biomédicos. Acho que serão mais voltados à comunidade. Me surpreendeu logo que cheguei aqui e fomos discutir

um caso de TB e eles abordaram de modo bem amplo, muito além da parte biomédica (E66).

“A CORAGEM DE EDUCAR NA ATENÇÃO BÁSICA!”

Nessa categoria foram agrupados relatos sobre a importância da inserção dos estudantes na RAS, especialmente na APS, e os desafios a serem superados para aprimorar a qualidade da formação nesses cenários.

Nas quatro universidades, os docentes relataram uma grande aproximação com os territórios, suas comunidades e toda a RAS, em especial a APS. Acreditam que essa proximidade favorecerá uma considerável mudança nos futuros profissionais, com chances de fortalecer esse nível de atenção enquanto escolha profissional e aumentar a fixação destes na região.

O grande diferencial é a inserção nas unidades de saúde, nas comunidades e suas realidades, a gente vai para zona rural, aldeia indígena, presídio, associação de reciclagem etc. Este é o diferencial, o grande boom, o plus desta nova formação médica (E15).

Eles têm realmente uma chuva de vivências na APS, contato com territorialização e com as ferramentas da APS(E47).

A qualidade das experiências vividas por docentes e discentes nos cenários de prática são preditores importantes da fixação dos futuros profissionais (VISCOMI *et al.*, 2013; MYERE; BAJAJ; JACKSON, 2015; GOODFELLOW *et al.*, 2016). Assim, ainda que consideradas as fragilidades da APS, em um cenário político de enfraquecimento dos sistemas universais é possível produzir mudanças por meio das ferramentas da clínica ampliada e humanizada e da coordenação do cuidado.

É corajoso colocar grande parte da formação médica na Atenção Básica, que tem muitas dificuldades em um momento de desmonte do SUS. Ainda assim, acho muito importante para o estudante vivenciar a Atenção Básica e saber que nunca vamos ter um cenário ideal, mas em alguns cenários ele pode ser sim resolutivo, que gente não precisa apenas de tecnologia dura, e tem sido muito importante ele ver a coordenação do cuidado (E20).

Segundo os docentes, um dos desafios a ser vencido é a concepção que muitos estudantes trazem da APS como um nível de cuidados simples. Essa noção desvaloriza a APS enquanto carreira profissional e cria um considerável entrave à efetivação do programa.

Curso para formação de generalistas, mas eles querem ser especialistas (E35).

Já ouvi de estudantes: vim de uma família de cardiologistas, já sei minha especialidade, então a Medicina de Família não é pra mim! (E8).

Além das questões culturais, as dificuldades enfrentadas pelas gestões municipais relativas ao financiamento da APS, as fragilidades estruturais e os vínculos precários com os profissionais médicos que atuam nesse âmbito de atenção reduzem a resolutividade do cuidado ofertado. Esses entraves também dificultam o estabelecimento de uma rede de preceptoria qualificada para os estudantes.

Trabalhei aqui na região com MFC, mas foi difícil. Tanto a valorização profissional, vínculo precário até a um processo adoecedor de ficar sem receber. E também a estrutura da APS ainda bem rudimentar (E52).

Temos o desafio de trazer docentes, trazer médicos parceiros. Os médicos da APS têm uma rotatividade muito grande as vezes ficam 4 meses e saem e isto dificulta muito o processo de ensino (E26)

Ainda com relação aos cenários de ensino-aprendizagem na RAS, foram apontadas pelos entrevistados, disputas pelos espaços de prática com os cursos privados e a importância do estabelecimento de um bom canal de comunicação com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Na mudança de gestão municipal tivemos problemas pois a nova gestão não compreendeu o processo. Perdemos espaço para a rede privada. A instituição privada dá contrapartida em dinheiro, mas a universidade pública ela se doa inteira. A rede privada aqui é muito ampla e muitos colaboradores estão também na secretaria de saúde. Afetou também os projetos de extensão. Você faz todo um investimento e muda a gestão e tudo se perde. Esta comunicação com a SMS é um caminho a ser percorrido senão a cada mudança de gestão teremos problemas (E58).

A Universidade tem muito a contribuir para a gestão e parece que eles, gestores, ainda não têm consciência disto. Acho que a nossa universidade ainda não é a preferência para a gestão. Outras faculdades com curso de saúde escolhem os melhores postos, elas têm prioridade. Muitas pessoas que são docentes nas faculdades privadas trabalham na Secretaria de Saúde, aí acabam priorizando. No momento ficamos com o que restou. Sendo que temos muito mais a contribuir com todo o município por toda a estrutura que a instituição está trazendo. Mas a gestão ainda não entendeu isso (E67).

O internato foi apontado como determinante no trajeto formativo dos estudantes por vários entrevistados, em consonância com a literatura internacional (WILSON *et al.*, 2009; CRAMPTON *et al.*, 2013). A maior dificuldade, segundo os entrevistados, tem sido a inserção dos estudantes nos cenários da média e alta complexidade. As limitações foram atribuídas às condições da rede e ao reduzido número de preceptores (E6; E11; E38; E54).

Precisamos muitos docentes e preceptores. Com o corpo de docentes que temos hoje não dá para fazer internato. Se não entrarem, o curso para! É um desafio grande. (...) O MEC visitou a rede e achou que a rede comporta os alunos e orientou que já nos organizássemos e fizéssemos os convênios (E54).

O Internato me angustia muito. A rede de serviço é muito deficiente em tudo, em recursos humanos, em condições de trabalho em geral. Primeiro precisaria fornecer condições para a equipe médica atuar. Você vai vivendo numa realidade com tantas faltas e acaba fazendo uma medicina que não é como deveria ser. Você sabe, mas vai deixando de fazer. É difícil até um local para acolher os alunos (E63).

Não adianta levar aluno para qualquer lugar. A gente exerce a medicina de um jeito diferente da docência. Me pediram para receber aluno no meu plantão. Eu não quero. Não podemos trazer aluno para ver o que é inadequado. Não temos condições de receber alunos em um local em que nós médicos somos obrigados a adotar certas condutas pela nossa condição de trabalho (E62).

Ainda relativo ao internato, alguns docentes referiram maior dificuldade de inserção dos estudantes nos locais onde os hospitais são geridos por Organizações Sociais em Saúde (OSS). A lógica empresarial das OSS entra em choque com as necessidades de uma instituição de ensino.

Como aqui o hospital regional é terceirizado, a gente teve grandes dificuldades no início a entrada dos estudantes. E hoje a maior dificuldade é que aqui existe uma coisa chamada produtividade.

Então, a gente adota uma conduta e no outro o plantonista muda. A política da universidade não bate com a política da OSS. Além disso faltam preceptores. Ao todo para os internatos temos umas quatro bolsas–preceptoria, repassadas do MEC. Mas eles estão a uns 4 meses sem receber (E26).

Mudar a cultura do hospital para ser um hospital de ensino. Me surpreendeu de duas formas, a primeira positiva, os colaboradores e médicos do hospital, receberam de uma forma muito aberta, voluntaria inclusive, e isso vem crescendo cada vez mais. E da forma negativa, a parte gerencial do hospital. O hospital foi terceirizado e é gerido por uma OS e para a entrada de estudantes tivemos dificuldades burocráticas e barramento. A prefeitura foi mais aberta eu acho que a prefeitura enxergou mais longe, trazendo alunos para cá melhora a qualidade (E45).

Em uma das universidades, o internato tem sido realizado em outro campus da mesma instituição, localizado em outro município, com o curso de Medicina, mas no formato tradicional. Segundo os docentes, as condições da rede hospitalar local justificaram essa mudança do internato. O município conta com um hospital municipal e outro pertencente a uma empresa e que passará a ser gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEHR). Nenhum desses hospitais possui Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) o que limita vários procedimentos. A saída dos estudantes para outro município poderá trazer implicações na fixação dos futuros profissionais.

Temos um hospital Municipal e o outro que passará para a EBSEHR. Estão em negociação. E em nenhum deles temos UTI. Estas são as limitações para que o internato seja aqui (E16).

“CAÍDOS DE PARAQUEDAS NA DOCÊNCIA!”

O exercício da docência é um grande desafio para os médicos. A residência médica, o padrão de excelência para a prática médica, constitui um longo trajeto, de três a seis anos a depender da especialidade, que segue a uma graduação de duração e carga horária extensas. De outra forma, a carreira docente tem como base a pós-graduação, tanto como critério para inscrição nos concursos, como também critério para a progressão e remuneração, principalmente nas universidades estaduais e federais.

A maioria dos médicos, formados nos moldes tradicionais, não recebeu incentivos e nem preparo para a carreira docente e inicia a docência no grau de especialista, correspondendo às menores remunerações docentes. Assim, tanto o mercado de trabalho da categoria quanto os critérios de remuneração na carreira docente fazem com que os médicos assumam vínculos de vinte horas e com limitações para atividades de extensão, pesquisa e mesmo a gestão dos cursos de Medicina.

Às vezes o outro colega, dependendo da área que atua... Ele sempre foi professor. A docência sempre fez parte da vida dele desde a formação e a gente não. Caímos de paraquedas na docência, mas temos toda uma vida lá fora, que não é fácil, para administrar. Então eu acho que talvez essa dificuldade seja dos professores médicos. Embora parece que somos necessários para fazer a nossa contribuição. Somos um mal necessário (E35).

Percebo que estamos na universidade como médicos, mas não como professores. Porque a gente não consegue viver da docência (E57).

Essas disparidades citadas, entre os critérios de qualificação estabelecidos para a prática médica e para a docência, dificultaram o investimento na carreira e geraram mal-estar, evidenciado nas entrevistas com os docentes médicos. Alguns dos entrevistados relataram sentimentos de “inadequação, de estar no lugar errado” (E63), de culpa por não conseguirem abrir mão das outras atividades além da docência (E57); de serem um “mal necessário” (E35) ou ainda “o elo fraco” (E38) na graduação médica e ainda de estarem pouco preparados (E35; E39), como se “caídos de paraquedas na docência” (E17).

Na concepção dos entrevistados, o docente médico que era considerado como “estruturante para a política” (E11), nos documentos oficiais do programa, tornou-se um fator limitante ao seu sucesso nos cenários de ensino.

A fixação dos docentes médicos em áreas desassistidas, rurais ou urbanas, ainda constitui uma limitação para as IES. Afinal, “o desafio último é fixar os egressos, mas o desafio primeiro é fixar os docentes” (E64).

Então, uma parcela significativa dos docentes, principalmente os docentes médicos, acabam tendo empregos em outras regiões, então eles não estão fixos aqui o tempo inteiro (E16).

Em uma capacitação, diante do baixo número de professores presentes fez-se uma crítica à não fixação dos docentes: Vocês estão com uma oportunidade enorme de construir uma universidade e vocês não estão fixados. Gerou uma revolta enorme entre os docentes. Momento bem traumático (...) (E28).

Como condição para alcançar os objetivos do PMM, além de atrair os médicos para regiões estratégicas, é fundamental considerar o perfil desses profissionais, especialmente daqueles que atuam como preceptores ou docentes na APS. O significado da APS para esses profissionais impacta as escolhas profissionais e as taxas de atração e de permanência dos egressos desses cursos, conforme a literatura apontou (VISCOMI *et al.*, 2013; MYERE; BAJAJ; JACKSON, 2015; GOODFELLOW *et al.*, 2016). No entanto, algumas entrevistas evidenciaram desconhecimento ou desvalorização de estratégias e instrumentos próprios do processo de trabalho na APS, desenvolvidos para qualificar e aumentar a resolutividade nesse nível de atenção à saúde.

A MFC ainda não é considerada uma especialidade à altura de qualquer outra. Principalmente nossos colegas médicos, têm esta visão. Ridicularizam o “postinho” e o profissional que atua neste nível, como se a gente não estudasse tanto! Desta forma acho muito difícil inserir o aluno na APS com esta visão de especialista. Os professores precisam ter mais conhecimento da nova proposta. Muitos não valorizam a APS. E não usam muitas ferramentas porque não tem nem ideia do que é isso, não conhecem (E62).

Acho que para alcançar isto somente políticas públicas mesmo de valorização dos profissionais. Por que, veja, quem são os profissionais que a gente vê na AB, os recém-formados ou os médicos em fim de carreira? E quem deveria estar lá? Deveriam ser os mais capacitados. Alguns colegas falam: eu quando estiver com meus 70 anos, vou pegar o meu postinho e viver na tranquilidade! (E61)

Enquanto a APS estiver associada a uma concepção de medicina simples, conforme a fala do entrevistado, não haverá a necessidade de uma devida capacitação para o trabalho nesse âmbito da Atenção à Saúde. Corremos o risco de educar na APS, mas não para a APS (E9; E26; E29; E61, E62; E68), pois muitos profissionais, embora atuando nesse âmbito da atenção à saúde, levam para os estudantes o filtro da sua visão especializada.

O perfil docente importa muito nesse caso. Em todos os componentes a perspectiva de trabalhar a perspectiva do indivíduo ampliado, concepção de saúde ampliada, a pessoa, família, sistema, determinantes sociais, a Medicina Centrada na Pessoa. Então essa questão de ter Médicos de Família, que fazem o debate, ela é central (E29).

Iniciamos o curso com poucos docentes médicos e os estudantes com uma grande bagagem em Saúde Coletiva. Depois tivemos entrada de muitos médicos especialistas e o PPC foi bastante modificado e se aproxima da formação tradicional. Os estudantes no 4º ano já definindo a especialização e se afastando da APS. Percebo um apagamento daquele projeto sonhado e retorno ao tradicional, e a gente que pensa naquele projeto inovador fica se sentindo como um bicho esquisito! Um bicho esquisito no meio daqueles que vão ensinar aos estudantes a serem especialistas (E68).

Os documentos do PMM (BRASIL, 2015) preconizam uma formação generalista qualificada. Assim, um maior número de médicos especializados em Medicina de Família e Comunidade (MFC) traria um impacto maior do que as mudanças metodológicas, segundo alguns professores (E15; E65; E68). Entretanto, a presença desse profissional ainda não se consolidou, especialmente em municípios distantes da capital, tanto pela estrutura fragilizada da APS, a falta de políticas locais que tornem o trabalho mais atrativo para esses profissionais, como também pelo ainda reduzido número de especialistas, apenas 118 títulos no estado da Bahia (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Não conseguimos preencher as vagas para MFC nos concursos docentes. No último seis vagas, ninguém se inscreveu (E6).

Para a fixação docente, precisa de uma tal integração com o sistema local, para haver ofertas que minimamente consigam atrair esses profissionais, por causa da desproporção entre a remuneração dele no mercado de trabalho e a da universidade. Então ele precisaria combinar lógicas de contratação no sistema de saúde, residência e graduação que você conseguisse juntar essas pessoas aqui. (...) Se você olhar os docentes, eles estão em atividades que são atividades que em um projeto interessante municipal de integração ensino-serviço você consegue montar uma política de saúde que você ajusta isso, entendeu? Com ganhos importantes para o sistema local (E29).

Um estímulo ao preenchimento das vagas de residência em MFC foi considerado como estratégia, a médio e longo prazo, para garantir preceptoria qualificada para os estudantes. Nos documentos oficiais do eixo Formação do PMM, a residência em MFC é considerada um requisito para uma segunda

especialidade. Porém, essa diretriz não se efetivará enquanto não existir um número de vagas em residências que comporte todos os egressos da graduação, até lá, o acesso às residências em outras especialidades encontra-se livre. Ou seja, essa diretriz virou “letra morta” (E64).

Este é um problema do país inteiro, não conseguimos interessados na residência de MFC. Voltamos ao arcabouço normativo, os médicos, a comunidade médica está entendendo que este arcabouço não está valendo. Porque se estivesse valendo as pessoas estariam interessadas em fazer MFC. Os caminhos para outras residências estão abertos sem precisar do critério de residência em MFC. O arcabouço normativo não está efetivo, virou letra morta ao que parece! (E64)

“TODOS QUEREM FAZER MEDICINA: UM CURRÍCULO OCULTO NOS FEZ ABRIR MÃO DE ALGO TÃO VALIOSO!”

Dentre as universidades selecionadas, duas adotaram um currículo modular, com dois ciclos e ambos com terminalidade própria. O primeiro ciclo, o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) tem entrada por meio do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), duração de dois anos, componentes curriculares que propiciam uma visão ampliada da saúde e a base para o Segundo Ciclo do curso de Medicina que corresponde à sua etapa profissionalizante. Para a progressão do primeiro para o Segundo ciclo foi previsto um processo seletivo interno. Essa categoria abrange os desafios vivenciados pelos docentes relacionados a adoção desse formato de curso na área da saúde, considerando a grande disputa pelas vagas de Medicina.

Como todos queriam acessar o curso de Medicina, eles ficavam parados e não migravam para outros cursos. Por entender que o objetivo do Modelo de Ciclos não era este, nós avaliamos e optamos por manter o Modelo de Ciclos interdisciplinar, contudo, deixaríamos a escolha para o sistema de seleção universal. Para podermos desenvolver os propósitos do Projeto Político Pedagógico. Eles passaram a entrar com a definição do Segundo Ciclo. Foram anos de muito sofrimento para nós docentes e para eles estudantes (E30).

Todos querem medicina por um problema cultural. E muitos não têm perfil para Medicina, não têm perfil para lidar com pessoas. Tornam-se concorrentes entre si e isto prejudica muito o ensino no BIS (E58).

O nó crítico desta proposta de regime de ciclos reside muito especialmente na saúde, em função da Medicina. Como a Medicina tem uma visibilidade, um prestígio social desperta um interesse maior em relação às outras profissões da saúde. Todo mundo do BIS quer Medicina. Eles já sabiam que haveria um processo concorrencial, que não havia lugar para todos no Segundo Ciclo. E que poderiam esperar ou fazer opção por outros cursos. Mas quando isto aconteceu já estávamos em um contexto de fragilização do Governo Federal, da ANASEM que seria uma das etapas do processo seletivo. A ideia era que a segunda prova do ANASEM já seria utilizada na migração para o Segundo Ciclo. A ANASEM não aconteceu, aconteceu apenas a primeira prova (E64).

A competitividade em torno das vagas de Medicina pelos estudantes do BIS, nessas universidades, gerou um processo de adoecimento de docentes e discentes e judicialização sobre as IES. Uma das IES optou por definir a terminalidade do curso de Medicina no ENEM, ainda que mantido o caráter interdisciplinar, previsto no Projeto Político-Pedagógico (PPP) da universidade. Ou seja, manteve o formato de BIS, mas os discentes de Medicina já têm a definição prévia da continuidade para o Segundo Ciclo.

Entre cumprir o PPP e viver o PPP: revisão pautada na realidade concreta e não em uma realidade romantizada e o BIS virou BI Medicina. O BIS foi pensado para uma educação colaborativa e com o status social da Medicina, gerou extrema competitividade, adoecimento e esvaziamento dos outros cursos da área da saúde com perdas para a comunidade. Um currículo oculto nos fez abri mão de algo valioso (E31).

O Bacharelado como foi colocado aqui com a entrada aberta gerou um processo de sofrimento enorme tanto para estudantes como docentes. Muito forte este processo me mobilizava demais! Eu vendo a galera de zona rural, filhos de domésticas passando dez anos na universidade. (...) Burnoutei! Estou saindo do Núcleo Docente Estruturante (NDE). No período que eu adoeci muitos docentes adoeceram. O NDE se esvaindo! Vivemos um processo de judicialização muito forte tivemos uma ameaça de entrar o dobro de estudantes do que temos capacidade. Um conflito na justiça muito grande, participamos de audiências junto a procuradoria geral. Nós como docentes somos o coração do curso. Sobrecarga grande (E33).

Foi destacado por alguns professores que a entrada direta pelo ENEM mudou o perfil dos discentes do curso de Medicina, em relação às turmas anteriores desta IES. Nas novas turmas predominam estudantes da Região Sudeste, de cor branca e aparentando uma melhor condição socioeconômica. Essa

mudança poderá ter implicações na fixação dos futuros médicos, segundo os professores entrevistados.

Mudou o perfil dos estudantes em todos os sentidos, étnico-raciais, socioculturais e regional. Antes tínhamos cerca de 70% de estudantes da região. Atualmente a maioria vem de outras regiões, Minas, São Paulo, Rio de Janeiro. Pessoas com pós-graduação, até doutorado, Pessoas já aposentadas. Temos dois aposentados da faixa etária de sessenta anos. Olhando as salas percebemos um embranquecimento das turmas. O perfil econômico. O pátio de estacionamento mudou, hoje aumentou o número de carros e o tipo de carros (E22).

Era a universidade mais preta do Brasil. As primeiras turmas eram as mais pretas, mais lindas que eu já vi em escolas médicas. Mas isso não é mais né! Agora com as novas turmas veio muita gente de fora, estamos inclusive de pensando em fazer cota regional (E20).

O fato de um grande número dos estudantes ser natural de outros estados ou outras regiões foi apontado como um possível dificultador da fixação dos futuros profissionais. Foi destacado, porém, que a maioria desses discentes é natural de pequenos municípios do interior. Assim, ainda que retornem aos seus locais de origem e não permaneçam no estado da Bahia, contribuirão com os objetivos do PMM relativos à interiorização da assistência médica.

Os estudantes da instituição não são da região, o que me leva a questionar se esses estudantes permanecerão nessa região depois de formados, que é o objetivo do Programa (E10).

Um grande número de estudantes de outras regiões, mas a grande maioria são de interior, poucos são de capitais. Acho que a tendência é retornarem para os seus locais de origem, ainda que não fiquem aqui, irão para algum interior, mesmo que não seja da Bahia (E68).

Uma das universidades, em que a terminalidade do curso já era definida no ENEM desde o seu início, adotou o sistema de cotas regionais após alguns anos. Nesse caso foi observado aumento do acesso de estudantes naturais da região e redução da evasão, que ocorreu nas primeiras turmas, anteriores ao sistema de cotas.

Adotamos estrategicamente um critério de cotas regionais. Com um raio de 600km a partir dos polos dos campi, eles têm prioridade em determinadas vagas. A primeira turma não tinha cotas regionais. Então, muitos alunos da primeira turma saíram, migraram de volta para as universidades próximas de onde eles moravam, o que não

acontece com as turmas posteriores. A primeira turma ela tem 25 alunos, dos 40 que entraram. A turma 4 tem 35, a última turma agora, todos os 40 estão. Olha como o critério de cotas implica e modifica a permanência (E41).

“NOVO OLHAR PARA AS NECESSIDADES DE SAÚDE”

Essa categoria aborda os efeitos positivos da política, percebidos pelos docentes, mesmo considerando o fato de ser uma política para resultados a médio e longo prazo, cuja implementação ainda está em curso. A maioria dos docentes acredita em um ganho substancial na mudança do olhar dos futuros médicos para as questões de saúde, com impacto muito positivo para essas regiões e suas populações, no estado da Bahia (E13; E20; E28; E30; E46; E48; E64; E68).

Haverá um ganho substancial sobretudo no olhar que estes estudantes irão ter das questões de saúde, especialmente na perspectiva de ver o território. Se há um grande diferencial, que temos feito com muita propriedade eu diria, é esta inserção do estudante no território logo no primeiro semestre. A grande maioria deles chega sem nunca ter feito um trabalho desta ordem. Até os que são residentes do município jamais olharam a sua cidade com este olhar que mobilizamos. Há um ganho no sentido de formação e na práxis, eu tenho a expectativa que isso irá reverberar onde quer este futuro profissional atue. Eles irão carregar isto. Agora em que medida isto vai acontecer, não sei dizer (E30).

Outro efeito positivo é a democratização do acesso ao curso de Medicina, que permanece bastante elitizado em estudos recentes realizados em outro estado (GIRARDI, 2017). Na percepção dos docentes, as turmas têm um número maior de discentes negros e de pessoas com condição socioeconômica mais baixa.

Mas, o que eu ouvi dos estudantes foi o que me fez mais querer estar aqui e sentir na pele o que é interiorização e o que é o acesso ao curso. Algumas estudantes disseram: “porque eu achei que eu seria empregada doméstica”, a outra falando “é porque eu nunca achei que eu, preta, poderia ser médica”. Então para mim foi a injeção de acesso, o acesso para uma população desprivilegiada democratizar o acesso ao curso de Medicina (E20).

Alguns docentes acham que a mudança do perfil dos futuros médicos é um processo complexo, que envolve outros fatores que transcendem os seis anos de curso, ainda que nesse formato inovador.

Uma questão, que eu chamaria de epistemológica e paradigmática ao mesmo tempo, que é essa ideia do BI, transformar a mentalidade do estudante que entra em Medicina. Então, a gente meio que faz uma proposta utópica de que a nossa discussão e as nossas problematizações e referenciais teóricos utilizados, de alguma forma vão impactar. Então, assim, terão uns cinco, seis ou sete que, de fato, estarão mais afetados pelas pedagogias transformadoras devido à essa vertente de pensar a saúde numa dimensão, de fato, transdisciplinar. Eu caminho por essa perspectiva, porque sei que transformar o desejo do outro, a visão do outro, é lento e que não é só uma graduação de seis anos (E27).

Ainda assim, foi perceptível uma abordagem das pessoas de modo diferenciado pelos estudantes que estão no segundo ciclo do curso. As avaliações, vindas dos docentes que receberam os estudantes no internato foram muito positivas (E1; E2; E3; E4; E6; E7; E9; E13; E17; E20; E30; E41; E46).

Feedback positivo dos alunos do internato. A diferença maior dos nossos discentes são a proatividade, autonomia, ou seja, saber buscar solução para os problemas, a melhor comunicação com as pessoas e o trabalho em grupos. Estes foram os diferenciais apontados (E17).

Nas entrevistas, ficou evidente que, à medida que as ações do eixo Formação se consolidaram, em âmbito loco-regional, houve a efetivação de alguns instrumentos de integração ensino-serviço e melhor diálogo com as SMS. As universidades adotaram estratégias diversas, conforme os contextos locais e, em geral, os docentes percebem mudanças positivas, apesar das dificuldades e desafios que vem sendo enfrentados.

Hoje funciona muito bem. Funciona plenamente em todos os cursos de Saúde. Os estudantes estão inseridos em todos os serviços. Já foi mais difícil. No início do curso foi mais difícil porque a rede privada tomava conta de tudo, mas fomos nos inserindo e hoje temos o COAPES e os convênios com a SMS. Então hoje funciona muito bem (E30).

Ainda que considerados o desmonte do SUS e o cenário político brasileiro desfavorável, os docentes acreditam nos impactos positivos das mudanças, especialmente na redução nas desigualdades do acesso e em uma atenção mais humanizada e resolutiva. Nas suas palavras, “o sonho não acabou, uma semente foi plantada!” (E21).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política tem chegado aos cenários de ensino-aprendizagem de cada uma das quatro universidades com variadas interpretações. Em todas essas regiões, as instituições de ensino vêm conseguindo promover grandes mudanças por meio das inovações curriculares e metodológicas e da maior democratização do acesso ao curso de Medicina. Os docentes, na grande maioria, acreditam que haverá um impacto positivo na prática dos novos profissionais, especialmente com um olhar mais humanizado, mais crítico e resolutivo sobre os problemas de saúde.

Muito destacado, nesse sentido, foi o perfil dos estudantes que ocupam essas novas vagas de Medicina, com número maior de negros, de pessoas de classes econômicas mais baixas e originárias de municípios do interior, na percepção dos docentes. Esse fato, aliado à inserção dos estudantes na RAS, especialmente na APS, com um corpo docente multiprofissional, agregando conhecimento das Ciências Humanas e Sociais ao saber biomédico, tem ressignificado a atenção à saúde. A maioria dos docentes acredita em um ganho substancial na mudança do olhar dos futuros médicos para as questões de saúde, onde quer que eles escolham trabalhar. Porém, a vinda das universidades já trouxe melhorias para essas regiões e suas populações, no estado da Bahia.

No relato dos docentes, alguns desafios precisam ser superados para garantia dos objetivos do PMM, especialmente a fixação dos futuros profissionais nessas áreas, consideradas estratégicas pela escassez de médicos. Uma dessas questões é a valorização da APS, que transcende a governabilidade das instituições de ensino, mas para a qual a política chega ao contexto da

prática com significativas contribuições. A inserção dos estudantes nesses cenários com uma equipe docente multidisciplinar revela a sua complexidade. Também é possível que a orientação por um docente que domine as ferramentas e o processo de trabalho próprios da APS fortaleça a escolha por ela, enquanto carreira profissional que demanda qualificação. Assim, a política parece caminhar nesse contexto para reverter a noção de APS como lugar de simplicidade.

Os docentes afirmaram como grandes limitações as oposições políticas enfrentadas com enormes cortes de recursos, em instituições e cursos ainda em construção e comprometimento de instrumentos avaliativos importantes. Esses fatos implicaram em muitos esforços, individuais e coletivos e em adoecimento de docentes. Nas quatro instituições de ensino, nos relatos dos professores ficou evidente o compromisso com o enfrentamento das desigualdades no acesso ao cuidado e com uma formação médica qualificada.

Um grande desafio é a criação de mecanismos para fixar os docentes médicos nessas regiões onde estão os cursos, fazendo com que possam assumir o papel estruturante de educadores, descrito nos documentos oficiais. A permanência dos profissionais nessas regiões tem o potencial de qualificar a RAS e fortalecer essas escolhas diante dos estudantes.

REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAÁN-HAMANN E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cienc. Saúde coletiva**, vol. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

BACH, S. International Mobility of Health Professionals: Brain Drain or Brain Exchange? **Research Paper**. n. 082, p. 1-27, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação (BR). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM)**. Documentos relacionados [internet]. Brasília, MEC 2017c. [Acesso em 05 set 2017]. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/anasem>>.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer Homologado N° 116/2014. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos**

de graduação em Medicina. 2014a. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Parecer-116-2014-04-03.pdf>. Acesso em 10 julho 2019.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 20 out 2017.

CORTEZ, L.R. et al. A Percepção do Supervisor do Provac sobre a Fixação do Médico na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Educ Med.** Vol. 43, n. 2, p. 48-57, 2019.

CRAMPTON P.E.S.; MCLACHLAN J.C.; ILLING J.C. A systematic literature review of undergraduate clinical placements in underserved áreas. 2013. **Medical Education.** Vol. 47, p. 969-978, 2013.

CUETO M. **Saúde global: uma breve história.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. (2007) A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In Bosi, M.L.M., & Mercado, J. (org.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** pp. 99-120 2.ed. Petrópolis: Vozes.

Fini MI. Exame Nacional de Avaliação do Desempenho dos Estudantes (ENADE) e Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM). In: Conselho Federal de Medicina; Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM-PA) (organizadores). 2º Fórum de Integração do Médico Jovem. **Escolas Médicas, como está o ensino: velhos conceitos, novas perspectivas;** 2017; Belém, Brasil. Belém: CRM-PA. [Acesso em 20 set 2017]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hOMo1JcC-Ho>.

GOODFELLOW, A. et al. Predictors of Primary Care Physician Practice Location in Underserved Urban or Rural Areas in the United States: A Systematic Literature Review. **Acad Med.** v. 91, n.9, p. 1313–21, 2016.

DOI: 10.1097/ACM.0000000000001203.

GOMES, L.B.; MERHY, E.E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface** (Botucatu). Vol. 21, Supl.1, p. 1103-14, 2017. doi:10.1590/1807-57622016.0363.

JESUS, R.A.; MEDINA, M.G.; PRADO, N.M.B.L. Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais. **Interface** (Botucatu) vol. 21, Supl 1, p. 1241-55, 2017. doi:10.1590/1807-57622016.0555.

LEHMANN, U.; DIELEMANN, M.; MARTINEAU, T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and

retention. **BMC Health Services Research**, vol. 8, n. 19, p. 1-10, 2008. Doi:10.1186/1472-6963-8-19.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MOTA, N.; RIBEIRO, H. **Mobilidade Internacional de Médicos**. Lua Nova, 2016; 98:255-273.

MYHRE, D.L.; BAJAJ, S.; JACKSON, W. Determinants of an urban origin student choosing rural practice: a scoping review. **Rural and Remote Health** vol. 15, p. 3483. (Online) 2015.

PENALOZA, B. et al. Interventions to reduce emigration of health care professionals from low- and middle-income countries. **Cochrane Database of Systematic Reviews** vol. 9, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD007673.pub2.

PEZZI, L.; PESSANHA NETO, S. O laboratório de habilidades na formação médica. **Cadernos ABEM**, v.4, out, 2008.

RUSSO, L. X. et al. Primary care physicians and infant mortality: evidence from Brazil. **PLOS ONE**, vol. 14, n. 5, e0217614, 2019. [capturado 2019 jun15]. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217614>.

VISCOMI, M.H.; LARKINS S.; GUPTA T.S. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. **Can J Rural Med.**; v.18, n.1, 2013.

WILSON, N.W. et al. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals for rural and remote areas. **Rural and Remote Health**, v. 9: n.1060. (Online), 2009.

6 DISCUSSÃO: O EIXO FORMAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS SOB A ÓTICA DE STEPHEN BALL

para ser livre não é apenas arrebentar suas correntes, mas viver de forma a respeitar e engrandecer a liberdade dos outros. O verdadeiro teste de nossa devoção à liberdade está apenas começando.

Nelson Mandela

A análise de uma política deve ser realizada de modo ampliado, considerando os dados quantitativos, qualitativos e as diversas influências que envolvem o modo com os sujeitos significam e são impactados por ela. É necessário compreender a política em seu dinamismo, pois ela é recriada pelos muitos atores e nos diversos contextos envolvidos (BALL; BOWIE, 1992; BALL, 2013, 2014).

O eixo Formação do PMM envolve fatores complexos e diferentes influências que se impuseram desde a sua elaboração e persistem com implicações no modo como as mudanças propostas estão sendo vivenciadas nos cenários de ensino-aprendizagem, onde a política vem modificando e sendo modificada por docentes e discentes (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, a Abordagem do Ciclo de Políticas, criada pelo sociólogo Stephen Ball, foi escolhida como referencial teórico da análise. O autor tem como norte a relação entre as políticas educacionais e o seu impacto na justiça social, fato que aproxima essa abordagem do PMM e seus objetivos. O modelo supera a fragmentação, substituindo as tradicionais fases da política por contextos, que são mais flexíveis favorecendo a percepção da sua interligação. O método se adequa à análise de fenômenos complexos por permitir uma reflexão crítica e contextualizada, desde as influências sobre a formulação da política, seu arcabouço normativo e a sua implementação no contexto da prática, com seus resultados e efeitos (BALL; BOWE, 1992; MAINARDES, 2006; BALL, 2011; 2014).

A Abordagem do Ciclo de Políticas é composta por três contextos, o contexto de influência, o da produção de textos e o da prática. O contexto de influência é aquele no qual as políticas são iniciadas e onde o discurso da política é construído. Integram esse contexto as arenas definidoras que disputam a ideologia e os conceitos centrais que nortearão o discurso da política. O contexto da produção de textos abrange a legislação, os manuais informativos, as orientações e comentários oficiais e extraoficiais, formais ou informais sobre a política. O contexto da prática envolve os cenários onde as ações são efetivadas, onde as políticas são reinterpretadas e se dão os seus efeitos e consequências. Os atores sociais dos cenários de prática têm valores, opiniões e experiências que suscitarão várias posturas, de apoio ou de resistência frente a política. Ela será traduzida, recriada e não simplesmente implantada (BALL, 1993; MAINARDES, 2006).

O cenário de criação do PMM precisa ser considerado para entendimento do seu contexto de Influências. O programa foi aprovado em meio a uma crise global da força de trabalho em saúde com repercussões em todos os países, porém com implicações muito mais severas naqueles com recursos limitados para lidar com o problema (WHO, 2014; DAL POZ *et al.*, 2015).

O déficit quantitativo de profissionais e as desigualdades na sua distribuição geográfica e entre diferentes serviços já vinha se constituindo em um relevante problema, agravado a partir da década de 1990 com mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos da população, políticas de subfinanciamento e privatização nos sistemas de saúde e educacionais e fluxos migratórios dos profissionais de países de baixa renda para aqueles de renda alta. Esses fatores combinados alimentam iniquidades, ao deixar parcelas consideráveis da população mal assistidas ou sem nenhum cuidado (BACH, 2006; BALL, 2014; GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014; RIBEIRO, 2016).

O processo e o mercado de trabalho médico têm especificidades que tornam essas desigualdades ainda mais complexas, devido aos muitos fatores que interferem nas escolhas relativas à carreira desses profissionais. No debate sobre o tema, predominam duas reflexões. De um lado, a responsabilidade social e as implicações das decisões profissionais e, de outro, o direito inalienável à liberdade de escolha (BACH, 2006; LEHMANN *et al.*, 2008).

No Brasil, a escassez de médicos predomina nas regiões Nordeste e Norte, mas existem grande vazios, mesmo nas regiões Sul e Sudeste, nos pequenos municípios distantes dos grandes centros. Há também muita desigualdade no acesso dentro dos municípios, com índices elevados de escassez nas periferias e zonas mais pobres (GIRARDI *et al.*, 2010; NEY; RODRIGUES, 2012; SHEFFER *et al.*, 2018).

Ainda no caso brasileiro, a APS não se consolidou como opção de trabalho médico. Ainda que a adoção da ESF tenha proporcionado grande melhora nos indicadores de saúde, a dificuldade de manter o médico nesses serviços impacta negativamente a ampliação da sua cobertura. Caracteriza-se assim um grave problema para a população e para o SUS (NEY; RODRIGUES, 2012; CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Estudos realizados com graduandos de Medicina mostraram a prevalência de estudantes de famílias de alta renda, residentes em capitais e cidades de grande porte, com pouco interesse em especializações ligadas à APS e com a intenção de permanecer trabalhando em grandes centros urbanos (OLIVEIRA; ALVES, 2011; GIRARDI *et al.*, 2017).

Diante dessa complexidade e amplitude, a OMS recomendou quatro tipos de estratégias de enfrentamento, dentre as quais destacam-se as políticas educacionais, especialmente para os países com sistemas de saúde universais (WHO, 2010a; FRENK, 2010). Essas adequações na formação profissional são fundamentais diante das escolhas profissionais que são permeadas por múltiplos e complexos fatores.

Muitos países adotaram mudanças amplas no ensino médico, como forma de resolver o problema e aumentar a sua fixação em regiões consideradas prioritárias. Os melhores resultados foram obtidos por instituições formadoras do Canadá e Austrália, especialmente as escolas que assumiram gestões com responsabilidade social. As melhorias promovidas por essas escolas médicas fortaleceram o papel das políticas educacionais e as suas estratégias tornaram-se referências (ELEY *et al.*, 2012; ROSS *et al.*, 2014; STRASSER, 2016; MIAN *et al.*, 2017; HOGENBRIK *et al.*, 2016).

Com base na literatura internacional, foram identificados os principais preditores educacionais de fixação que foram apresentados no primeiro artigo desta tese. O mais determinante é a seleção de estudantes naturais ou residentes por tempo considerável, em regiões com escassez e de estudantes oriundos de grupos populacionais desfavorecidos e com dificuldades de acesso. Seguiram-se como preditores importantes, a localização das escolas e a qualidade do ensino ofertado. A localização das instituições formadoras com maior proximidade, ou que mantenham campi satélites nessas áreas, permite maior inserção dos graduandos nessas comunidades e nos serviços de saúde. A qualidade dos processos de ensino vivenciados por estudantes nesses locais está diretamente relacionada à estrutura da RAS e à experiência em APS e formação dos docentes que os supervisionam.

O Brasil já vinha acumulando experiência por meio de estratégias anteriormente adotadas no sentido de reduzir as desigualdades no acesso à assistência médica. Muitos programas tiveram seus resultados comprometidos por dificuldades na sua implementação (MACIEL FILHO, 2007). Com a criação da SGTES, em 2003, muitas políticas intersetoriais, atrelando iniciativas do campo da saúde e educação, entraram na agenda política brasileira. Nesse sentido, destacaram-se o PRO-SAÚDE, o PET, PMAQ-AB e o PROVAB e a política de expansão das vagas de ensino médico nas universidades federais, aprovada em 2012.

Destacamos essa última política, que promoveu a elaboração de um documento embasado pelas referências de escolas médicas do Canadá e Austrália, a Proposta de Expansão de Vagas do Ensino Médico em Instituições Federais de Ensino Superior. Esse documento definiu as competências desejadas no perfil do médico, de modo a favorecer a escolha pelo trabalho qualificado no SUS, especialmente na APS, na ESF e nos serviços de urgência e emergência. Com base nessas competências necessárias, foram definidos pontos-chaves nas estruturas curriculares e indicadores de avaliação. Esse documento influenciou de modo decisivo o eixo Formação, que ampliou e deu continuidade a essa política de expansão (BRASIL, 2012).

No início de 2013, o movimento conhecido por “Cadê o médico?” e encaminhado pela Federação Nacional de Prefeitos, fortaleceu o debate

nacional sobre o tema. Em junho desse ano, as manifestações populares pressionaram a aprovação do PMM, que já vinha sendo elaborado. Nesse momento, a aprovação veio como política de governo, pela Medida Provisória 621. O eixo Provimento e o acordo técnico com a OPAS e o governo de Cuba provocou oposição, especialmente por parte das entidades representativas da categoria médica, que se utilizaram da mídia, na tentativa de colocar a população contra o PMM (JESUS *et al.*, 2017; GOMES; MERHY, 2017; PINTO *et al.*, 2019).

As entidades representativas dos médicos, aliadas aos interesses de planos privados, com forte bancada no Poder Legislativo e financiando campanhas políticas, esforçaram-se pela não aprovação do programa. Porém, os grupos apoiadores das mudanças conseguiram a aprovação da Lei 12871 e o PMM passou a ser uma política de Estado. A partir desse ponto, as estratégias de oposição voltaram-se contra as medidas propostas no eixo Formação, especialmente a atualização das DCN, que foram aprovadas em 2014 (SCHEFFER; BAHIA, 2013; PINTO *et al.*, 2019).

O eixo Formação caracteriza-se como uma política curricular de enfrentamento das desigualdades e fortalecimento do SUS, portanto em oposição à rede de políticas globais neoliberais que investem na privatização e no acúmulo de capital (BALL, 2011; 2014; LOPES; MACEDO, 2011b).

Destacam-se no contexto de Influências, pressões em sentidos opostos. Uma tendência em favor do fortalecimento das políticas educacionais envolvendo a formação de médicos para o trabalho no SUS, especialmente na APS e em regiões estratégicas, como meio de fortalecer o caráter universal do sistema de saúde. Essas posições contavam com evidências internacionais robustas, que embasaram todo o processo de atualização das DCN, por meio da Proposta de Expansão do Ensino Médico construídas sob a égide dessas referências (BRASIL, 2012).

Do outro lado, existe a pressão internacional por uma nova governança dos Estados, com grande interferência de organismos econômicos internacionais, com impactos diretos sobre as políticas sociais com restrições de direitos e privatizações, especialmente nos sistemas de saúde e educação (BALL, 2011;

2013; 2014; GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014). O desdobramento dessas influências no Brasil foi percebido em várias posições de desmonte do SUS, que vinham sendo adotadas em paralelo às propostas do PMM, pelo governo federal brasileiro (PAIM,2015).

Essas disputas não impediram a aprovação das mudanças na educação médica, tais como a criação dos novos cursos e a atualização das DCN. No entanto, essas divergências ficaram expressas nos documentos oficiais do PMM e chegaram ao contexto da produção de textos de modo fragilizado.

A redação da Lei 12871 desconsiderou todo o processo de expansão do ensino médico, em curso no país e, além disso, mencionou unicamente as instituições de ensino privadas, deixando claras as intencionalidades de grupos opositores do PMM e do eixo Formação. De modo contrário, outro texto oficial que embasa o PMM afirma que as instituições públicas teriam prioridade, sendo consideradas as vagas privadas apenas depois atingida a capacidade máxima de expansão das primeiras (BRASIL, 2013; 2015).

Esse aspecto na legislação atesta a disputa pelo texto representativo da política. Embora o PMM, o eixo Formação e a atualização das DCN tenham sido aprovadas, as resistências e disputas nas arenas legislativas deixaram os documentos codificados de modo incoerente e contraditório (BALL, BOWIE, 1992; BALL, 1993; MAINARDES, 2006).

Essas divergências e omissões presentes no contexto de produção de textos repercutiram no contexto da prática e dos efeitos da política. O segundo artigo da tese mostrou que a maioria das vagas de graduação foram aprovadas na região Sudeste e em instituições privadas. Não se pode afirmar que a Lei 12871 foi descumprida, pois em seu texto nem é mencionada a expansão dos cursos em universidades federais. Mas, podemos afirmar, sim, que houve a ruptura do preceito ético assumido pelo programa (BRASIL, 2015). Houve a desconformidade com as referências internacionais e os preditores educacionais de fixação (CRAMPTON *et al.*, 2013; ROSS, 2014; FARMER *et al.*, 2015; VISCOMI, LARKINS; GUPTA, 2015; STRASSER, 2016; MIAN *et al.*, 2017), desconformidade com pesquisas brasileiras que definiram as regiões e municípios com os maiores índices de escassez médica e vulnerabilidade

social, e com suas populações, com as quais um compromisso foi firmado (GIRARDI *et al.*, 2010; BRASIL, 2015).

Em documento oficial, essa distribuição das vagas em Medicina, predominando no Sudeste, foi justificado alegando ter havido um crescimento proporcional maior nas regiões Centro-oeste, Norte e Nordeste (BRASIL, 2015). No entanto, há de se refletir que, mantendo a proporcionalidade, se mantém também a desigualdade.

Integraram o contexto da Produção de Textos, instrumentos de monitoramento e avaliação do programa, inseridos no SINAES/INEP, como garantias da qualidade dos novos cursos, outro importante preditor de fixação, apontado no primeiro artigo da tese. Mas eles foram revogados e o ANASEM foi cancelado, comprometendo os indicadores de avaliação do Programa (FINI, 2017).

Os resultados preliminares do eixo Formação, mostraram duas características importantes. A primeira é uma aparente incoerência entre a codificação de seus mais importantes documentos. A Lei 12871 parece alinhada aos interesses neoliberais de concentração de recursos e mercantilização da formação e da assistência médicas (BRASIL, 2013). No documento “PMM - dois anos: mais saúde para os brasileiros”, fica claro o posicionamento de enfrentamento das desigualdades, em prol da justiça social (BRASIL, 2015).

A segunda característica é a relação apontada por Ball entre a rede global de políticas educacionais e as realidades regionais. Apesar da força política e econômica das agências internacionais, o Programa seguiu aprovado e o eixo Formação implementado, com a aprovação das DCN em 2014. As disputas entre apoiadores e opositores do programa ficaram codificadas no contexto de produção de textos e fragilizaram seus documentos. Mas, nos cenários micropolíticos não houve supremacia das políticas neoliberais, como evidenciado nos resultados do terceiro e quarto artigos (BALL, 1993, 2001, 2011, 2013, 2014; JESUS *et al.*, 2017).

Após as eleições de 2016, os compromissos assumidos, mas homologados de modo contraditório, foram explicitamente renegociados. O atual governo interrompeu o acordo técnico com o governo cubano, mediado pela OPAS. Milhares de brasileiros voltaram à falta de acesso ao cuidado médico. Além

disso, posições assumidas pelo governo evidenciaram o seu alinhamento com interesses de privatização e cortes de direitos, especialmente de recursos para universidades com sério comprometimento dos novos cursos em implementação (OPAS, 2018; PINHEIRO, 2019).

No contexto da prática e dos efeitos da política, foram analisadas as consequências relativas à seleção de estudantes (terceiro artigo) e à qualidade da formação (quarto artigo). Para a sua compreensão foi necessário um recorte geográfico e foram selecionados os novos cursos de Medicina, em quatro universidades federais do estado da Bahia.

Nos cenários micropolíticos, o estudo constatou, por meio de questionários com os estudantes, que está havendo uma seleção alinhada aos preditores de fixação. Predominam discentes naturais do Nordeste (67,1%), do estado da Bahia (54,9%), oriundos de municípios de pequeno e médio porte e de famílias de classes socioeconômicas mais baixas, comparados a outros estudos. A maioria vem de famílias da classe socioeconômica C2, equivalendo a uma renda familiar mensal média de R\$ 1.700, 00.

Com relação às perspectivas futuras, esses estudantes têm pretensões de realizar especializações em áreas básicas da Medicina, com grande interface com a APS. Entre os estudantes dos últimos anos de curso, prevaleceu a escolha pela MFC. Ainda que os percentuais não tenham grandes diferenças, esses dados foram reafirmados nas escolhas predominantes pelo trabalho na APS e em municípios de pequeno e médio porte do estado. Esses dados sinalizam uma formação com a qualidade desejada e em conformidade com as DCN (BRASIL, 2014).

Também nesses cenários da micropolítica, foram realizadas entrevistas com docentes dos novos cursos de Medicina das quatro universidades federais do estado da Bahia. Os seus relatos corroboram aqueles sinalizados nos questionários com os estudantes. Ou seja, na percepção dos professores há mudanças no perfil dos estudantes. Foram destacados o maior protagonismo, maior criticidade e capacidade de avaliação de estudos, pesquisas e fontes de dados científicos, uma grande habilidade comunicacional com os usuários e as equipes de saúde. Os docentes que receberam estudantes no internato

reafirmaram essas impressões. Na maioria das entrevistas existe a crença na formação de médicos com outra compreensão do processo saúde-doença e uma nova postura face aos seus determinantes.

Os resultados assinalaram ainda que as implicações do eixo Formação envolvem questões intra e internacionais, uma vez que a qualidade das experiências vivenciadas demonstrou contribuir para que os fluxos migratórios de médicos tornem-se mais equitativos, ou seja, dos grandes centros urbanos que acumulam recursos para os pequenos municípios de regiões distantes e mais vulneráveis. Essa bagagem formativa alinhada aos preditores de fixação, será levada por estudantes, mesmo aqueles que pretendem sair do Brasil.

As mudanças curriculares no sentido de adequação às DCN foram efetivadas em todas as universidades. Esse processo ocorreu de modo diversificado e em conformidade com as realidades locais. Os entrevistados, na grande maioria, demonstraram um compromisso com a política que demandou grandes esforços adaptativos, especialmente relativos às metodologias ativas e à interdisciplinaridade. Mas houve também resistência e disputa tanto pelos espaços curriculares com também por um lugar que anteriormente era privilégio do saber médico (LOPES, MACEDO, 2011b).

Um grande número de docentes referiu-se à falta de apoio do governo federal, especialmente do MEC, no sentido da preparação do corpo docente para a implementação das novas DCN, nos investimentos estruturais demandados pelos cursos e no estímulo à pesquisa e promoção da carreira docente. Também nesse sentido parece haver uma contradição do Estado, ao aprovar uma política abrangente, mas cortar seus recursos e apoio estrutural, favorecendo o desmonte do SUS e da universidade pública, priorizando o ensino e serviços privados. Também no eixo Formação o caráter paradoxal das políticas se mostrou presente (BALL, 2001; 2014, PAIM, 2015; SCHEFFER; DAL POZ, 2016).

A presença das universidades nessas regiões já trouxe mudanças positivas na gestão local de saúde e na qualidade de vida das pessoas, na opinião de muitos docentes. Relataram dificuldades iniciais de comunicação com as gestões estaduais e municipais e uma disputa por alguns cenários de prática

com cursos privados na área da Medicina e outros na grande área de saúde; porém essas dificuldades vêm se reduzindo. O COAPES, instrumento garantidor da integração ensino-serviço preconizado nas DCN, estava formalizado em apenas uma das universidades e a gestão local. Nas demais instituições esse instrumento encontrava-se em construção.

No caso específico dos docentes médicos, ficaram evidentes as diferentes interpretações e traduções que a política assume nos diferentes contextos e diferentes realidades locais (BALL, 1993; MAINARDES, 2006; LOPES, 2016). No contexto da produção de textos, esses docentes foram apontados como estruturantes para o programa, enquanto no contexto da prática eles afirmaram que se sentem como “caídos de paraquedas” ou como se representassem um “mal necessário”. Outro aspecto é a grande diferença entre a disponibilidade de especialistas em MFC nas diferentes universidades. Esses docentes médicos se concentram ainda em regiões mais próximas dos grandes centros urbanos e, em geral, não se fixaram nos municípios, onde as universidades se instalaram. A participação destes na gestão e em atividades de pesquisa e extensão fica limitada.

Para o médico, a docência constitui um grande desafio no Brasil, especialmente nesses formatos inovadores das matrizes curriculares. Alguns relatos sugerem políticas de estímulo à carreira docente, face ao mercado de trabalho médico e de atração desses profissionais que já estão inseridos em universidades, no sentido de sua fixação nesses municípios. O PMM incentivou a residência em MFC e o Mestrado Profissional em Saúde da Família, priorizando os docentes médicos, porém ainda foi pequeno o número de interessados com disponibilidade para a pós-graduação, segundo o relato de alguns entrevistados.

Em síntese, as disputas do contexto de influências pressionam o Programa em torno de duas posições políticas. De um lado, entidades representativas da categoria médica e grandes grupos econômicos interessados em manter o mercado de trabalho com pleno emprego, em fortalecer a saúde suplementar e as empresas e planos de saúde privados; por isso posicionaram-se contrários ao PMM. Do outro lado, os interessados no fortalecimento do SUS e da APS como carreira médica qualificada e valorizada, principalmente como meio de

reduzir as desigualdades no acesso à assistência médica; para tal, apoiaram as mudanças na educação médica propostas pelo PMM (JESUS *et al.*, 2017; GOMES; MEHRY, 2017)

O contexto de produção de textos ficou caracterizado pela fragilidade do arcabouço documental e normativo do PMM, pelo entrave e cancelamento de instrumentos de monitoramento e avaliação, fundamentais para dar devolutivas e adequar estratégias de modo a atingir os objetivos e fortalecer o eixo formação (BRASIL, 2017; FINI 2017).

Como no momento inicial do programa o cenário político foi favorável, a política seguiu aprovada e alcançou importantes efeitos no contexto da prática. São exemplos a mudança no papel do Estado na regulação do ensino médico, o fortalecimento do preceito constitucional do SUS como formador de profissionais, o número de novas vagas superou as metas pactuadas para os dois anos do programa e, pela primeira vez, o interior foi priorizado em relação às capitais dos estados.

Ainda assim, os sinais das disputas já estavam presentes nesse momento inicial e definiram alguns dos efeitos do programa: a maioria das vagas aprovadas estão na região Sudeste e em instituições privadas, privilegiando estudantes de classes privilegiadas e os grandes grupos privados, que acabaram se beneficiando (BRASIL, 2015; SCHEFFER; DAL POZ, 2016).

Com a mudança do cenário político e sem a garantia de um arcabouço legal consistente, os compromissos assumidos passaram a ser reajustados. O caráter paradoxal das políticas públicas tornou-se mais evidente, assistimos ao fim do eixo provimento, aos cortes comprometedores nos orçamentos das universidades públicas, à aprovação de um novo formato de financiamento da APS inspirado na contrarreforma do sistema de saúde inglês, sob a égide do Banco Mundial. Além da queda do financiamento no período de 2014-2019, essas medidas despotencializam a ESF e fortalecem a tendência de privatização já evidente (OCKÉ, 2020).

O governo federal também já aprovou um novo programa que ocupará o lugar do PMM, o Programa Médicos pelo Brasil. Desconsiderando os efeitos que o

PMM vem evidenciando no sentido da redução das desigualdades de acesso e fortalecimento da APS e de todo o SUS (PINHEIRO, 2019; OCKÉ, 2020).

Os artigos apresentados na tese evidenciam o potencial do eixo formação do PMM na redução de iniquidades e fortalecimento da justiça social, mesmo com todos os entraves enfrentados e a falta de apoio do governo federal. A política sinalizou resultados positivos, nas perspectivas dos estudantes e nas concepções dos docentes, corroborando referências internacionais relativas aos preditores de fixação de médicos na APS, em áreas desassistidas. Essas referências nos conectam com uma rede, também global, de escolas médicas que já demonstraram resultados robustos na melhoria da qualidade de vida de populações antes desassistidas.

Esses efeitos da política, alcançados por essas instituições formadoras no estado da Bahia, ficam à mercê dos ventos da política, dada a falta de sustentabilidade de alguns dos instrumentos do programa, face às disputas de interesses do contexto nacional e global.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Abordagem do Ciclo de Políticas contribuiu para a análise do eixo formação do PMM, favorecendo a visualização das dimensões intra e internacionais, macro e micropolíticas, a compreensão de seus efeitos, seu potencial de mudança, os entraves e desafios para a sua efetivação.

A importância do alinhamento do eixo formação aos preditores de fixação, apontados na literatura internacional, foi corroborada no estudo. Os seus efeitos positivos foram mais evidentes nos cenários micropolíticos, relativos à seleção dos estudantes e à qualidade da formação ofertada. A exceção ocorreu no panorama nacional quanto à natureza pública ou privada e a localização das novas vagas em Medicina.

Deve ser considerada a força das políticas globais neoliberais favorecedoras do acúmulo e da privatização e as posturas das entidades representativas da categoria médica. Apesar dos resultados apresentados pelo PMM, estamos assistindo à sua substituição, ao novo financiamento da APS inspirado em prerrogativas do mercado, ao desmonte do SUS e do ensino médico público. A complexidade das escolhas dos médicos, diante das suas perspectivas de futuro em termos de realização afetiva, pessoal e profissional, não deve ser minimizada.

O estudo teve como limitações o número de participantes, tanto docentes como estudantes, porém seus resultados foram fortalecidos pela sua coerência interna. São necessários mais estudos sobre o PMM, capazes de resgatar os referenciais utilizados e fortalecer a APS enquanto campo de trabalho, consolidar a MFC enquanto especialidade médica, criar estímulos para a docência face ao mercado de trabalho médico e retomar a potência de nossas universidades públicas.

Nas palavras de um docente: “O sonho não acabou, uma semente foi plantada!” No canto dos poetas: “E há que se cuidar do broto, pra que a vida nos dê flor e fruto!”

REFERÊNCIAS

ALESSIO, M.M. **Análise da implantação do Programa Mais Médicos** [Dissertação, mestrado]. Brasília (DF): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília; 2015.

ALMEIDA, M. T. C.; BATISTA, N.A. Ser docente em métodos ativos de ensino-aprendizagem na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.35, n.4, 2011.

ALUTTIS, C. et al. The workforce for health in a globalized context global shortages and international migration. **Glob Health Action** 2014, 7: 23611.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAÁN-HAMANN E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cienc. Saúde coletiva**, vol. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

AUGUSTINE D ASANTE et al. Retaining doctors in rural Timor-Leste: a critical appraisal of the opportunities and challenges. **Bull World Health Organ** 2014;92: 277–82.

AVELAR, M. Interview with Stephen J. Ball: Analysing his contribution to education policy research. **Education policy analysis archives**, [S.l.], v. 24, p. 24, feb. 2016.

BACH, S. International Mobility of Health Professionals: Brain Drain or Brain Exchange? **Research Paper**. n. 082, p. 1-27, 2006.

BALL S. J; MAINARDES, J. (Org.) **Políticas Educacionais: Questões e Dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011, 288 p.

BALL, S.J. Diretrizes políticas globais e relações políticas locais em educação. **Currículo sem Fronteiras** v.1, n.2, pp.99-116, jul/dez 2001.

_____. **Educação Global S.A.: novas redes políticas e o imaginário neoliberal**. BRIDON, Janete (Trad.). Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa(UEPG), 2014.

_____. **Neoliberal education, neoliberal research e truth-telling**. Palestra proferida durante o Seminário da UNICAMP- As contribuições de Stephen Ball para a pesquisa educacional no contexto brasileiro. Unicamp, Campinas(SP), outubro de 2013. Disponível em: <<https://www.fe.unicamp.br/ead/galerias/4030/4026>>. Acesso em 06 jun 2018.

BALL, S.J. Reformar escolas. Reformar professores e os terrores da performatividade. Braga, Portugal, Universidade do Minho: Revista Portuguesa de Educação v.15 n.02, 2002, p.03-23.

_____. Sociologia das pesquisas educacionais e pesquisa crítico-social: uma revisão pessoal das políticas educacionais e da pesquisa em política educacional. In; BALL S. J; MAINARDES, J. (Org.) **Políticas Educacionais: Questões e Dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011.p.25-42.

_____. What Is Policy? Texts, Trajectories and Toolboxes. **Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education**, v.13, n,2, p. 10-17, 1993. DOI: 10.1080/0159630930130203. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/0159630930130203>>. Acesso em 10 jul 2018.

BALL, S.J.; BOWE, R. Subject departments and the “implementation” of National Curriculum policy: an overview of the issues. **Journal of Curriculum Studies**, London, v. 24, n. 2, p. 97-115, 1992.

BAPTISTA T.W.F.; REZENDE M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS RA, BAPTISTA TWF. (org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2011, p.138-172.

BARRETT, F. et al. The Impact of Rural Training Experiences on Medical Students: A Critical Review. **Academic medicine**. Vol. 86, n. 2, fev 2011.

BRASIL. Decreto 4726, 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **DOU**, 17 de junho 2003, p.06.

_____. Lei 12871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 out 2013.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 4**, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 20 out 2017.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Portaria N°982 de 25 de agosto de 2016. Institui a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina - ANASEM. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 ago 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer Homologado N° 116/2014**. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina. 2014a. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Parecer-116-2014-04-03.pdf>. Acesso em 10 julho 2019.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira-INEP. **Avaliação dos Cursos de Graduação**. Documentos relacionados [internet]. MEC 2017b [Acesso em 10 set 2017]. Disponível em: < <http://portal.inep.gov.br/web/guest/avaliacao-dos-cursos-de-graduacao>>.

_____. Ministério da Educação. Proposta de expansão de vagas do ensino médico nas Instituições Federais do Ensino Superior elaboradas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria n. 86, de 22 de março de 2012b. **Diário Oficial de União**. 27 Mar 2012.

_____. Ministério da Educação. Resolução n° 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 23 jun 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério da Educação Pró-saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, N° 183, sexta-feira, 22 de setembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos**. Mapas de Atuação [internet] 2017a [Acesso em 3 maio 2017]. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/mapa-de-atuacao>>.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº466**, de 12 de dezembro de 2012 que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 06 de junho 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos**: dois anos mais saúde para os brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº2087**, de 1 de setembro de 2011, que institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html>. Acesso em 15 nov. 2016.

_____. **Portaria MEC/SESu nº 109**, de 05 de junho de 2012, que dispõe sobre a expansão de vagas em cursos de Medicina e criação de novos cursos de Medicina nas Universidades Federais. 2012a. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/06/2012&jornal=1&pagina=16&totalArquivos=296>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

BUTTNER, R. et al. What does 'rural return' mean? Rural-origin medical graduates do not 'go home'. **Rural and Remote Health**. Vol. 17, n. 985, p. 1-3, 2017.

CAMPOS, F.E. et al. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Saúde debate**. n. 44, p. 13-24, 2009.

CAMPOS, G.W., PEREIRA JÚNIOR, N. A. Atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Cien Saúde Colet**. vol. 21, n. 9, p. 2655-63, 2016.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. C.M.O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, Jun 2004.

CHAGAS, R.; MERHY, E. E; ESTEVES, P. Observatório de políticas públicas que vê e transvê. Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida. Suplemento **Revista Saúde em Debate**. ISSN 2446-4814, v.2, n.1, 2016.

CORTEZ, L.R. et al. A Percepção do Supervisor do Provac sobre a Fixação do Médico na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Educ Med**. Vol. 43, n. 2, p. 48-57, 2019.

CORTEZ, V. C., et al. Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda de médicos en el Perú 2005 – 2011. *Acta Med Per*, v. 25, n. 1, p.22-9, 2008.

CRAMPTON, P.E.S.; MACLALAN, J.C.; ILLING, J.C. A systematic literature review of undergraduate clinical placements in underserved áreas. **Medical Education** vol. 47, p. 969–978, 2013.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto / Creswell, J. W. ; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p. ISBN 978-85-363-0892-0

CRUZ K T. **A formação médica no discurso da CINAEM** – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. [Mestrado]. Campinas (SP): Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2004.

CUETO M. **Saúde global**: uma breve história. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

CYRINO, E.G. et al. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 19, n.1, jan-mar 2015.

DAL POZ, M. R. et al. Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. **Hum Resour Health**, vol. 13, p. 24, 2015.

DARKWA, E.K. et al. A qualitative study of factors influencing retention of doctors and nurses at rural healthcare facilities in Bangladesh. **BMC Health Services Research** (2015) 15:344.

DERKSEN, D. Teaching Health Centers: A Proven Solution for Primary care Workforce Needs. **Academic Medicine**, Vol. 89, No. 1 / January 2014.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, J. (org.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007, pp. 99-120.

ELEY, D. S. et al. A decade of Australian Rural Clinical School graduates – where are they and why? **Rural and Remote Health**, vol. 12, p. 1937, 2012.

FARMER, J.; KENNY, A.; McKINSTRY, C.; HUYSMANS, R.D. A scoping review of the association between rural medical education and rural practice location. al. **Human Resources for Health** vol. 13, p. 27, 2015. DOI 10.1186/s12960-015-0017-3.

FERREIRA, R. A. et al. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Rev Ass Med Brasil** vol. 46, n. 3, p. 224-31, 2000.

FEUERWERKER, L.C.M., SENA, R.R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface** (Botucatu), 2002; v.6, n.10, p.37-50.

FINI, M.I. Exame Nacional de Avaliação do Desempenho dos Estudantes (ENADE) e Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM). In: Conselho Federal de Medicina; Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM-PA) (organizadores). 2º Fórum de Integração do Médico Jovem. **Escolas Médicas, como está o ensino**: velhos conceitos, novas perspectivas. [internet] 2017; Belém, Brasil. Belém: CRM-PA [citado 20 set 2017]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hOMo1JcC-Ho>.

FIOROTTI, K. P.; ROSSONI, R. R.; MIRANDA, A.E. Perfil do Estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. **Rev Bras Educ Med**, v. 34, n.3, p. 355-62, 2010.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, **Lancet**. vol. 376, n. 9756, p. 1923-58, 2010.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ªED. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas. 2008. Disponível em: < <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em 12 06 2017

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.11, p.1-19, nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001102263&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 28 nov. 2015.

GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016.

GIRARDI, S.N. et al. **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde** [internet] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM); 2010 [acesso em: 15 out 2016]. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>>.

GIRARDI, S.N. et al. Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de Medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada **Cad. Saúde Pública** vol. 33, n. 8, e00075316, 2017 doi: 10.1590/0102-311X00075316.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface** (Botucatu). vol. 21, Supl.1, p. 1103-14, 2017. doi:10.1590/1807-57622016.0363.

GOODFELLOW, A. et al. Predictors of Primary Care Physician Practice Location in Underserved Urban or Rural Areas in the United States: A Systematic Literature **Review**. **Acad Med**, vol. 91, n. 9, p. 1313–21, 2016. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001203.

GOUDA, P. et al. Ireland's medical brain drain: migration intentions of Irish medical students. **Human Resources for Health** (2015) 13:11.

GROBLER, L.; MARAIS, B. J.; MABUNDA, S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. vol. 6. CD005314, 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD005314.pub3.

GUILBAULT, R.W.R.; VINSON, J.A. Clinical medical education in rural and underserved areas and eventual practice outcomes: A systematic review and meta-analysis. **Educ Health**, vol. 30, p. 146-55, 2017.

GUILLOUA, M. et al. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Rev Med Chile* 2011; v. 139, p. 559-570.

HATCHER, A. et al. Placement, support, and retention of health professionals: national, cross-sectional findings from medical and dental community service officers in South Africa. **Human Resources for Health**, 2014, 12:14.

HOGENBRIK, J. C. et al. Milestones on the social accountability journey Family medicine practice locations of Northern Ontario School of Medicine graduates. **Can Fam Physician**, v.62, e138-45, 2016.

HUMPHRIES, N. et al. Applying a typology of health worker migration to non-EU migrant doctors in Ireland. **Human Resources for Health** (2015) 13:52.

IBOPE. Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística. **Critério de Classificação Econômica Brasil** 2015. Disponível em: <<http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/paginas/criterio-brasil-inicia-2015-com-nova-atualizacao-.aspx>>. Acesso em 05 mar 2018.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Avaliação dos Cursos de Graduação**. Documentos relacionados [internet]. MEC 2017 [acesso em 10 set 2017]. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/avaliacao-dos-cursos-de-graduacao>.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina** (ANASEM).

Documentos relacionados [internet]. Brasília, MEC 2017c [acesso em 05 set 2017]. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/anagem>

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Diretoria de Avaliação do Ensino Superior- DAES. Nota Técnica DAES/INEP N° 040/2015. **Adequações dos indicadores do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância ao Curso de Graduação em Medicina** – Comissão Técnica de Medicina-Consulta Pública [internet]. Brasília: MEC 2015b [acesso em 10 ago 2017]. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/>.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Projeto Retratos das desigualdades de gênero e raça**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_chefia_familia.html. Acesso em 10 nov 2019.

JESUS, R. A. et al. Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais. **Interface** (Botucatu) 21, Supl 1, p. 1241-55, 2017. doi:10.1590/1807-57622016.0555.

JIROVSKY, E. et al. - “Why should I have come here?” - a qualitative investigation of migration reasons and experiences of health workers from sub-Saharan Africa in Austria. **BMC Health Services Research** (2015) 15:74.

KAMITANI, S. et al. Differences in medical schools’ regional retention of physicians by school type and year of establishment: effect of new schools built under government policy. **BMC Health Services Research** (2015) 15:581.

LABONTÉ, R. et al. Health worker migration from south africa: causes, consequences and policy responses. **Human Resources for Health** (2015) 13:92.

LAWRENCE, C. et al. Private sector contributions and their effect on physician emigration in the developing world. **Bull World Health Organ**, vol. 91, p. 227-233, 2013.

LEHMANN, U.; DIELEMANN, M.; MARTINEAU, T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. **BMC Health Services Research**, vol. 8, n. 19, p. 1-10, 2008. Doi:10.1186/1472-6963-8-19.

LEONARDIA et al. Assessment of factors influencing retention in the Philippine National Rural Physician Deployment Program. **BMC Health Services Research** vol. 12, p. 411, 2012.

LOPES, A. C. A teoria da atuação de Stephen Ball: e se a noção de discurso fosse outra? **Archivos Analíticos de Políticas Educativas**, v. 24, n. 25, 2016.

_____. Política de Currículo: Recontextualização e Hibridismo. **Currículo sem fronteiras**: v. 5, n. 2, p. 50 – 64, 2005.

LOPES, A. C. Políticas curriculares: continuidade ou mudança de rumos? **Revista Brasileira de Educação**: n. 26, 2004.

LOPES, A. C; MACEDO, E. **Teorias de Currículo**. São Paulo; Cortez, 2011a.

LOPES, C. A.; MACEDO, E. Contribuições de Stephen Ball para o estudo de políticas de currículo. In: BALL S. J; MAINARDES, J. (Org.) **Políticas Educacionais: Questões e Dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011b, p.248-62.

LOTTA, G. S. et al. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.9, p. 2761-2772, 2016.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

MAINARDES, J. Abordagem do Ciclo de Políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 27, n. 94, p. 47-69, jan. /abr. 2006.

MAINARDES, J.; FERREIRA, M. S.; TELLO, C. Análise de políticas: fundamentos e principais debates teórico-metodológicos. In: BALL S. J; MAINARDES, J. (Org.) **Políticas Educacionais: Questões e Dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011.

MAINARDES, J.; MARCONDES, M. I. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 30, n. 106, p. 303-318, jan. /abr. 2009.

MAINARDES, J.; STREMEL, S. **Informações sobre a abordagem do ciclo de políticas**. [online], nov, 2015. Disponível em: <www.uepg.br/gppepe>. Acesso em:jul, 2018.

MARNIE, B.; MACDOUGALL, K. Adapting online learning for Canada's Northern public health workforce, **International Journal of Circumpolar Health**, vol. 72, p. 1, 21345, 2013.

MAYTA-TRISTAN, P. et al. El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminatorio e inconstitucional. **Rev Peru Med Exp Salud publica**. v. 3. n. 4, p. 781-7, 2014.

MAYTA-TRISTÁN, P. et al. Proyección de trabajo en el interior del país y factores asociados en médicos recién colegiados de lima, Perú 2010. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v. 28, n.2, p. 186-93, 2011.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**. Vol. 38, n. 103, p. 900-916, 2014.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MIAN, O.; HOGENBIRK, J. C.; WARRY, W.; STRASSER, R. P. How underserved rural communities approach physician recruitment: changes following the opening of a socially accountable medical school in northern Ontario. Canadian. **Can J Rural Med**, v. 22, n. 4, p. 139-47, 2017.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, p.9-29, 2012

_____. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MITRE, S.M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Sup 2, p. 2133-44, 2008.

MOLLAHALILOGLU, S. et al. Factors affecting the work of physicians in rural areas of Turkey. **Rural and Remote Health** vol. 15, p. 3048. (Online) 2015.

MOLLAHALILOGLU, S. et al. Physician scarcity in underdeveloped areas of Turkey: what do new graduate physicians think? **Rural and Remote Health** vol. 12, p. 2067. (Online) 2012.

MOTA, N.; RIBEIRO, H. **Mobilidade Internacional de Médicos**. Lua Nova, 2016; 98:255-273.

MYHRE, D.L.; BAJAJ, S.; JACKSON, W. Determinants of an urban origin student choosing rural practice: a scoping review. **Rural and Remote Health** vol. 15, p. 3483, 2015.

NEY, M.S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

OCDE. Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico. **Relatórios Econômicos OCDE**: Brasil. Resumo, fev. 2018. Disponível em:<

<https://www.oecd.org/eco/surveys/Brazil-2018-OECD-economic-survey-overview-Portuguese.pdf>. Acesso em 13 de jul. 2018.

OCKÉ, C. A Adaps pode reforçar a tendência de privatização da gestão. Entrevista concedida a Maíra Mathias. **Rev. POLIS** - Saúde, Educação e Trabalho, v. 68, jan 2020. Disponível em: < www.epsjv.fiocruz.br >. Acesso em 06 jan 2020.

OLIVEIRA N. A. et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. **Rev. bras. educ. med.** 2008; v.3, n.3, p. 333-46.

OLIVEIRA, F.P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface** (Botucatu).vol. 19, n. 54. p. 623-34, 2015.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A.. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? **Rev Bras Educ Med**. Vol. 35, n. 1, p. 26-36, 2011. [capturado 20 fev. 2019]; 26-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100005>.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Estratégia de Recursos Humanos para o acesso universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde**. 29º Conferência Sanitária Pan-americana. 69º Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, D.C., EUA, 25 a 29 de setembro de 2017. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2019/01/Strategy_HR_CSP29.R15_port.pdf>. Acesso em: 12 novembro de 2019.

_____. Organização Pan-americana de Saúde. **Estratégia de Recursos Humanos para o acesso universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde**. 29º Conferência Sanitária Pan-americana. **69º Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas**. Washington, D.C., EUA, 25 a 29 de setembro de 2017. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2019/01/Strategy_HR_CSP29.R15_port.pdf>. Acesso em: 12 novembro de 2019.

_____. Organização Pan-americana de Saúde. Mais Médicos: profissionais cubanos da cooperação internacional saíram do Brasil até 12 de dezembro. **OPAS Brasil**, Brasília, DF, 19 nov 2018. [acesso em 12 mar de 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5804 : mais-medicos-profissionais-cubanos-da-cooperacao-internacional-sairao-do-brasil-ate-12-de-dezembro&Itemid=347.

PAGAIYA et al. Rural retention of doctors graduating from the rural medical education project to increase rural doctors in Thailand: a cohort study. **Human Resources for Health** vol. 13, p. 10, 2015.

PAIM, J. Saúde da população brasileira: „saúde pública de qualidade” ou SUS democrático, universal, público, digno e integral? **Ensaio e Diálogos em Saúde Coletiva**, ABRASCO [online] p. 61-63, dez., 2015.

PEÑA, S. et al. The Chilean Rural Practitioner Programme: a multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas. **Bull World Health Organ**. V. 88, p. 371-8, 2010.

PENALOZA, B. et al. Interventions to reduce emigration of health care professionals from low- and middle-income countries. **Cochrane Database of Systematic Reviews** vol. 9, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD007673.pub2.

PICCINI, R.X.; FACCHINI, L.A.; SANTOS, R.C. (orgs.). **Preparando a transformação da educação médica brasileira**: projeto CINAEM III fase: relatório 1999-2000 / Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) [internet]. Pelotas: UFPel; 2000. [Acesso em: 05 ago 2017]. Disponível em: <<http://docs12.minhateca.com.br/456652355, BR,0,0,CINAEM-III-Fase---Preparando-a-Transforma%C3%A7%C3%A3o-da-Educa%C3%A7%C3%A3o-M%C3%A9dica-Brasileia.pdf>>.

PINHEIRO, M. Governo vai encerrar Mais Médicos que será substituído por plano de carreira federal [internet] In: **El País**, Brasil, São Paulo. Entrevista concedida a El País, Agência Brasil em 06 de fevereiro de 2019 [acesso em 12 mar de 2019]. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/02/06/politica/1549465717_978725.htm.

PINTO, H. A. et al. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. **Interface** (Botucatu). Vol. 23, Supl. 1, e170960, 2019.

PONG, L.W.; PITIBLADO, J.R. Geographic Distribution of Physicians in Canada: Beyond How Many and Where [internet] Ottawa: **Canadian Institute for Health Information (CIHI)**; 2005 [Acesso em: 20 out 2016] Disponível em: <https://secure.cihi.ca/free_products/GeographicDistribution_of_Physicians_FINAL_e.pdf>.

PORTELA, G.Z. et al. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. **Ciênc. Saúde coletiva**. Vol. 22, n. 7, p. 2237-2246, 2017.

POVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, Aug. 2006.

RABINOWITZ, H. K. et al. Medical School Programs to Increase the Rural Physician Supply: A Systematic Review and Projected Impact of Widespread Replication. **Academic Medicine**, vol. 83, n. 3, mar 2008.

RAWAI, L. B. et al. Developing effective policy strategies to retain health workers in rural Bangladesh: a policy analysis. **Human Resources for Health** Vol. 13, p. 36, 2015.

REEVE, C. et al. The impact of socially-accountable health professional education: A systematic review of the literature. **Medical Teacher**, vol. 39, n. 1, p. 67-73, 2016. DOI: 10.1080/0142159X.2016.1231914.

RIBEIRO, H. **Saúde global: olhares do presente**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

ROMÁN, A. O. Evolución de la oferta de médicos. Chile 1993-2008. **Rev Med Chile**, v.138, p. 22-28, 2010.

ROSS, S. J. et al. THEnet evaluation framework pilot study. **Education for Health**. Vol. 27, n. 2, 2014.

RUSSO, L. X. et al. Primary care physicians and infant mortality: evidence from Brazil. **PLOS ONE**, vol. 14, n. 5, e0217614, 2019. [capturado 2019 jun15]. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217614>.

SAKAI, R. et al. Evaluating the effect of Japan's 2004 postgraduate Training programme on the spatial distribution of Physicians. **Human Resources for Health** vol. 13, p. 5, 2015.

SAPKOTA, B.P.; AMATYA, A. What factors influence the choice of urban or rural location for future practice of Nepalese medical students? A cross-sectional descriptive study. **Human Resources for Health**. Vol. 13, n. 84, p. 1-9, 2015.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, CREMESP, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. **Saúde Debate**. Vol. 37, n. 96, p. 96-103, 2013.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A. J.F. A feminização da Medicina no Brasil. **Rev. Bioét.** (Impr.); v. 21, n.2p. 268-77, 2013.

SCHEFFER, M.C., DAL POZ, M.R. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. **Human Resources for Health**, vol. 13, n. 96, p. 1-10, 2015. DOI 10.1186/s12960-015-0095-2

SERAPIONI, M. avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional. In: MERCADO, F. J.; BOSI, M. L. M.(Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. 3.ed.Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013, p.207-228.

STRASSER, R. Delivering on social accountability Canadá's Northern Ontário School of Medicine. **The Asia Pacific Scholar**, v. 1, n.1, jun 2016.

TADERERA, B.H. et al. Health personnel retention strategies in a peri-urban community: an exploratory study on Epworth, Zimbabwe. **Human Resources for Health** vol. 14, p. 17, 2016.

TALAMANTES et al. Community College Pathways: Improving the U.S. Physician Workforce Pipeline. **Acad Med**. Author manuscript; available in PMC 2015 December 01.

TANDI E.T. et al. Cameroon public health sector: shortage and inequalities in geographic distribution of health personnel. **International Journal for Equity in Health** vol. 14, p. 43, 2015.

TEIXEIRA, A. **Educação é um direito**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1968.

_____. **Educação e Universidade**. Rio de Janeiro: EdUFRJ, 1998.

THAMMATACHAR, E.E. et al. Attitudes toward working in Rural areas of Thai medical, dental and pharmacy new graduates in 2012: a cross-sectional survey. **Human Resources for Health** vol. 11, p. 53, 2013.

THEPPANYA, K.; N SUWANNAPONG, N.; HOWTEERAKULN. Health-science students' self-efficacy, social support, and intention to work in rural areas of the Lao People's Democratic Republic. **Rural and Remote Health** vol. 14, p. 2530, 2014.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, J. (org.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 75-98.

VEIGA, I.P. A. Inovações e projeto político-pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória? **Cad. Cedes**, Campinas, v. 23, n. 61, p. 267-281, dezembro 2003. Disponível em: < <http://www.cedes.unicamp.br>>.

VIEIRA, S. P. **Abordagem da atenção básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, RJ, 2015. 163 f.

VOSGERAU, D.S.A.R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Rev. Diálogo Educ**. vol. 14, n. 41, p. 165-189, jan/abr 2015.

WHO. World Health Organization. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations.** [internet] Geneva: WHO; 2010a [Acesso em: 12 out 2016] Disponível em: <http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010_increasing_access_to_health_workers_in_remote_and_rural_areas.pdf>.

_____. World Health Organization. **A universal truth: no health without a workforce.** 1.Health Manpower. 2.Health Personnel. 3.Delivery of Health Care. World Health Organization. II.Global Health Workforce Alliance. 2014. ISBN 978 92 4 150676 2 (NLM classification: W 76). Disponível em: <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1>.

_____. World Health Organization. **Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel.** Geneva: OMS, 2010b. Consultado a 20.12.2017, em:< http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf>. Acesso em 10 jul 2018.

WILSON, N. W. et al. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote áreas. **Rural and Remote Health.** vol. 9, p. 1060, 2009.

XU et al.: Trend in distribution of primary health care professionals in Jiangsu province of eastern China. **International Journal for Equity in Health** Vol. 13, p. 117, 2014.

ZEEVALLOS L et al. Oferta y emanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de Especialidade. **Rev Peru Med Exp Salud Publica.** v.28, n.2, p.177-85, 2011.

ANEXOS

ANEXO 1

Comprovante da Aceitação do Artigo 1 pela
Revista Brasileira de Educação Médica

ScholarOne Manuscripts™ Erika Rocha ▾ Português (PT) ▾ Instruções e formulários Ajuda Logout

SciELO Revista Brasileira de Educação Médica

[Início](#) [Autor](#)

Painel Autor

Painel Autor

1 Manuscritos com decisões >

[Iniciar nova Submissão](#) >

[Instruções herdadas](#) >

[5 e-mails mais recentes](#) >

Manuscritos com decisões

AÇÃO	STATUS	ID	TÍTULO	SUBMETIDO	COM DECISÃO
	ADM: Ferreira Filho, Olavo ADM: RBEM, Revista Brasileira de Educação Médica	RBEM-2019-0281	PREDITORES EDUCACIONAIS PARA FIXAÇÃO DE MÉDICOS EM ÁREAS REMOTAS E DESASSISTIDAS: UMA REVISÃO NARRATIVA	15-out-2019	18-nov-2019
	• Aceitar (18-nov-2019)		vol:44, ed.:1		Visualizar submissão
			visualizar carta de decisão		

Carta de decisão (RBEM-2019-0281)**De:** pthamamotof@hotmail.com**Para:** emsampaio-rocha@gmail.com**CC:****Assunto:** Revista Brasileira de Educação Médica - Decision on Manuscript ID RBEM-2019-0281**Corpo:** 18-Nov-2019

Dear Dr. Rocha:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "PREDITORES EDUCACIONAIS PARA FIXAÇÃO DE MÉDICOS EM ÁREAS REMOTAS E DESASSISTIDAS: UMA REVISÃO NARRATIVA" in its current form for publication in the Revista Brasileira de Educação Médica. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Revista Brasileira de Educação Médica, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Dr. Pedro Hamamoto Filho
Associate Editor, Revista Brasileira de Educação Médica
pthamamotof@hotmail.com

Entire Scoresheet:

Reviewer: 1

Comments:

O manuscrito se propõe a identificar fatores que predis põe a fixação de médicos em áreas desassistidas através de uma revisão narrativa.
O texto é bem escrito e a leitura é agradável.

Reviewer: 2

Comments:

O tema "Preditores para fixação de médicos" é importante e atual e o autor tratou de modo aprofundado, permitindo uma análise atual e fidedigna sobre essa temática prioritária. Contribui para a formulação de Políticas Informadas por Evidência Científica ao contextualizar o problema; e propor opções viáveis para resolver lo.

Reviewer: 3

Comments:

Tema muito relevante e bem explorado pela revisão.

APÊNDICES

APÊNDICE A**QUESTIONÁRIO PARA OS DISCENTES
SESSÃO 1- IDENTIFICAÇÃO**

Você é graduando de qual das universidades?

- Universidade Federal do Oestel da Bahia -UFOB
- Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB
- Universidade Federal do Sul da Bahia- UFSB
- Universidade Federal do Vale do Rio São Francisco- UNIVASF
- Outra

SESSÃO 2- QUESTIONÁRIO

1. Assinale abaixo o seu gênero:

- Feminino Masculino

2. Assinale abaixo a sua faixa de idade:

- 17 a 22 anos 23 a 28 anos 29 a 34 anos 35 anos ou mais

3. Que ano do curso você está fazendo?

- 1° Ano 4° Ano 7° Ano
- 2° Ano 5° Ano
- 3° Ano 6° Ano

4. Assinale abaixo a sua naturalidade:

(Opções de todas as UF do Brasil)

5. Com relação ao seu local de nascimento, assinale abaixo:

- Capital ou município de grande porte da Bahia.
- Capital ou município de grande porte de outro estado.
- Município de médio porte no estado da Bahia.
- Município de médio porte em outro estado.
- Município de pequeno porte no estado da Bahia.
- Município de pequeno porte em outro estado.
- Zona rural no estado da Bahia.

- Zona rural de outro estado.
 Em outro país.

6. Onde você residiu durante a maior parte de sua vida?

- Capital ou município de grande porte da Bahia.
 Capital ou município de grande porte de outro estado.
 Município de médio porte no estado da Bahia.
 Município de médio porte em outro estado.
 Município de pequeno porte no estado da Bahia.
 Município de pequeno porte em outro estado.
 Zona rural no estado da Bahia.
 Zona rural de outro estado.
 Em outro país.

7. Com relação à casa de sua família, assinale a quantidade de cada um dos itens abaixo:

Item	Não tem	Tem 1	Tem 2	Tem 3	Tem 4 ou mais
Banheiros					
Empregados domésticos					
Automóveis					
Microcomputadores					
Lava louça					
Geladeira					
Freezer					
Lava roupa					
DVD					
Microondas					
Motocicleta					
Secadora de roupa					

8. Com relação à escolaridade de seus pais ou responsáveis, assinale considerando aquele de maior escolaridade:

Até 4º ano do Ensino Fundamental	
5º ano do Ensino Fundamental	
Ensino Fundamental completo	
Ensino Médio completo	
Ensino Superior completo	

9. O curso de Medicina é a sua primeira graduação

Sim Não

9..1- A sua graduação anterior à Medicina foi na área da saúde?

Sim Não

10. Paralelamente ao curso, você exerce alguma atividade remunerada?

Sim Não

11. Você pretende fazer residência médica, logo após a conclusão do curso?

Sim. Não. Não decidi.

11.1. Em que especialidade?

(lista das 55 especialidades conforme CFM)

11.2. O que pesou mais na escolha desta especialidade?

- Afinidade com o público alvo
- Desejo de aliviar/curar a dor das pessoas
- Relação medico-paciente /compreender a pessoa de modo integral
- Aspectos financeiros/Mercado de trabalho
- Foco em urgência/emergência
- Estilo de vida favorecido pela especialidade
- Flexibilidade da especialidade
- Maior diversidade de pacientes
- Contato com tecnologia e pesquisa médica
- Admiração por professor da área
- Conselho de terceiros
- Empreendimentos da família na área

11.3. Você não deseja realizar a especialização/residência logo após a conclusão devido a

- Preciso trabalhar por problemas particulares e depois fazer uma especialização.
- Ainda não decidi se quero fazer especialização/residência.
- Prefiro atuar no mercado e depois decidir a especialização.
- Não desejo fazer nenhuma especialização.

12. Em que tipo de serviço de saúde deseja trabalhar (Admite mais de uma opção)

- Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família
- Atenção Especializada no SUS
- Atenção Especializada privada

- Atenção Hospitalar
- Serviço de Urgência
- Serviço de Medicina Intensiva

13. Quais os principais motivos de ter escolhido estes serviços?

- Afinidade com a área da Medicina
- Familiares que trabalham nesta área.
- Melhor remuneração.
- Remuneração precoce.
- Maior estabilidade.
- Mair flexibilidade de horários.

14. Para você, o que é determinante na escolha do local de moradia?

- Proximidade da família
- Melhor infra-estrutura
- Opções de lazer e cultura.
- Melhores ofertas de trabalho.
- Proximidade de centros médicos de ponta.
- Possibilidade de uma vida mais tranquila.

15. Em que local você gostaria de se instalar, após a conclusão do seu curso?

- Capital ou município de grande porte da Bahia.
- Capital ou município de grande porte de outro estado.
- Município de médio porte no estado da Bahia.
- Município de pequeno porte no estado da Bahia.
- Município de pequeno porte em outro estado.
- Zona rural no estado da Bahia.
- Zona rural de outro estado.
- Em outro país.

16. Com relação à região onde está localizada a sua universidade, o quanto você a considera atrativa para o trabalho médico?

- Nada atrativa. Pouco atrativa. Muito atrativa. Extremamente atrativa.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA DISCENTES

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Formação médica no contexto do Programa Mais Médicos: análise sob a ótica do ciclo de políticas de Stephen Ball ”, sob a responsabilidade da pesquisadora Erika Maria Sampaio Rocha. É interessante apresentar brevemente o estudo.

JUSTIFICATIVA

As mudanças propostas nos cursos de graduação em Medicina propostas no eixo dois do PMM, têm o potencial de construir um novo cenário na Atenção em Saúde no Brasil, especialmente na Atenção Básica, mas com grandes implicações para todo o SUS e, assim, modificando as condições de vida e saúde de toda a população. Traduz-se assim em tema relevante. A forma como esta política vem sendo desenvolvida é decisiva para assegurar as melhorias almejadas. Os discentes em Medicina são atores-chaves neste processo e a sua escuta torna-se fundamental.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

Conhecer os discentes de Medicina e suas intenções profissionais.

Isto favorecerá as mudanças propostas no programa, que se encontram em curso.

PROCEDIMENTOS/ PARTICIPAÇÃO

A minha participação no referido estudo será responder um questionário online através do sistema Forms do Google, que demandará um tempo aproximado de 10 minutos, poderei responder em qualquer lugar que tenha acesso a internet.

RISCOS E DESCONFORTOS

Fui orientado que os riscos para mim nesta pesquisa referem-se a uma eventual quebra de sigilo. Para minimizar este risco a pesquisadora delineou a pesquisa de modo que apenas ela receba as respostas dos questionários em seu computador pessoal, de uso particular. Os nomes das pessoas e das

instituições de ensino, que participarão, serão sigilosamente guardados pela pesquisadora.

BENEFÍCIOS

Fui orientado quanto aos benefícios que a pesquisa poderá gerar no sentido da análise de uma política pública em saúde. Estou ciente da importância da minha contribuição respondendo a este questionário.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Entendo que não sou obrigado (a) a participar da pesquisa, podendo recusar a participação em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

As falas e informações construídas nas entrevistas serão mantidas de forma confidencial. Entendo que a minha identidade não será revelada em nenhuma circunstância. Os dados coletados somente poderão ser utilizados em eventos ou publicações científicas sem a identificação dos participantes.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas, eu devo contatar a pesquisadora: Erika Maria Sampaio Rocha, no telefone (73) 999404400 ou endereço Rua Liberdade 137, Bairro Bela Vista, Teixeira de Freitas, Bahia, CEP 45990232.

Também posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências de Saúde (CCS)/UFES para resolver dúvidas ou relatar algum problema através do telefone (27) 3335-7211 ou correio: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil.

Declaro que li e entendi todo o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo.

DEVOLUTIVA DOS RESULTADOS

Os participantes receberam links de acesso à tese e aos artigos publicados, resultantes da pesquisa.

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa eu, Erika Maria Sampaio Rocha, declaro ter cumprido as exigências do (s) item (s) IV.3 e IV.4 da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vitória, ____ de _____, 2018.

APÊNDICE C

PONTOS NORTEADORES PARA AS ENTREVISTAS COM OS DOCENTES

1. Como você compreende as estratégias propostas para os cursos de Medicina pelo PMM?
2. Quais as principais dificuldades para implantar as mudanças nos cursos de Medicina?
3. Que componentes curriculares você ministra? Como é o componente?
4. Quais as mudanças você observa no perfil dos graduandos em Medicina a partir do PMM?
5. Quais mudanças você percebe no território, nos cenários de ensino e de cuidado à saúde a partir do PMM?
6. Acha que o PMM tem alcançado seus objetivos?
7. Que outras estratégias poderiam ampliar os efeitos da política, no sentido de melhorar a distribuição dos médicos no Brasil?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA DOCENTES DAS UNIVERSIDADES

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Formação médica no contexto do Programa Mais Médicos: análise sob a ótica do ciclo de políticas de Stephen Ball”, sob a responsabilidade da pesquisadora Erika Maria Sampaio Rocha. É interessante apresentar brevemente o estudo.

JUSTIFICATIVA

As mudanças propostas nos cursos de graduação em Medicina propostas no eixo dois do PMM, têm o potencial de construir um novo cenário na Atenção em Saúde no Brasil, especialmente na Atenção Básica, mas com grandes implicações para todo o SUS e, assim, modificando as condições de vida e saúde de toda a população. Traduz-se assim em tema relevante. Os cenários de ensino e os serviços mostram como a política esta sendo oimplementada, o que é decisivo para assegurar as melhorias almejadas neste eixo do programa. Os coordenadores de curso e docentes em Medicina são atores chaves neste processo e a sua escuta torna-se fundamental.

OBJETIVO (S) DA PESQUISA

Conhecer as dificuldades e facilidades enfrentadas pelos docentes no processo de implementação das mudanças propostas pelo Programa Mais Médicos.

PROCEDIMENTOS/ PARTICIPAÇÃO

A minha participação no referido estudo consiste em participar de uma entrevista de duração aproximada de 60 minutos que será gravada para posterior transcrição.

RISCOS E DESCONFORTOS

Fui orientado que os riscos para mim nesta pesquisa referem-se a uma eventual quebra de sigilo. Para minimizar este risco as entrevistas serão realizadas pela própria pesquisadora, sendo os dados armazenados no seu computador pessoal, de uso particular. Os nomes das pessoas e das

instituições de ensino, que participarão, serão sigilosamente guardados pela pesquisadora.

BENEFÍCIOS

Fui orientado quanto aos benefícios que a pesquisa poderá gerar no sentido da análise de uma política pública em saúde. Estou ciente da importância da minha contribuição respondendo a este questionário.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Entendo que não sou obrigado (a) a participar da pesquisa, podendo recusar a participação em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

As falas e informações construídas nas entrevistas serão mantidas de forma confidencial. Entendo que a minha identidade não será revelada em nenhuma circunstância. Os dados coletados somente poderão ser utilizados em eventos ou publicações científicas sem a identificação dos participantes.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas, eu devo contatar a pesquisadora: Erika Maria Sampaio Rocha, no telefone (73) 999404400 ou endereço Rua Liberdade 137, Bairro Bela Vista, Teixeira de Freitas, Bahia, CEP 45990232.

Também posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências de Saúde (CCS) /UFES para resolver dúvidas ou relatar algum problema através do telefone (27) 3335-7211 ou correio: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil.

Declaro que li e entendi todo o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo.

DEVOLUTIVA DOS RESULTADOS

Os participantes receberam links de acesso à tese e aos artigos publicados, resultantes da pesquisa.

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa eu, Erika Maria Sampaio Rocha, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vitória, ____ de _____ de 2018.