



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Felipe Proença de Oliveira

**As Mudanças na Formação Médica introduzidas pelo
Programa Mais Médicos**

BRASÍLIA - DF

2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

As Mudanças na Formação Médica introduzidas pelo Programa Mais Médicos

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UnB, como pré-requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leonor Maria Pacheco Santos

BRASÍLIA - DF

2018

Felipe Proenço de Oliveira

As Mudanças na Formação Médica introduzidas pelo Programa Mais Médicos

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UnB, como pré-requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Aprovação em 08 de outubro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Leonor Maria Pacheco Santos (presidente)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UnB

Prof^a. Dr^a. Eliana Goldfarb Cyrino (membro externo)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- UNESP/Botucatu

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Machado (membro externo)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – ENSP/Fiocruz

Prof^a. Dr^a. Yamila Comes (membro externo)
Organização Pan-Americana de Saúde

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva (suplente)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UnB

Agradecimentos

À meus pais por todo o amor e por terem possibilitado a chegada na primeira geração universitária.

À Aninha por todo o amor, a paciência e o companheirismo, e pela revolução cotidiana de crescer junto com Anita, Lalá e Yoyo.

À Leonor Pacheco pela parceria, estímulo e compreensão dos caminhos necessários.

À Tazio Vanni, pelo empurrão inicial e fundamental.

À Alexandre Padilha e Mozart Sales, pela experiência fantástica de ter criado e implantado o Mais Médicos.

Às companheiras e companheiros da SGTES, principalmente do DEPREPS e do DEGES, pela convivência intensa durante 4 anos e toda garra, em especial à quem trabalhou comigo mais cotidianamente: Jérszey Timóteo, José Santana, Alexandre Medeiros, Luana Nunes, Florentino Júnio, Evellin Bezerra, Luciana Maciel, Edson Pistori, Hêider Pinto, Eliana Cyrino, Thiago Campos e Mônica Sampaio.

À Vinícius Ximenes pela peleia conjunta e pelo abrigo para frequentar as disciplinas quando voltei para João Pessoa.

Aos amigos do DPS por todo apoio, em especial Luciano Gomes, Ricardo Soares (co-orientadores honorários), André Bonifácio, Alemão, Tiago Salessi, Eduardo Simon, André Sassi, Danyella Barreto e Juliana Sampaio.

À Felipe Santos, Gabriela Petit e Everson Rach pelas consultorias de urgência.

Aos professores do PPG de Saúde Coletiva da UnB por todo aprendizado, em especial à Helena Shimizu, Everton Nunes, Daphne Rattner e Ximena Pamela.

À Maria Helena Machado e Yamila Comes pela contribuição e por terem atendido prontamente o convite para a banca.

À Luciana Moura e Rodrigo Vianna pelo apoio na análise de dados.

À essa rapaziada que eu acredito que está na residência de MFC em João Pessoa e na Rede de Médicas e Médicos Populares.

Aos coordenadores, professores e estudantes que participaram da pesquisa e me acolheram nas suas cidades, por me permitir conhecer suas experiências sensacionais.

Hoje, no entanto, pela primeira vez desde que a Fazenda Santa Rita foi desapropriada para servir à reforma agrária, inverteu-se o sentido habitual dos deslocamentos. Nesta manhã, em vez dos pacientes, o médico que enfrenta a viagem. Uma viagem inédita. E que levou bem mais que duas horas de estrada de chão: demorou sete anos para que a dra. Aliane Olivera enfim chegasse ao Assentamento Madre Terra.

Branco Vivo, de Antonio Lino, ao descrever as vivências que teve com médicos do Programa Mais Médicos

Resumo

A distribuição de médicos no Brasil é marcada por profundas desigualdades na inserção dos profissionais nas unidades federativas. Ao mesmo tempo, há um consenso internacional no sentido de adequar a formação médica às necessidades sociais e à organização dos sistemas de saúde. Em 2013, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM), que dispôs sobre um novo marco regulatório na formação médica no Brasil. Entre seus objetivos, destacam-se: a expansão de cursos de medicina conforme critérios de necessidade, a publicação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a universalização de vagas de residência médica. Avalia-se que as mudanças pelas quais passa a educação médica introduzidas pelo PMM podem estimular novas representações sociais nos estudantes de medicina. **Objetivo:** Sistematizar as proposições do PMM para a formação médica e analisar se provocaram diferentes representações sociais sobre a responsabilidade social e o trabalho na atenção básica em estudantes de medicina de cursos da Região Nordeste. **Metodologia:** Pesquisa quali-quantitativa, com triangulação de métodos. Foram sorteados nove cursos de medicina da Região Nordeste que participaram da pesquisa, sendo quatro considerados do grupo intervenção, pois foram criados em virtude do PMM e cinco do grupo contrafactual, os quais vêm formando médicos há décadas. Participaram do estudo 146 estudantes do quarto ano de quatro cursos e 406 estudantes que ingressaram no segundo semestre de 2017 dos nove cursos. A análise foi realizada conforme a pertinência de cada etapa da pesquisa. **Resultados:** Percebeu-se que entre a Medida Provisória que criou o PMM e a aprovação de Lei nº 12.871 houve importantes modificações no âmbito da formação médica. No que diz respeito aos resultados das propostas na formação entre os anos de 2013 e 2015 evidenciou-se: a expansão de 6.931 vagas de graduação, com a criação de cursos em novos *campi* de universidades federais no interior; um predomínio de cursos privados regulados pelos critérios do Programa; e a inversão da distribuição de vagas que passaram a predominar no interior do país. A publicação de novas diretrizes priorizou a inserção dos estudantes na atenção básica. Na comparação dos currículos dos cursos de medicina visitados foi possível caracterizá-los como “novos”, ou seja, com vivência periódica e longitudinal na atenção

básica discutida em grupos tutoriais, ou cursos “tradicionais”, sem as inovações apontadas. Avalia-se que as mudanças curriculares nos cursos novos possibilitaram a elaboração de novas representações sociais pelos estudantes de medicina, entendendo mais efetivamente o que é o trabalho na atenção básica aproximando-se do debate sobre a responsabilidade social das escolas médicas. **Conclusão:** em pouco tempo após a sua criação, o Programa Mais Médicos atingiu importantes resultados na disposição de um novo marco regulatório da formação médica e no sentido de chegar à meta de 2,7 médicos a cada mil habitantes em 2026. O eixo de formação é uma dimensão estruturante do Programa e caso suas proposições não sejam efetivadas é possível que o provimento de médicos estrangeiros deixe de ser uma característica emergencial para ser permanente. Experiências como as analisadas nesta pesquisa devem ser amplificadas na radicalidade necessária para o fortalecimento do SUS.

Palavras-chave: Educação Médica; Faculdades de Medicina; Recursos Humanos em Saúde; Atenção Básica à Saúde; Programa Mais Médicos.

Abstract

The distribution of physicians in Brazil is characterized by inequalities in the insertion of professionals across the states. Meanwhile, there is an international consensus to adapt medical education to social needs and the organization of health systems. In 2013, the More Doctors Program (PMM) was created, which established a new regulatory framework for medical training in Brazil. Its objectives include: the expansion of medical courses according to necessity criteria, the publication of new National Curricular Guidelines and the universalization of medical residency vacancies. The changes in medical education introduced by the PMM may encourage new social representations in medical students. **Objective:** Systematize the PMM proposals for medical education and analyze if they have caused different social representations in social responsibility and work in primary care among medical students from training courses in the Northeast Region. **Methodology:** A quali-quantitative study, with triangulation of methods. Nine medical courses were selected from the Northeast Region to participate in the study, four of which were inserted in the intervention group, since they were created under the PMM, and five in the counterfactual group, which have been training physicians for decades. The study included 146 students in year 4 from four courses and 406 students who started the second 6-month term of all nine courses. The analysis was performed according to the pertinence of each step of the study. **Results:** Between the Provisional Measure that created the PMM and the approval of Law 12.871, important changes have been made in the medical training. The results of proposals for medical training between 2013 and 2015 show 6,931 more seats in training courses, with the creation of courses in new campuses of federal universities in the country side; predominance of private courses regulated by the Program criteria; and inversion of the distribution of seats that start to predominate in the country side. The publication of new guidelines prioritized the insertion of students in primary care. When comparing the curricula of the medical courses analyzed in this study, they were characterized as 'new,' i.e., with periodical and longitudinal experience in the primary care discussed in tutorial groups, or 'traditional' courses, without the innovation mentioned above. Curricular changes in the new courses allowed the elaboration of new social representations by the medical students, who

understand more effectively the work in basic attention and addressing the debate about the social responsibility of medical schools. **Conclusion:** Shortly after its creation, the More Doctors Program achieved important results in the provision of a new regulatory framework for medical training and it reached the goal of 2.7 physicians for every 1,000 inhabitants in 2026. Training is a structuring dimension of the Program and if its proposals are not adopted, the provision of foreign physicians may no longer be considered an emergency measure and may become permanent. Experiences such as those analyzed in this study should be reproduced accordingly to strengthen the Brazilian unified health system (SUS).

Key words: Medical Education; Medical Schools; Human Resources for Health; Primary Care; More Doctors Program

Lista de Figuras, Gráficos, Quadros e Tabelas

Figuras

- Figura 1.** Três gerações de reforma da Educação Médica.....24
- Figura 2.** Número de médicos atuando nos países da OECD em 2000 e 2011.....35
- Figura 3.** Taxa de egressos de cursos de medicina por 100.000 habitantes nos países da OECD (2013) e Brasil (2012).....37
- Figura 4.** Percurso da formação de especialistas através da residência médica conforme Lei nº 12.871. Brasil, 2013a.....56
- Figura 5.** Vagas em cursos de graduação em medicina por 10.000 habitantes conforme Unidade Federativa. Brasil, 2012 e 2015.....66
- Figura 6.** Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos “tradicionais” de medicina quando questionados sobre o “trabalho na atenção básica”. Brasil 2017.....101
- Figura 7.** Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos “novos” de medicina quando questionados sobre o “trabalho na atenção básica”. Brasil 2017.102
- Figura 8.** Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos “tradicionais” de medicina quando questionados sobre “responsabilidade social”. Brasil 2017.....109
- Figura 9.** Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos “novos” de medicina quando questionados sobre “responsabilidade social”. Brasil 2017.....110

Gráficos

- Gráfico 1.** Vagas em cursos de graduação em medicina conforme ano de criação, Brasil, 1920 a 2015.....63
- Gráfico 2.** Evolução de vagas em cursos de medicina a cada 10.000 habitantes conforme região do país e período, Brasil, de 1808 a 2015.....65
- Gráfico 3.** Evolução do número de vagas abertas em número absoluto em cursos de medicina segundo natureza pública ou privada e período, Brasil, 1808 a 2015.....67
- Gráfico 4.** Evolução de vagas em cursos de medicina segundo capital e interior e ano de criação por período, Brasil, de 1808 a 2015.....70

Quadros

Quadro 1. Categorias de intervenções utilizadas para melhorar a retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais.....22

Quadro 2. Percurso metodológico nos capítulos da tese.....44

Quadro 3. Universidades federais com cursos de medicina na Região Nordeste do grupo de intervenção por data de fundação, UF, município, quantidade de vagas e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município.....80

Quadro 4. Universidades federais com cursos de medicina na Região Nordeste do grupo contrafactual por data de fundação, UF, município, quantidade de vagas e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município.....81

Quadro 5. IFES participantes e documentos analisados de cada curso conforme ano de publicação. Brasil 2018.....82

Quadro 6. Currículos com base na proposição de estrutura modular, a orientação dos módulos e o eixo de integração prática na atenção básica. Brasil 2018.....85

Quadro 7. Carga Horária (CH) e percentual do eixo de integração prática na Atenção Básica (AB) e semestres do curso com atividades práticas do eixo. Brasil 2018.....88

Quadro 8. Modalidade dos cursos participantes, conforme carga horária na atenção básica, semestres com atividades na atenção básica e organização curricular baseada em atividade tutorial. Brasil 2018.....92

Tabelas

Tabela 1. Emendas apresentadas à Medida Provisória 621/2013 segundo o Capítulo no qual a alteração foi proposta. Brasil, 2013a.....50

Tabela 2. Emendas apresentadas à Medida Provisória 621/2013 segundo o núcleo temático de seu conteúdo e em ordem decrescente de ocorrência. Brasil, 2013a.....51

Tabela 3. Perfil sociodemográfico dos estudantes participantes da pesquisa em escolas “tradicionais” e “novas”. Brasil 2017.....97

Tabela 4. Perfil sociodemográfico dos estudantes participantes da pesquisa em Escolas de Medicina “tradicionais” e “novas”. Brasil 2018.....117

Tabela 5. Respostas em médias da Escala de Atitudes de Estudantes de Medicina de cursos tradicionais e novos. Brasil, 2018.....127

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIR – Argumento de Inclusão Regional

AMB – Associação Médica Brasileira

ANASEM – Avaliação Nacional Seriada do Estudante de Medicina

APS – Atenção Primária à Saúde

CEM – Código de Ética Médica

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAPES - Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

DAB – Departamento de Atenção Básica

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DDES – Departamento de Desenvolvimento da Educação em Saúde

DEGERTS – Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde

DEGES – Departamento de Gestão da Educação em Saúde

DENEM – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina

DEPREPS – Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão dos Profissionais de Saúde

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ENADE – Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FIES – Fundo de Financiamento Estudantil - FIES

FM – Faculdade de Medicina

FNP – Frente Nacional de Prefeitos

FS – Faculdade de Ciências da Saúde

GTEM – Grupo de Trabalho de Expansão da Educação Médica nas IFES

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDA – Projeto de Integração Docente Assistencial

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IFES – Instituição Federal de Ensino Superior

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MEC – Ministério da Educação

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MGFC – Medicina Geral de Família e Comunidade

MP – Medida Provisória

MS – Ministério da Saúde

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

OECD¹ – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PIB – Produto Interno Bruto

PMM – Programa Mais Médicos

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PRM – Programa de Residência Médica

PROFSAÚDE – Mestrado Profissional em Saúde da Família

PROMED - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

PROUNI – Programa Universidade para Todos

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PRÓ-RESIDÊNCIA – Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas

PSF – Programa de Saúde da Família

RAIS – Relação Anual de Informações Sociais

RAS – Redes de Atenção à Saúde

REVALIDA – Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos

RHS – Recursos Humanos em Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

¹ Sigla em inglês para Organisation for Economic Cooperation and Development

SINAES – Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior

SISU – Sistema de Seleção Unificada

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UFPI – Universidade Federal do Piauí

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UFS – Universidade Federal de Sergipe

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

UnB – Universidade de Brasília

Sumário

Apresentação	16
Introdução	21
Objetivo Geral	40
Objetivos Específicos	40
Metodologia	41
Capítulo 1 – Elementos da criação do Programa Mais Médicos e o debate no cenário legislativo sobre a formação	47
Capítulo 2 – O eixo da Formação do Programa Mais Médicos e os primeiros resultados obtidos	60
2.1 Expansão da graduação.....	62
2.2 Aumento de vagas em instituições públicas e privadas	66
2.3 Interiorização da formação	70
2.4 Expansão e regulação da residência médica	71
2.5 Qualificação da formação médica	75
Capítulo 3 – Conhecendo e reconhecendo cursos de medicina em IFES da Região Nordeste no contexto após o Programa Mais Médicos	79
Capítulo 4 – As representações sociais dos estudantes de medicina a partir das mudanças na formação introduzidas pelo Programa Mais Médicos	94
Capítulo 5 – Ampliando a análise pelos ingressantes nos cursos de medicina e pensando novas etapas de avaliação	116
Capítulo 6 – Refletindo sobre a experiência na formulação do PMM e a volta à docência pelo pesquisador.....	132
Conclusão	143
Referências	157
Apêndice I – Roteiro de Evocação Livre.....	172
Apêndice II – Questionário Sócio-demográfico	173
Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	179
Anexo I – Escala de atitudes profissionais do estudante de medicina - EAPEM-50	181
Anexo II – Parecer Consubstanciado do CEP	184
Anexo III - Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa	195
Anexo IV – Representações sociais de estudantes de medicina com as mudanças na formação do Programa Mais Médicos.....	209

Apresentação

Este trabalho tem como paisagem de fundo as estradas que percorrem o interior e principalmente o sertão nordestino. Ele foi, portanto, escrito entre várias idas e vindas e muitos questionamentos que refletem as diversas vivências do autor, pelo menos as dos últimos 20 anos. O pano de fundo se refere às muitas viagens realizadas para conhecer os cursos de medicina criados em virtude do Programa Mais Médicos na Região Nordeste, e certamente outras paisagens se confundem e estão presentes ao longo da pesquisa. Seja o cerrado de Brasília, o litoral de boa parte do Nordeste, ou mesmo o *Malecón* de Havana, esta pesquisa se desenvolveu em múltiplos lugares e predominantemente em um contexto de retrocesso asfixiante dos direitos sociais no Brasil. No momento de ingresso no Programa de Pós-Graduação ainda vivia-se com um governo eleito democraticamente, mas logo no início da caminhada houve um golpe, que vem colocando os interesses mais mesquinhos acima das necessidades da população brasileira. A previsão é de que políticas de austeridade piorem as condições de vida dos brasileiros nos próximos anos (MASSUDA et al., 2018; RASELLA et al., 2018), em um momento de ameaça da perda de direitos essenciais (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

É neste contexto que foi possível se debruçar sobre uma questão que provoca inquietação para o autor desde o início da graduação: como formar médicos que sejam comprometidos com as necessidades de saúde do povo? Ou quem sabe a pergunta já estava presente antes de ingressar na medicina, considerando o entendimento de que o ideário médico inicia-se antes de ingressar no curso (SASSI, 2012). Durante a graduação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, desenvolvida basicamente dentro de parâmetros flexnerianos (FRENK et al., 2011a), ficou a impressão de ter encontrado a resposta sobre como não formar. Apesar de vários exemplos de bons professores, a vivência cotidiana no Hospital Universitário trazia mais críticas do que caminhos, e novas experiências foram necessárias para a formação profissional. A participação em projetos de extensão popular e a inserção no movimento estudantil ajudaram a começar a responder os questionamentos. A intensa vivência em iniciativas

como a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, possibilitou ter uma ideia da magnitude do debate sobre a transformação da formação e principalmente vislumbrar a criação de novos sentidos para a educação médica (CRUZ, 2004).

Essa inquietude acabou levando para a Medicina de Família e Comunidade e à busca de um trabalho médico efetivamente na comunidade (VIEIRA; PINTO; MELO, 2018), e depois ainda mais longe, ao realizar uma migração médica incomum dentro do país (SEIXAS, 2015): de uma área com um número maior de médicos para outra com um número menor de profissionais. Saindo da periferia de Porto Alegre para uma equipe de saúde da família em uma comunidade de pescadores em Aracaju. Começava aí a conhecer as paisagens mais marcantes dessa pesquisa, e a vivência no trabalho, com a presença de internos e residentes na equipe em que atuava, o que ajudou a manter aceso o questionamento sobre a formação médica. Muitos estudantes até simpatizavam com a atenção básica no momento em que estavam na UBS, mas antes mesmo de ingressar no internato já tinham definido a especialidade futura (OLIVEIRA; ALVES, 2011).

Outro momento decisivo para aprofundar os questionamentos, foi o ingresso como professor no Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba, e a oportunidade de intensificar a ideia da mudança da formação em um contexto de reforma curricular incentivado por políticas governamentais (COSTA, A. M. et al., 2015). Assim como as potencialidades, logo os desafios foram verificados: se por um lado a vivência dos estudantes na atenção básica demonstrava a importância das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, por outro lado era impressionante o poder de captura do Hospital Universitário em um currículo ainda fragmentado e fruto de um debate coletivo insuficiente (SASSI, 2012; SIMON, 2012).

Parecia que somente com uma política pública abrangente seria possível começar um novo momento no enfrentamento dessa situação. E aí começa uma nova viagem, com a chegada no Ministério da Saúde e a experiência fantástica de formular e implantar o Programa Mais Médicos, especialmente no seu âmbito de provimento (OLIVEIRA F. P. et al., 2015). A partir disso, aprofunda-se a consciência que o debate da

formação não pode estar descolado do planejamento da necessidade de trabalhadores para o sistema de saúde e reafirmação das necessidades sociais como orientador da educação médica (FRENK et al., 2011a).

Cria-se o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no Ministério da Saúde, como espaço de referência em pensar a necessidade de processos regulatórios que envolvam ações de provimento e de educação, em consonância com outras iniciativas internacionais êxitosas (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016; WHO, 2010). Ao mesmo tempo em que se vê a transformação que os médicos cubanos estavam provocando nas pequenas comunidades (COMES et al., 2016; SANTOS, L. M. P. et al., 2017), mais uma vez estremece a pergunta de por quê a formação no Brasil não tem a mesma capacidade e segue apresentando limites importantes quando se pensa na sua correlação com o SUS (AMORETTI, 2005).

Neste momento foi possível participar de debates muito consistentes, e também reconhecer as experiências e as evidências internacionais (MENEZES; BORRELL, 2014). Ao mesmo tempo em que se busca levar a importância do Mais Médicos para outros países, observa-se como a agenda de responsabilidade social estava influenciando o debate da educação médica (BOELEN; DHARAMSI; GIBBS, 2012). Daí a necessidade de entender o quanto o PMM foi formulado com objetivos a longo prazo, que buscavam impactar diretamente o que o movimento estudantil de medicina dizia nos anos 1980: “chega de aprender nos pobres para tratar os ricos” (NEGRI FILHO, 2016).

Portanto, a premissa de pensar médicos para o sistema de saúde, define-se enquanto fundamental, devendo orientar a educação. Para tanto, faz-se necessário: planejar a expansão de vagas de graduação e residência em medicina; aproximar os locais de formação das áreas remotas; implantar novos processos avaliativos da formação médica; mudar as diretrizes curriculares na intenção de apresentar parâmetros mensuráveis e valorizar a atenção básica; regular a formação de médicos especialistas conforme as necessidades de sociais e; elaborar e difundir processos formativos para os docentes (BRASIL, 2015).

Conforme a política se desenvolvia, ampliava-se a vontade de conhecer *in loco* o desenvolvimento de experiências ousadas de formação de médicos em cidades do interior do Nordeste, e ao mesmo tempo de reencontrar como estava a formação nas capitais influenciadas pelos movimentos de reforma curricular da década de 2000. Inicia-se o doutorado no final de 2015 e vislumbra-se uma ótima oportunidade de pesquisar sobre esse tema. Em um momento de ruptura democrática é que ocorre o retorno para João Pessoa, e iniciam-se novas idas e vindas para concluir as disciplinas na Universidade de Brasília, as quais possibilitaram muitos dos debates dessa tese, a exemplo do reconhecimento da teoria das representações sociais.

Voltar ao contato com os estudantes de graduação e residentes no cotidiano da atenção básica também foi se aproximar dos novos cursos de medicina, e percorrer quase 3.500 km (a maioria de carro e uma parte em avião) e conhecer os rostos e concepções dos estudantes desses novos cursos. Mais que isso, conhecer relatos de professores engajados, alguns também migrantes, outros voltando para o interior, que estavam buscando uma nova formação médica (MELO et al., 2017), a despeito de todas as dificuldades de reconhecerem ter sido formados em modelos tradicionais insuficientes (VIEIRA; PINTO; MELO, 2018). Notava-se neles a inquietação de compreender a necessidade de formar um médico diferente e ter que participar da criação do novo para isso.

Baseando-se nessas vivências e nos espaços anteriores de formação se imagina que as mudanças pelas quais passa a educação médica, introduzidas pelo Programa Mais Médicos nos Cursos de Graduação em Medicina, provocam diferentes representações sociais nos estudantes de medicina acerca do trabalho na atenção básica e a responsabilidade social da escola médica. Os esforços para a mudança da formação não são recentes, constando diversas iniciativas e programas, mas entende-se que o PMM representa um novo marco regulatório na formação (OLIVEIRA F. P. et al., 2015).

Em face disso, busca-se nesse trabalho compreender o cenário internacional e nacional de mudanças na educação médica (Introdução); analisar como foi o debate, principalmente legislativo, sobre formação médica no período de criação do Programa

Mais Médicos (Capítulo 1); sistematizar as propostas e avaliar os primeiros resultados do PMM para a formação (Capítulo 2); traçar um caminho para conhecer os novos cursos de medicina criados em virtude do Programa Mais Médicos (Capítulo 3); discutir as representações sociais dos estudantes de medicina neste contexto (Capítulo 4); analisar como as mudanças na formação estão repercutindo no perfil dos ingressantes e pode repercutir nas suas atitudes (Capítulo 5) e; revisitar o caminho feito pelo pesquisador, incluindo uma breve análise de como as mudanças afetam uma instituição tradicional com reforma curricular no âmbito das DCN de 2001 (Capítulo 6). Esta é a organização dos capítulos da tese, entendendo assim que se permite chegar a considerações ao seu final sobre as primeiras repercussões das mudanças na formação médica introduzidas pelo Programa Mais Médicos. Que esse trabalho também possa gerar idas e vindas para quem o lê, pois os capítulos trazem diferentes olhares sobre as questões formuladas. Mais que isso, que a tese possa contribuir nos avanços necessários para a mudança de *praxis* necessária de uma formação médica conforme as necessidades sociais (ARAÚJO L. M., 2007).

Introdução

Em todo o mundo, os sistemas de saúde têm passado por profundas mudanças, fruto de transições demográficas, epidemiológicas e econômicas (CRISP; CHEN, 2014). Um dos componentes críticos para garantir um sistema de saúde universal é o da formação e alocação dos trabalhadores em saúde. Nesse contexto, vários países sofrem com a escassez de médicos; a disponibilidade desses profissionais em número suficiente, e alocados nas regiões necessárias, é um importante desafio que se impõe (GROBLER et al., 2005; PÓVOA; ANDRADE, 2006).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram a disparidade existente na proporção de um médico para cada 1.000 (mil) habitantes, quando comparados os países que possuem sistemas de saúde públicos e universais. Não há um parâmetro universal para a quantidade de médicos, mas o descompasso se observa também ao se constatar a concentração desse profissional em grandes centros urbanos e tecnológicos: ao passo que metade da população mundial habita áreas rurais, as pessoas dessas áreas são atendidas por menos de $\frac{1}{4}$ do número total de profissionais médicos (ARAÚJO, E.; MAEDA, 2013).

Essa escassez de médicos, quando ocorre no âmbito das ações de atenção primária em saúde é desestruturante, uma vez que esse modelo de atenção tem por objetivo ser a principal porta de entrada aos sistemas de saúde e é a estratégia mais eficaz da promoção da equidade no acesso às ações e serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

A carência de médicos e sua má distribuição geográfica gera o fenômeno do recrutamento internacional por inúmeros países, a exemplo de Reino Unido, Canadá e Austrália, com sistemas de saúde e aplicação de recursos distintos. Isso pode ocasionar implicações na política pública de saúde dos países que têm a migração dos seus trabalhadores, por conta da carência de profissionais qualificados e desregulação do recrutamento por meio de agências privadas (CHOPRA et al., 2008; DOLEA; STORMONT; BRAICHET, 2010).

Na leitura de alguns autores, que têm se debruçado sobre a problemática de atrair e fixar médicos em áreas remotas, aponta-se que as estratégias incluem, pelo menos, quatro dimensões, conforme Quadro 1: a. políticas educacionais, como mudanças nos currículos da graduação e residência médica e incentivo ao ingresso na formação especializada para quem trabalha em áreas remotas; b. políticas de regulação, tais como serviço civil obrigatório em áreas vulneráveis e abertura de escolas médicas no interior, incentivando a admissão de estudantes oriundos destas áreas; c. incentivos monetários, tais como bolsas de estudo e salários atraentes para quem se dispõe a trabalhar nestas áreas; d. incentivos não monetários, como extensão de visto de permanência para estrangeiros e supervisão com apoio entre pares (FRENK et al., 2011a; LEHMANN; DIELEMAN; MARTINEAU, 2008).

Quadro 1. Categorias de intervenções utilizadas para melhorar a atração, recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais.

Categoria de Intervenção	Exemplos
A. Educação	A1. Direcionar a admissão de estudantes das áreas rurais A2. Cursos de graduação em saúde fora das grandes cidades A3. Currículos que reflitam necessidades de áreas rurais A4. Exposição maior e precoce à prática rural durante a graduação Educação permanente de trabalhadores em áreas rurais
B. Regulatória	B1. Aumento do escopo de prática dos diferentes trabalhadores B2. Formação de diferentes tipos de trabalhadores B3. Serviço compulsório B4. Regimes de reembolso de empréstimo
C. Incentivos financeiros	C1. Incentivos financeiros apropriados
D. Suporte profissional	D1. Melhoria geral na infraestrutura rural D2. Melhoria das condições de vida e de trabalho D3. Supervisão de apoio D4. Apoio ao desenvolvimento profissional contínuo, planos de carreira D5. Medidas para reduzir a sensação de isolamento do trabalhador D6. Medidas de reconhecimento público

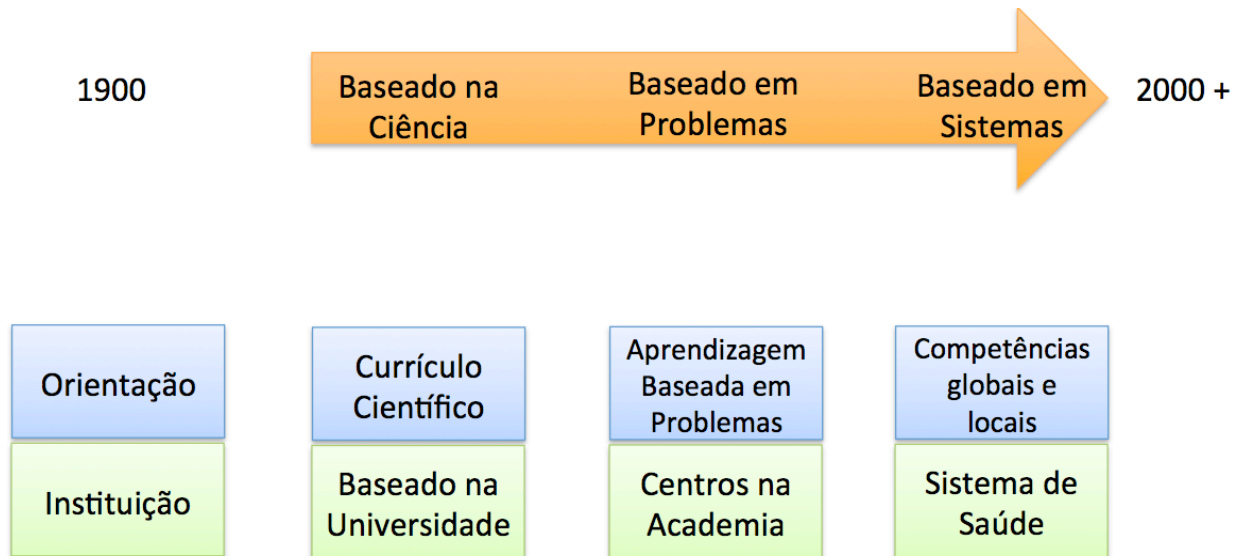
Fonte: WHO, 2010. Tradução do autor.

Na dimensão de políticas educacionais, destaca-se o trabalho elaborado por uma comissão independente de 20 pesquisadores de diversos continentes em 2010, que fez uma análise crítica dos avanços e limites do Relatório Flexner, cem anos após o seu lançamento. Intitulado *Education of Health Professionals for the 21st Century*, o relatório desta comissão publicado na Revista *The Lancet* destaca que as mudanças na formação desencadeadas pelo Relatório Flexner possibilitaram melhorias nos indicadores de saúde, mas não conseguiram enfrentar as iniquidades em saúde e necessitam de revisões com bases em novos problemas de saúde enfrentados no século atual (FRENK et al., 2011a).

Nessa publicação aponta-se para uma terceira geração de reformas na educação médica, evoluindo de um primeiro modelo, fortemente influenciado pelo Relatório Flexner, datado de 1910, no qual os currículos foram fundamentados no paradigma científico; passando por uma geração na qual as escolas adotam a formação baseada em problemas com serviços dentro da academia; e chegando ao modelo mais atual de sistemas de educação integrados com os sistemas de saúde, dialogando com a importância do desenvolvimento de competências locais que tenham um olhar global (FRENK et al., 2011a), como representado na Figura 1.

No intuito de avançar na perspectiva da terceira geração de reformas, propõe-se que todos os trabalhadores em saúde devem: mobilizar conhecimentos e comprometerem-se a raciocinar de forma crítica; e conduzir o cuidado eticamente de forma a adquirirem competências para inserção em um sistema de saúde centrado no usuário e na população. Devem, ainda, entenderem-se como membros ativos de uma equipe de saúde que possibilita uma resposta local e está conectada globalmente. Defende-se que a perspectiva final é assegurar a cobertura universal de serviços integrais de alta qualidade que são essenciais para melhorar a equidade entre os países (FRENK et al., 2011b).

Figura 1. Três gerações de reforma da Educação Médica.



Fonte: Frenk et al., 2011a. Tradução do autor.

Os autores que têm se debruçado sobre a formação médica têm feito duras críticas ao seu papel, a exemplo de Ritz et al. (2014), que demonstra como a escola médica é um mecanismo de perpetuação de si mesma, buscando se sustentar ao dizer para a sociedade que produz um médico qualificado e competente. Apesar de entender que o Relatório Flexner teve importância no contexto do início do século passado, agrega-se ao movimento mais recente de reformas, criticando a formação subespecializada e hospitalocêntrica. Defende-se, desse modo, que a formação não pode estar descolada dos determinantes sociais em saúde e, portanto, da organização do sistema de saúde local. Com base nisso, mais uma vez critica-se a escola médica, a qual, de acordo com os autores, não discute com os outros atores relevantes na saúde e principalmente não se preocupa com a forma como os seus egressos estão atuando nos serviços de saúde.

Em consonância com esse movimento, se consolidaram e surgiram novas propostas de modificação da formação médica através de consórcios internacionais, os quais pregam respeito à autonomia e às características locais. Evidentemente, não é a

primeira vez que se discute a mudança da formação médica, já que é possível listar diversos movimentos anteriores. No âmbito das Américas, por exemplo, nas décadas de 50 e 60 são registrados movimentos, capitaneados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), buscando atender as demandas sociais por médicos com formação adequada para os sistemas de saúde.

Um dos exemplos mais interessantes desses movimentos é um grupo de trabalho promovido pela OPAS para elaborar requisitos mínimos para criação de escolas médicas (OPS/OMS, 1979). Os participantes extrapolaram os objetivos iniciais do grupo e acabaram buscando estratégias também para a mudança das escolas existentes. Com isso, chegou-se a uma de suas importante premissas, de que *“El fin último del sistema de formación de recursos humanos para la salud, no es formar profesionales, sino mejorar la salud de la población”* (p. 265).

Dessa forma, o objeto aqui discutido não pode ser caracterizado como de uma discussão recente, por mais que esse debate tenha momentos de avanço e de retrocesso (ou pelo menos de uma certa estagnação). Ao mesmo tempo, a mudança na formação ganha novos contornos no contexto recente. Entre eles, está a criação de consórcios de escolas pautados pela ideia de responsabilidade social da educação médica. Entre esses consórcios, destacam-se as produções do *Training for Health Equity Network* (THENET, 2011) e o *Global Consensus for Social Accountability for Medical Schools* (GCSA, 2012), que reúnem escolas médicas dos diversos continentes e buscam formatos de acreditação das escolas que passam a ser declaradas como responsáveis socialmente. No âmbito mais recente e específico das Américas, a OPAS tem buscado incentivar a criação de novos movimentos entre as escolas desde 2014, tendo como marco um encontro realizado no Brasil que gerou o relatório *La Misión Social de la educación médica para alcanzar la equidad en salud* (MENEZES; BORRELL, 2014).

A responsabilidade social na educação médica (como ficou traduzido majoritariamente o conceito de *social accountability*, apesar de também utilizar-se o termo *missão social*) se refere à responsabilidade institucional de orientar o ensino, a pesquisa e as atividades em serviço para atender às necessidades em saúde com foco

prioritariamente em áreas de difícil acesso (THENET, 2011). É um conceito que parte da percepção de que a busca por saúde também é a busca por justiça social, entendendo que as atividades de ensino, pesquisa e extensão da escola médica devem estar obrigatoriamente orientadas para abordar as preocupações prioritárias de saúde da comunidade, da região, ou da nação em que estão inseridas (WOOLLARD; BOELEN, 2012).

Remete-se com isso, portanto, ao conceito de uma escola médica em estrita consonância com o sistema de saúde, o que alguns autores chegaram a denominar em determinadas experiências como sendo de um sistema de saúde escola (PAGANI; ANDRADE, 2012). Em escolas que adotaram a perspectiva da responsabilidade social, defende-se que elas devem dar uma contribuição explícita ao sistema de saúde, demonstrando, por exemplo, que os médicos formados têm efeitos positivos nos indicadores de saúde de suas comunidades (MAHONEY et al., 2014). Além disso, o conceito de responsabilidade social traz inovações como incluir na missão da escola médica a necessidade de participar do planejamento da força de trabalho, pensando o sistema de saúde em um âmbito nacional (WOOLLARD; BOELEN, 2012).

São listadas 10 diretrizes pelo *Global Consensus for Social Accountability for Medical Schools* (GCSA, 2012) para agir sob a perspectiva da responsabilidade social: antecipar as necessidades sociais de saúde; estabelecer parcerias com gestores e demais atores dos sistemas de saúde; adaptar as definições em evolução dos médicos e demais profissionais da saúde; promover a educação baseada em resultados; criar uma governança responsiva e responsável na escola médica; rever o escopo de diretrizes para o ensino, pesquisa e extensão; apoiar a melhoria da qualidade do ensino, pesquisa e serviços de saúde; estabelecer mecanismos de acreditação; equilibrar princípios globais com o contexto local e; definir o papel da sociedade.

Mesmo o conceito de responsabilidade social está em debate, tendo como exemplo a formulação de Boelen et al. (2012) em que se discute a diferença entre *accountability*, *responsibility* e *responsiveness*. Para o autor, há um gradiente de diferenças e capacidade de mudança entre as escolas ao adotar cada um dos três termos, sendo que o termo *accountability* (adotado nessa pesquisa como

responsabilidade social) indicaria o estágio mais avançado em que um curso de medicina poderia chegar.

A escola que se caracteriza pela *responsibility* estaria comprometida com o bem-estar social e a educação de bons médicos. Em outro patamar, a escola que adota a *responsiveness* busca responder a prioridades em saúde de um local: formar médicos com competências específicas e com olhar de profissionalismo. Finalmente, a escola com *accountability* trabalha colaborativamente com governos, organizações de saúde e a sociedade buscando um impacto positivo na saúde das pessoas, sendo capaz de demonstrar que seu trabalho é relevante, de alta qualidade, equitativo e custo-efetivo (BOELEN; DHARAMSI; GIBBS, 2012).

Portanto, o termo que se traduz aqui como *responsabilidade social*, busca maior abrangência, mas novamente é necessário fazer a crítica do que ele representa, para não cair na armadilha de um conceito antigo somente com aparência de novo, que busca manter as estruturas conservadoras ou o *status quo* propriamente dito (ROCHA, 2017). É exatamente sob esta perspectiva que Ritz et al. (2014) propõe a responsabilidade social reflexiva crítica: oriunda de uma escola médica tida como socialmente responsável e participante de consórcios internacionais (*Northern Ontario School of Medicine*), a autora analisa de que forma o termo “responsabilidade social” está se tornando um “guarda-chuva” que passou a cobrir matrizes de orientação conservadora, as quais buscam somente a reprodução da escola médica em patamares semelhantes da primeira geração de reformas (FRENK et al., 2011a).

Superar essa perspectiva significa refletir sobre a contradição de processos em que atores das escolas médicas, oriundos de classes mais privilegiadas, planejam as necessidades das classes populares. Tendo isso em mente, propõe-se manter o termo responsabilidade social, mas agregar o olhar “crítico e reflexivo” ao estabelecer iniciativas como: reexaminar constantemente os processos e o papel de cada ator neles; contextualizar a situação social, política e cultural local; tornar a responsabilidade social um empreendimento substantivo, buscando enfrentar a injustiça e avaliando o seu impacto e; compartilhar o poder entre a escola médica e outros atores (RITZ; BEATTY; ELLAWAY, 2014).

Apesar da crescente literatura internacional sobre o tema, e das iniciativas na região das Américas, referências nacionais sobre responsabilidade social são quase inexistentes. Uma das poucas é o próprio relatório, reportado anteriormente, a respeito de um evento realizado no Brasil em 2014 sobre a missão social. Há também a tradução da iniciativa do Consenso Global de Responsabilidade Social das Escolas Médicas pelo Instituto Regional da *Foundation for Advancement of International Medical Education and Research* (FAIMER).

Nesse ínterim, é possível ter algumas pistas do que deve constar em uma escola para tenha responsabilidade social: que se compreenda a importância do curso em relação às demandas do entorno social; induza o desenvolvimento de pesquisas sobre doenças prevalentes na comunidade local/regional; comprometa-se com a melhoria dos indicadores de saúde da comunidade local/regional; oportunize que a comunidade acadêmica exerça a responsabilidade social; estabeleça parcerias com a comunidade local/regional para a concepção, planejamento e execução das atividades educacionais e; realize atividades de extensão considerando as demandas locais/regionais (CYRINO, 2018).

Novamente, sugere-se que essas concepções vieram a somar no acúmulo nacional sobre o debate sobre educação médica. No Brasil, desde a década de 1970, foram propostas diversas iniciativas voltadas à adequação da formação médica às necessidades de saúde da população. A OPAS esteve presente em todos estes processos apoiando e fomentando a mudança das escolas médicas no Brasil (OLIVEIRA, F. P.; PINTO; et al., 2018).

Entre as iniciativas, pode-se citar as do Projeto de Integração Docente Assistencial (IDA) na década de 1970 e o Projeto “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade” (UNI) na década de 1990, os quais preconizavam uma maior integração entre ensino, serviço e comunidade. Dias et al. (2013) avalia que o Projeto IDA possibilitou inúmeras experiências inovadoras, apesar de limitadas à assistência a saúde e com baixa participação de docentes. Sobre o projeto UNI, os autores analisam que conseguiu ter uma orientação multiprofissional e fortalecer a perspectiva de projetos de mudança na comunidade, os quais envolveram

centenas de professores e estudantes. Posteriormente, essas iniciativas se uniram e formaram a Rede Unida, que tem buscado discutir, propor e implementar mudanças no âmbito da formação em saúde (REGO; MACHADO, 2017).

Outra iniciativa da sociedade civil na década de 1990 foi a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), composta por diversas entidades majoritariamente da corporação médica. A Comissão extrapolou o âmbito proposto inicialmente de avaliação e sugeriu mudanças em quatro frentes (gestão, inserção no serviço, docência profissionalizada e avaliação) para a transformação do ensino médico (ROCHA, 2017). Para Cruz (2004), a CINAEM conseguiu desvelar as estruturas de poder da escola médica e reposicionar os atores sociais nesse campo, possibilitando assim a criação de novos sentidos e uma nova linguagem na formação. Porém, até então, a atuação governamental fora bastante limitada, sem evidências de articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Esse quadro começa a ser modificado mais fortemente, com a participação decisiva dos atores e experiências de movimentos anteriores, através da elaboração e aprovação de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Medicina no ano de 2001. O texto vigente entre esse ano e o início de 2014, buscou estabelecer conexões junto aos marcos constitucionais de 1988 para se estruturar a formação de profissionais de saúde de acordo com as necessidades do SUS e definiu o perfil de médico esperado: crítico, reflexivo e generalista. Para Rego e Machado (2017) as DCN de 2001 representaram um movimento extraordinário, resultado de um processo participativo de reflexão, passando a incluir a saúde coletiva como fundamento indispensável para a formação profissional e a sua compreensão sobre o processo de saúde-enfermidade.

Em 2003 é criada no Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, possibilitando que a formulação sobre recursos humanos se tornasse prioridade entre as políticas de saúde (PIERANTONI et al., 2008). No trabalho conjunto entre os seus departamentos, DEGES e DEGERTS, são assumidas diretrizes intersetoriais estratégicas que possibilitam enfrentar os desafios na área de recursos

humanos em saúde de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do SUS. Pierantoni et. al (2008), avalia que isso coloca o Brasil em posição de destaque no debate sobre RHS, ao estruturar efetivamente uma área para desenvolver políticas sobre o tema em nível federal.

A partir daí, as iniciativas de mudança na formação em saúde mais recentes passam a ser no âmbito governamental, a exemplo do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) e do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), os quais geraram um acúmulo decisivo para a gestão da educação na saúde no Brasil. Cyrino et al. (2012) avalia que o PET-Saúde possibilitou o desenvolvimento do trabalho de ensino e pesquisa de intervenção em construção e execução conjuntas entre equipes de saúde da família e universidade, valorizando desse modo os profissionais do serviço.

Para Sordi et al. (2015), as experiências do Pró-Saúde e do PET-Saúde possibilitaram diversas mudanças positivas nas escolas: no âmbito de sua relação com os serviços de saúde, na mudança da dinâmica curricular, no envolvimento com as redes de atenção à saúde e no envolvimento com o SUS. Ao mesmo tempo, mantiveram-se fragilidades como a ausência de sustentabilidade das ações, a falta de alcance em larga escala dos estudantes e as parcerias insuficientes entre instituições de ensino e os gestores em saúde. Mesmo assim, ampliou-se a percepção da necessidade, por parte de todos os atores envolvidos nos programas, de uma nova forma de aprender a ouvir e compreender o outro (CYRINO et al., 2012).

Em sua formulação, o PROVAB veio ao encontro de experiências internacionais que buscam a construção de iniciativas para responder a necessidade de uma formação médica compromissada com a interiorização e o estímulo a fixação de médicos em áreas rurais (WHO, 2010). Ele foi criado em 2011 pelo Ministério da Saúde, com enfoque no provimento de médicos prioritariamente em áreas de difícil acesso ou em populações vulneráveis, desenvolvendo: estratégias de formação dos profissionais por meio de educação à distância, como a especialização em Saúde da Família e Telessaúde; atividades de supervisão presencial e à distância; além de pontuação

adicional de 10% para os médicos que pretendessem ingressar em Programas de Residência Médica, a partir de uma avaliação de seu desempenho.

Dessa forma, demonstrou-se mais uma vez a importância de planejar a necessidade de trabalhadores para o sistema de saúde aliando-se a uma estratégia educacional, com participação de diversas instituições de ensino denominadas de supervisoras (BRASIL, 2015). Apesar disso, avalia-se que no seu primeiro ano houve a manutenção da dicotomia entre ensino e serviço, e que seriam necessárias mais estratégias de educação permanente para fortalecer o programa (CARVALHO; SOUSA, 2013). Mudanças realizadas no segundo ano do programa, a exemplo da remuneração pelo Ministério da Saúde e o fortalecimento da gestão local apontaram para a superação dessas problemáticas (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Além das políticas no âmbito do Ministério da Saúde, destacam-se também iniciativas capitaneadas pelo MEC, que induziram a expansão do ensino superior e desse modo também incentivaram a criação de escolas médicas. Entre elas o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) que foi criado em 2007 e orientou a reestruturação das universidades federais sendo, portanto, um programa de reforma das IFES, acoplado a um conjunto de financiamento para aquelas universidades que a ele aderiram (BORGES; AQUINO, 2012).

Na literatura nacional também são recorrentes as análises e relatos sobre uma formação médica que não está voltada para as necessidades sociais e, portanto, não consegue corresponder ao que é preconizado para o Sistema Único de Saúde. Ao observar a atitude do estudante de medicina, Feuerwerker (2002) critica o modelo pedagógico da graduação e as dificuldades de estabelecer atividades práticas que reflitam a realidade do sistema de saúde, descrevendo que “quase ninguém examina, nem conversa, nem se responsabiliza pelos pacientes, esse é o modelo de prática que tem sido oferecido aos estudantes” (p. 12-13). Para a autora, um caminho essencial para a mudança da formação passa pela democratização da escola médica através de um pensamento estratégico e coletivo sobre novos processos de educação médica (FEUERWERKER, 2002).

Amoretti (2005) descreve a formação como essencialmente positivista, centrada na competência profissional e na busca de qualificação somente em determinada especialidade. Critica-se o paradigma biomédico vigente, que insiste em privilegiar as tecnologias em detrimento aos exames clínicos na definição dos diagnósticos (LAMPERT et al., 2009). Além disso, cria-se uma expectativa liberal e autônoma da profissão médica, que pode corresponder ainda à realidade de alguns poucos professores mas não encontra sustentação na atual situação do mercado de trabalho médico para a imensa maioria dos profissionais. Os estudantes formados nesse modelo são críticos ao SUS e defendem posturas corporativistas (AMORETTI, 2005).

Uma das consequências da formação médica centrada na formação de especialistas em detrimento de generalistas, considerando o contexto demográfico brasileiro de envelhecimento da população, seria uma escalada nos custos para os sistemas de saúde, sem proporcional melhoria nas condições de saúde da população. Isso caracteriza uma formação dispendiosa, possivelmente sem o potencial impacto esperado pela sociedade. Além disso, essa formação com especialização precoce acaba gerando a necessidade de um reforço teórico-prático, nas áreas em que não tiveram uma preparação adequada, para a efetiva inserção no mercado de trabalho (REGO; MACHADO, 2017).

Entende-se, também, que o processo de formação ocasiona distorções com a transição de uma representação idealista da profissão médica do início da formação, intrinsecamente humanista, para uma representação tecnicista-cientificista, voltada para uma atuação profissional especializada. Isso pode explicar, entre outras consequências, uma especialização precoce do futuro médico (AGUIAR, 2001), contribuindo ainda mais para o distanciamento entre a formação e as necessidades sociais.

São elaborações que corroboram a necessidade de reformulação da formação médica no Brasil, não só ponto de vista do perfil do egresso, mas também de pensar a quantidade de médicos necessários para o SUS. Cabe resgatar um pouco desse debate tão presente quando do lançamento do Programa Mais Médicos. Percebe-se que o número de médicos no Brasil tem aumentado, mas sua distribuição foi marcada por profundas desigualdades na inserção dos profissionais nos setores público/privado e

nas unidades federativas. Segundo a pesquisa Demografia Médica no Brasil, na publicação referente ao ano de 2013, havia uma razão média de 1,95 médicos por mil habitantes (SCHEFFER, 2015). Porém, esse número contabilizava médicos com duplo registro e sem limite de idade; em virtude disso, o Ministério da Saúde utilizava nessa época a estimativa de 1,83 médicos por mil habitantes (BRASIL, 2015).

Além do Brasil apresentar uma proporção insuficiente de médicos para as necessidades da população, esses profissionais estão mal distribuídos no território. Considerando as 27 unidades da Federação, 22 estão abaixo da média nacional, sendo que em 5, todas nas regiões Norte e Nordeste, têm o indicador de menos de 1 médico para cada 1.000 habitantes (BRASIL, 2015). Mesmo em São Paulo, que tem a terceira melhor proporção nacional de médicos (2,49 a cada 1.000 habitantes) apenas 6 de seus 17 Departamentos Regionais de Saúde têm média acima da nacional (SCHEFFER, 2015).

Percebe-se que os municípios mais pobres, menores e de difícil acesso são os que têm maior necessidade de médicos. É nessas localidades que se apresenta a maior escassez desse profissional, o mercado de trabalho médico da região mais inflacionado e a menor capacidade do município de atrair e fixar os profissionais (GIRARDI et al., 2016). No que se refere à situação do mercado de trabalho médico, percebia-se em 2013 uma situação de pleno emprego e um ritmo de criação de postos de trabalho muito acima do número de concluintes de cursos de Medicina (GIRARDI et al., 2016; MACIENTE; ROCHA; ASSIS, 2012).

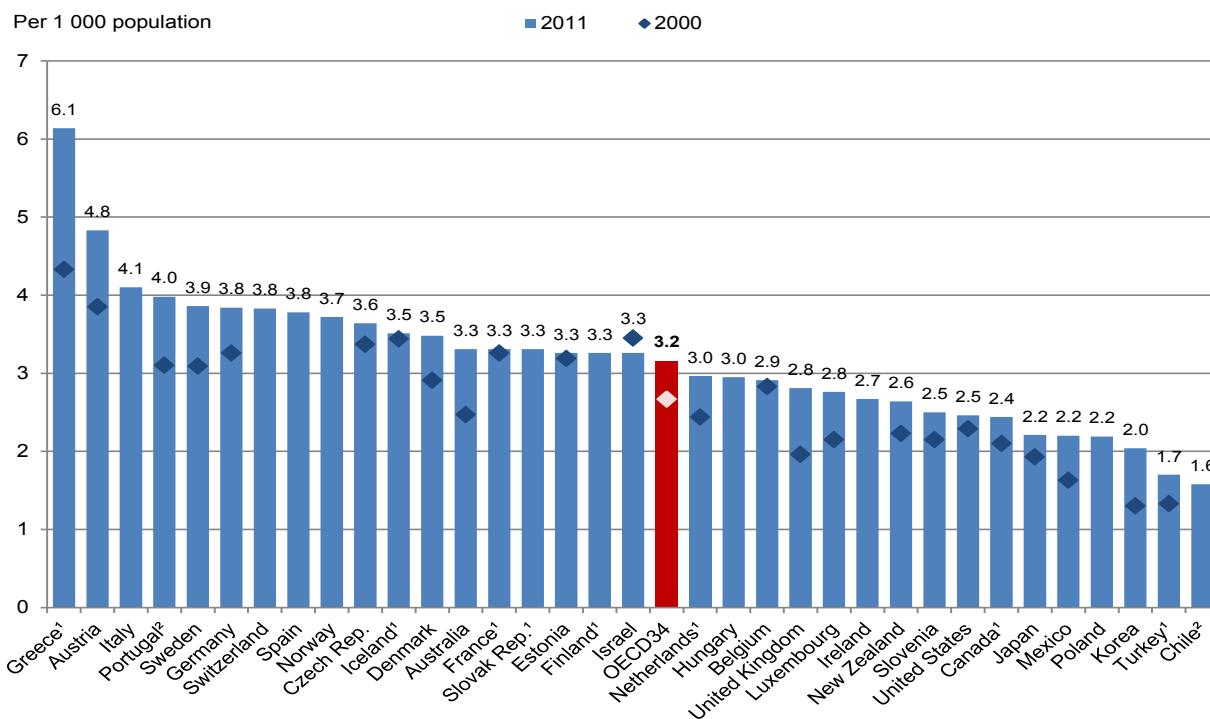
O reflexo disso é que de 2003 a 2012 foram criadas 143 mil novas vagas de emprego médico formal no mercado de trabalho (não estão incluídos nesta conta os contratos informais), mas as escolas médicas formaram apenas 93 mil médicos no mesmo período. Entendendo que essa situação repercute na capacidade dos serviços, principalmente do SUS, em contarem com o número adequado de profissionais para o seu funcionamento, estimava-se em 2013 um déficit acumulado de cerca de 50 mil médicos nos 10 anos anteriores (BRASIL, 2015).

Verificar a situação do Brasil no contexto internacional também ajuda a entender esse quadro. Apesar de não haver uma recomendação internacional específica sobre o número de médicos por 1.000 habitantes, ao analisar 35 países pesquisados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD²), registrava-se uma média de 3,2 médicos por mil habitantes no ano de 2011 (Figura 2), número bem acima do verificado no Brasil (OECD, 2013). Mesmo países com índices acima dessa média têm feito iniciativas para ampliar o número de profissionais em suas áreas remotas, entendendo que apesar da variação na necessidade de médicos por país (a depender de fatores como características demográficas e organização do sistema de saúde de cada local) as políticas públicas dos diferentes Estados têm se orientado pela ampliação do número de médicos.

Na mesma pesquisa, quando os representantes dos países foram questionados sobre problemas na área de gestão do trabalho e da educação, todos responderam que necessitavam de mais médicos, exceto a Holanda, país que há mais tempo desenvolve políticas regulatórias e educacionais na área (OECD, 2013). Os demais países mencionaram a necessidade de políticas para melhorar a distribuição dos médicos e, também para melhorar a proporção de médicos generalistas ou de médicos de família nos seus sistemas de saúde. Entende-se que são oportunas as iniciativas de acordo com a realidade de cada país, bem como a organização de cada sistema de saúde local. Não é possível, portanto, delimitar uma estratégia única ou parâmetro global que deva ser utilizada da mesma forma para todos os países que buscam enfrentar a problemática da atração e retenção de profissionais em áreas remotas, conforme demonstrado anteriormente no Quadro 1.

² A sigla refere-se ao nome original da organização.

Figura 2. Número de médicos atuando nos países da OECD em 2000 e 2011.



Fonte: OECD, 2013.

A situação do Brasil, de índices inferiores aos de outros países, se repete quando verificamos os egressos de cursos de medicina por 100.000 habitantes (OECD, 2013). Apesar das entidades que representam a corporação alardearem um suposto número absoluto excessivo de escolas médicas, é na comparação proporcional que se verifica que as escolas médicas brasileiras possuem um número relativo menor de vagas, conforme demonstrado na Figura 3. Para tanto, deve-se considerar que o Brasil é um dos países mais populosos do mundo e, portanto, tende a apresentar um número absoluto alto de escolas. Assim como em relação ao número de médicos por habitantes, também não há um parâmetro global para o número de egressos, mas se destaca nesta comparação com poucos países como o Brasil apresenta um número inferior a maioria dos demais.

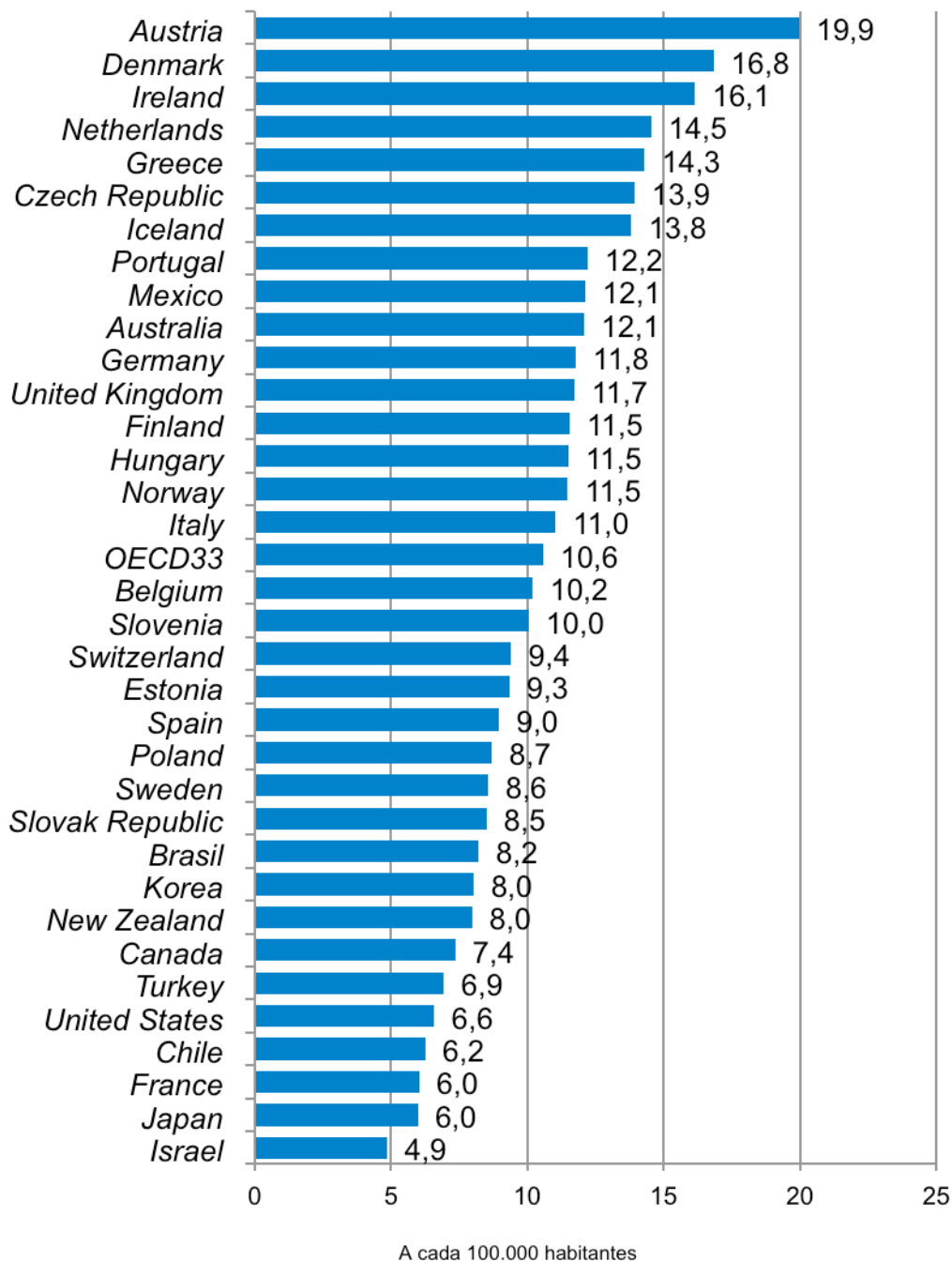
Evidências apontam desigualdades marcantes no acesso aos cuidados integrais à saúde entre os habitantes das regiões brasileiras, sendo as regiões Norte e Nordeste mais afetadas por escassez grave de médicos (GIRARDI et al., 2016; SEIXAS, 2015). As disparidades também eram notáveis entre as capitais e o interior dos estados, sendo a disponibilidade de médicos maior nas primeiras (GIRARDI et al., 2016; SEIXAS, 2015).

Levantamentos feitos com os usuários também reforçam a percepção dessas desigualdades. Segundo pesquisa domiciliar, com uma amostra de 2.773 pessoas, realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada em todas as unidades da federação no período de 3 a 19 de novembro de 2010, a falta de médicos era considerado o principal problema do SUS por 58,1% dos entrevistados. Para eles, aumentar o número de médicos foi a principal medida sugerida na intenção de melhorar o atendimento em centros de saúde (46,9% dos entrevistados), serviços especializados (37,3%) e serviços de urgência e emergência (33,0%) (SCHIAVINATTO, 2011).

No mesmo período, no âmbito da formação de especialistas, foi observado um quadro de insuficiência e má distribuição dos programas de residência, revelando a inadequação dessa etapa da formação às necessidades de saúde da população e do SUS (BRASIL, 2015). No final de 2012, foram ofertadas 11.468 vagas de acesso direto à residência para 15.804 médicos formados com possível ingresso em 2013, ou seja, percebia-se uma evidente desproporção entre o número de formados e de vagas para residência.

Deve-se considerar que a residência médica no Brasil tem sido historicamente viabilizada basicamente com financiamento público. No entanto, até então, não haviam mecanismos definidos de regulação da necessidade e distribuição de especialistas, a exemplo de outros países com experiências êxitosas de formação em sistemas universais de saúde (ARAÚJO; MAEDA, 2013; CHOPRA et al., 2008; GROBLER et al., 2005). Nota-se, portanto, grandes disparidades no processo de formação em âmbito nacional. Os médicos de família e comunidade representavam, em 2014, menos de 2% dos médicos do país e apenas 5% dos médicos que atuavam nas equipes de saúde da família, demonstrando novamente um desequilíbrio significativo entre necessidade e oferta (ALESSIO, 2015).

Figura 3. Taxa de egressos de cursos de medicina por 100.000 habitantes nos países da OECD (2013) e Brasil (2012).



Fonte: : OECD (2013), Censo da educação superior (INEP/MEC) e IBGE (2012).

Deve-se considerar que a residência médica no Brasil tem sido historicamente viabilizada basicamente com financiamento público. No entanto, até então, não haviam mecanismos definidos de regulação da necessidade e distribuição de especialistas, a exemplo de outros países com experiências êxitosas de formação em sistemas universais de saúde (ARAÚJO; MAEDA, 2013; CHOPRA et al., 2008; GROBLER et al., 2005). Nota-se, portanto, grandes disparidades no processo de formação em âmbito nacional. Os médicos de família e comunidade representavam, em 2014, menos de 2% dos médicos do país e apenas 5% dos médicos que atuavam nas equipes de saúde da família, demonstrando novamente um desequilíbrio significativo entre necessidade e oferta (ALESSIO, 2015).

A formação de especialistas por meio de programas de residência médica tem sido considerada o padrão-ouro em todo o mundo. A residência médica no Brasil teve seus primeiros programas descritos na década de 40, mas passa a ser reconhecida através de Lei somente em 1981 (STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017). Apesar do longo período de existência, da posterior criação do Sistema Único de Saúde e de iniciativas de mudança na formação em saúde, sempre houve uma grande dificuldade em estabelecer uma política pública que garantisse uma formação de especialistas adequada às necessidades em saúde da população (AMORETTI, 2005; BRASIL, 2015).

Um dos marcos de mudança nesse cenário foi o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas, criado em 2009 por iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação (PETTA, 2013), com o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS. Desde o início do Programa, a Medicina de Família e Comunidade foi determinada enquanto uma das especialidades prioritárias.

O Programa ampliou o financiamento de bolsas pelo MS, tornando-o um dos principais mantenedores em nível nacional (OLIVEIRA, F. P.; ARAÚJO; et al., 2018). A expansão ocorreu notadamente nas regiões que possuíam menor oferta de programas de residência, sendo as regiões Nordeste e Norte as que apresentaram o maior aumento proporcional da oferta de vagas de residência (ALESSIO, 2015). Outro marco importante é o Decreto Presidencial nº 7.562 de 2011, que determina que instituições e os

Programas de Residência Médica considerem a necessidade de médicos especialistas segundo perfil socioepidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS.

Apesar do processo de expansão proporcionado pelo Pró-Residência, ainda persistiam déficits significativos, especialmente na Medicina de Família e Comunidade. Em 2013, o número de médicos de família era muito inferior aos 40% preconizados pela Organização Mundial de Saúde, considerando as mais de 34 mil Equipes da Estratégia Saúde da Família existentes à época (ALESSIO, 2015). Esse déficit de médicos apresentava-se como limitador da expansão da ESF, ainda mais em um contexto de valorização da Atenção Básica, trabalhada sob a perspectiva de ordenação da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA, F. P. et al., 2015). Além da insuficiência de especialistas, a situação da MFC era agravada pelos altos índices de vagas não ocupadas (ALESSIO; SOUSA, 2017).

Nota-se, portanto, um contexto internacional e nacional favorável à mudanças na formação médica e um cenário de escassez de médicos, principalmente em regiões mais vulneráveis, com um clamor social para ter mais acesso a esse profissional. Ao mesmo tempo, uma formação de especialistas sem um planejamento de acordo com as necessidades do SUS. Em um momento de fortalecimento de políticas públicas que buscavam o enfrentamento das desigualdades históricas observadas no Brasil, esse quadro gerou demandas crescentes de diversos setores, e o acúmulo dessas forças foi necessário para o lançamento do Programa Mais Médicos, como será discutido principalmente nos capítulos 1 e 2.

Objetivo Geral

Sistematizar as proposições do Programa Mais Médicos para a formação médica e analisar se provocaram diferentes representações sociais sobre o trabalho na atenção básica e a responsabilidade social em estudantes de medicina de IFES da Região Nordeste.

Objetivos Específicos

Analisar as proposições e os primeiros resultados do Programa Mais Médicos para a formação médica, incluindo o debate legislativo sobre esse tema;

Comparar os currículos de cursos de medicina em IFES criados em virtude do Programa Mais Médicos com os de escolas mais antigas da Região Nordeste;

Descrever o perfil sociodemográfico de estudantes de medicina participantes de cursos criados em virtude do Programa Mais Médicos e de escolas mais antigas, comparando-os para identificar eventuais diferenças;

Identificar a estrutura das representações sociais de estudantes de medicina acerca do trabalho na atenção básica e da responsabilidade social das escolas médicas;

Analisar o papel das mudanças propostas pelo Programa Mais Médicos nas representações sociais acerca do trabalho na atenção básica e da responsabilidade social das escolas médicas.

Metodologia

Em uma primeira leitura da apresentação, ao dirigir o olhar para os capítulos da tese, é possível fazer a pergunta se tal organização não significa uma dispersão sobre o seu objeto, ou mesmo fazer um exercício de imaginar a busca de uma única metodologia que consiga articular os diferentes debates propostos nesse trabalho. Essas questões só podem ser discutidas considerando-se os diferentes caminhos possíveis na prática da pesquisa e a problematização necessária para a produção do conhecimento (MINAYO, 2008). Para tanto, deve-se considerar a pesquisa enquanto a intenção básica de ler e pronunciar o mundo, buscando-se traduzir as percepções de forma simples (STRECK, 2006).

Para trilhar esse caminho, é importante considerar a abrangência de uma política pública como o Programa Mais Médicos, que propôs iniciativas em três dimensões: provimento emergencial de médicos em áreas vulneráveis, reestruturação das Unidades Básicas de Saúde e mudança da formação médica (BRASIL, 2015), sendo esta última objeto desta pesquisa. Nesse contexto, além de orientar-se pela repercussão da solução de problemas concretos e imediatos, é preciso também olhar os mecanismos de construção da ação pública (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Analisar a política pública é, portanto, também entender como o problema da escassez de médicos veio a tona, que caminhos levaram a sugestões de solução, as decisões tomadas a partir daí e como se deu a sua implementação. Desse modo, um dos movimentos realizados na tese é o de se debruçar sobre o debate legislativo em torno da aprovação da Lei nº 12.871. Ainda assim, certas etapas priorizaram a avaliação de implementação, considerando o grau de realização dos objetivos propostos e as suas repercussões (ARRETCHE, 2001; VIANA, 1997), a exemplo dos capítulos em que se discute a visita *in loco* aos cursos de medicina na Região Nordeste.

Há de se considerar também que o pesquisador participou da formulação e implantação do PMM, apesar desse envolvimento ter sido mais diretamente no âmbito do provimento, ao exercer a diretoria do Departamento de Planejamento e Regulação da

Provisão de Profissionais de Saúde. Entende-se, portanto, o papel do investigador enquanto ator de transformação social (MINAYO, 2008). Percebe-se, também, o autor em um lugar estratégico para movimentar saberes e áreas (STRECK, 2006), pelas diversas interações possíveis, seja com outros pesquisadores, seja com grandes públicos.

Sendo ao mesmo tempo autor e fruto de um tempo histórico (MINAYO, 2008), defende-se nesse momento que, para questões complexas, são necessários múltiplos olhares com diferentes enfoques, o que justifica a disposição dos diferentes capítulos com técnicas delineadas de acordo com a especificidade de cada análise. O que não significa que não houve um olhar cuidadoso ao longo de todo trabalho: as abordagens diferentes são traduzidas em um esforço de sistematização, e um movimento muito atento de dialogar e elaborar com vários atores (que vão moldando novos formatos junto as percepções iniciais e rediscutidas do autor) para chegar às conclusões posteriormente expostas. Portanto, no exercício da compreensão, busca-se também perceber o lugar do outro (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Para tanto, buscou-se aliar métodos quantitativos e qualitativos, na perspectiva de superar possíveis dicotomias ou mesmo restrições de cada um desses caminhos. É a busca da unidade na síntese dos fenômenos, procurando evidenciar uma realidade objetiva através do objeto. Entende-se que ambos os métodos podem conduzir a resultados importantes sobre a realidade social, e por isso não há sentido em atribuir superioridade de um sobre o outro (MINAYO, 2008). Realiza-se, portanto, um exercício de aliar os métodos, sem ferir o rigor de cada um, assim como suas especificidades e a sofisticação metodológica e reflexiva (BRÜGGEMANN; PARPINELLI, 2008).

Dessa forma, é possível analisar os fenômenos sociais através de regularidades e frequências, mas também de relações, histórias e representações. Com isso, trabalhou-se nesta pesquisa com a utilização da Triangulação de Métodos, entendida por Minayo et al. (2005) como “(...) uma dinâmica de investigação que integra a análise de estruturas, dos processos e dos resultados” (p. 361), bem como “(...) a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre o projeto” (p. 361).

Na viabilização da triangulação de métodos, duas condições são consideradas imprescindíveis: uma equipe formada por profissionais de várias áreas que desejam trabalhar cooperativamente ao mesmo tempo e que, para atender a segunda condição, cada componente do grupo tenha uma competência disciplinar que permita o aprofundamento teórico-metodológico em relação ao conhecimento do objeto (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

No momento em que a pesquisa se desenvolve no âmbito da Saúde Coletiva, há uma facilidade de certa forma para o cumprimento dessas condições, considerando-se que insere-se em uma área essencialmente interdisciplinar. Há, portanto, a busca dialética da superação da visão fragmentada dos diferentes campos disciplinares, ao mesmo tempo em que se garante um profundo respeito por cada campo.

Tendo sido buscadas essas condições, a pesquisa passou a ser discutida com periodicidade pelo menos quinzenal em dois ambientes acadêmicos: durante as disciplinas e atividades do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília; e nas reuniões periódicas do Grupo de Pesquisa em Políticas, Educação e Cuidado em Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob responsabilidade dos professores do Departamento de Promoção da Saúde, ao qual o autor é vinculado.

Além desses espaços periódicos, foi possível circular e participar de debates em múltiplos lugares, muitas vezes tendo como tema o Programa Mais Médicos e a formação em saúde. Formou-se assim uma rede de discussão de certo modo informal, além das próprias redes formais de pesquisa na área de atenção básica e do Programa Mais Médicos (MOLINA; TASCA; SUÁREZ, 2016), as quais auxiliaram na construção das questões e no encontro de trajetórias que possibilitaram a elaboração dos capítulos dessa tese. Viabilizou-se, então, a interação múltipla de sujeitos, pois segundo Streck (2006), pesquisar é um ato de conhecer o que acontece entre sujeitos, um movimento que reflete a vida e gera vida.

Quadro 2. Percurso metodológico nos capítulos da tese.

Capítulo	Abordagem	Técnicas utilizadas	Universo ou Amostragem	Técnicas de análise
1 - Elementos de criação do Programa Mais Médicos e o debate no cenário legislativo sobre a formação	Quantitativa e Qualitativa	Estudo documental com tabulação dos dados	575 emendas propostas à MP 621/2013	Análise de conteúdo com identificação dos núcleos de sentido
2- O eixo da Formação do Programa Mais Médicos e os primeiros resultados	Quantitativa e Qualitativa	Estudo documental com revisão não sistemática de literatura e análise do banco de dados sobre cursos de medicina	Não se aplica	Avaliação de implementação de políticas públicas
3 - Conhecendo e reconhecendo cursos de medicina em IFES da Região Nordeste no contexto após o Programa Mais Médicos	Qualitativa	Estudo documental dos currículos dos cursos de medicina participantes	Nove cursos de medicina em IFES da Região Nordeste	Análise de conteúdo e categorização dos cursos
4 - As representações sociais dos estudantes de medicina a partir das mudanças na formação introduzidas pelo Programa Mais Médicos	Qualitativa	Questionário sociodemográfico e Roteiro de evocação livre	149 participantes dos 198 estudantes do sétimo semestre de quatro cursos de medicina	Análise univariada dos questionário sociodemográfico e análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes
5 - Ampliando a análise pelos ingressantes nos cursos de medicina e pensando novas etapas de avaliação	Quantitativa e Qualitativa	Estudo transversal	406 participantes dos 470 estudantes do primeiro semestre dos nove cursos de medicina	Teste Qui-Quadrado de Pearson
6 - Refletindo sobre a experiência na formulação do PMM e a volta à docência pelo pesquisador	Qualitativa	Diário de Campo	Não se aplica	Análise de conteúdo

Fonte: Elaboração do autor

É nessa capacidade dialógica do(s) pesquisador(es) perante diferentes propostas teóricas e metodológicas, bem como de sujeitos diversos, que se constitui a possibilidade de analisar as mudanças na formação médica introduzidas pelo Programa Mais Médicos. Para tanto, realizou-se: uma revisão não sistemática de literatura que refletiu em boa parte a introdução; uma análise documental dos diversos registros e proposições sobre o PMM especialmente no âmbito legislativo; uma análise dos bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde e da Educação, bem como de currículos de diferentes cursos de medicina; um estudo das representações sociais dos estudantes de medicina e; um estudo transversal com os estudantes que ingressaram em determinados cursos de IFES da Região Nordeste. Tal caminho está disposto no Quadro 2. O exercício de coleta de dados muitas vezes gerou interpretações que demandaram novas coletas (TRIVIÑOS, 2009), podendo ser percebida essa trilha nos diferentes capítulos até chegar nas considerações finais.

Reconhecendo que não é possível esgotar cada uma dessas abordagens sem justificá-las e contextualizá-las, buscou-se detalhar em cada capítulo a metodologia utilizada. Essa opção considera, inclusive, o cuidado de preservar o material original de artigos que já foram publicados ou aprovados, os quais são disponibilizados integralmente de forma anexa. Entende-se, então, esse passo não somente enquanto um recurso formal, mas como um convite para conhecer mais das variadas estratégias utilizadas ao longo da pesquisa nos capítulos específicos.

Na proposição das amostragens, considerou-se tanto a importância de representatividade numérica dos estudantes participantes da pesquisa, de forma a possibilitar generalizações, quanto a necessidade de aprofundamento em determinados grupos sociais. Nas elaborações desta perspectiva, buscou-se refletir a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo (MINAYO, 2008). Em todas as etapas que envolveram seres humanos, foi permitida a livre escolha de inserção na pesquisa, bem como houve concordância por parte de todas as instituições participantes, garantindo a confidencialidade das informações pertinentes.

As técnicas e instrumentos de pesquisa são detalhados em cada um dos capítulos. Da mesma forma, são abordadas as técnicas de análise, seguindo uma

percepção geral de penetrar nos significados compartilhados entre os atores sociais e manter a fidedignidade da compreensão do material levantado às relações sociais dinâmicas e vivas (MINAYO, 2008). Ao final, busca-se uma síntese das principais reflexões, identificando possíveis novos campos de análise e abrindo-se para a necessidade de novas etapas de pesquisa.

Antes de adentrar-se nos capítulos, cabe ainda ressaltar que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília através do Parecer de nº 1.852.717, inserido como anexo da tese. Foram respeitadas as Resoluções nº 466/2013 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Capítulo 1 – Elementos da criação do Programa Mais Médicos e o debate no cenário legislativo sobre a formação

Tendo sido caracterizado o quadro de escassez de médicos na Introdução, cabe agora registrar brevemente alguns acontecimentos que antecedem o lançamento do Programa Mais Médicos. Em decorrência do quadro evidente da necessidade de profissionais, particularmente na atenção básica em regiões mais vulneráveis do Brasil, a Frente Nacional dos Prefeitos do Brasil lançou a campanha “Cadê o médico?”, em janeiro de 2013 (FNP, 2013). A Frente elaborou uma petição reivindicando do Governo Federal a contratação de médicos estrangeiros para atuar em áreas de escassez, em conformidade com uma resolução aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde. A ampla adesão de prefeitos, de diversas vinculações partidárias, possibilitou mais uma boa amostra da repercussão da falta de médicos no país.

Mesmo assim, o lançamento do Programa Mais Médicos só veio a ocorrer alguns meses depois, em meio a manifestações que ocuparam as ruas de diversas cidades brasileiras em junho de 2013. Como uma resposta a essas manifestações, a Presidenta Dilma Rousseff propôs um pacto nacional em cinco áreas, envolvendo educação, transporte, responsabilidade fiscal, reforma política e saúde. Nessa última área, a proposta envolvia “trazer imediatamente milhares de médicos estrangeiros”, medida anunciada em discurso em cadeia nacional no dia 21 de junho de 2013. O anúncio acelerou um processo que iria culminar na publicação da Medida Provisória 621, alguns dias após, em 8 de julho de 2013.

Estudos recentes têm se debruçado sobre a época de criação do Programa Mais Médicos, do ponto de vista do ciclo de formulação e implantação de políticas públicas ou no quanto o PMM foi elaborado baseado em evidências científicas (GONÇALVES JUNIOR; GAVA; SILVA, 2017; OLIVEIRA, A. P. C. et al., 2018). Os autores têm analisado as diferentes etapas necessárias para a construção do consenso em torno da necessidade do Programa, as articulações intersetoriais necessárias para a sua implantação, ou o quanto foi necessário buscar a literatura internacional (como documentos citados anteriormente da OMS) para chegar na modelagem final no

momento de lançamento do Programa. Considerando a consistência desses estudos, e o objeto deste trabalho, interessa mais a análise dos conflitos provocados quando do debate da Medida Provisória, que traz o primeiro arcabouço legal do PMM. Faz-se portanto um recorte do debate no cenário legislativo sobre o Programa, com enfoque nas análises relacionadas às mudanças da formação médica.

Outro motivo para a opção pelo recorte na pauta legislativa foi em virtude da existência de pesquisas prévias sobre os posicionamentos da corporação médica quanto ao PMM (GOMES, L. B.; MERHY, 2017). Certamente esses posicionamentos influenciaram a discussão no Congresso Nacional, mas neste palco agregaram-se outras visões e interesses que serão objeto de análise no âmbito desta pesquisa, inclusive pela necessidade de registrar alguns marcos que influenciaram decisivamente a implantação do Programa e o debate sobre a sua efetividade em reduzir as iniquidades em saúde (COSTA, A. M. et al., 2015).

O Programa Mais Médicos foi proposto pelo governo federal por meio da Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013 (BRASIL, 2013b). Após publicação, a MP passou a ser debatida pelo Congresso Nacional, tendo recebido 575 propostas de emendas. A publicação da MP foi motivo de grande polêmica por permitir o ingresso de médicos estrangeiros sem a realização do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida). Assim, pela primeira vez foi elaborada uma política de incentivo para a vinda de médicos estrangeiros ao Brasil, baseada na crítica de que o Revalida era um exame de caráter restritivo, que não possuía um parâmetro de comparação com a formação no Brasil e que ao mesmo tempo autorizava para o médico aprovado o exercício da medicina em qualquer serviço e localidade, favorecendo assim a má distribuição de profissionais (BRASIL, 2015). No dia 22 de outubro do mesmo ano, a MP foi aprovada com alterações, passando então à condição de Lei nº 12.871 (BRASIL, 2013a).

O Programa tem oito objetivos relacionados com a formação e desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, a saber: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no país; aprimorar a formação médica no país e propiciar maior experiência no campo

de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do país e na organização e funcionamento do SUS; estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013a).

Com o intuito de incidir sobre o processo de formação de profissionais médicos no Brasil, foi elaborado um plano de expansão de vagas na graduação e na residência em medicina em todo o Brasil, envolvendo instituições públicas e privadas, proporcionando a descentralização da formação e a interiorização das Instituições de Ensino Superior (BRASIL, 2015). Essas ações estão sob responsabilidade do MEC em conjunto com o Ministério da Saúde.

Entretanto, nem todas as características do PMM relacionadas nos parágrafos acima integravam a redação do texto da MP nº 621. As emendas apresentadas para alteração da MP modificaram aspectos do Programa tanto no provimento emergencial de médicos, representado pelo Capítulo IV da Medida, quanto na abertura de cursos de medicina e formação médica no Brasil (Capítulos II e III), tendo sido incorporadas à versão final do texto da Lei nº 12.871. Em virtude do objeto desse trabalho, discutir-se-á mais atentamente os Capítulos diretamente relacionados com a educação médica, considerando a disponibilidade de outras análises sobre os demais capítulos (OLIVEIRA, F. P. et al., 2017).

Em conjunto com o Grupo de Pesquisa de Avaliação do Programa Mais Médicos da Universidade de Brasília, realizou-se um estudo documental, de abordagem quantitativa e qualitativa. Analisou-se o núcleo temático das 575 emendas propostas a MP que foram classificadas, de modo independente, por dois pesquisadores. Um terceiro pesquisador ajuizou os casos de classificação divergente. Os dados foram tabulados, e a frequência simples foi calculada.

Entende-se que o método qualitativo é adequado quando o objetivo é conhecer, descrever e interpretar um fenômeno. Para Minayo (2008), a pesquisa qualitativa constitui uma possibilidade para conseguir não só uma aproximação com aquilo que se deseja conhecer e estudar, mas também de criar o conhecimento partindo da realidade.

Após a primeira etapa de análise temática das emendas, foi realizada a análise do conteúdo, com leituras sucessivas, identificação de núcleos de conteúdo, comparação, quantificação, quando pertinente, e interpretação (MINAYO, 2008). O objetivo da interpretação foi tentar perceber os significados muitas vezes não expressos no corpo da norma, à luz do contexto histórico e institucional, no cenário da dinâmica política registrada no processo parlamentar que tratou do PMM.

Os temas abordados pelas emendas propostas à MP foram classificados conforme os passos descritos anteriormente e estão apresentados nas Tabelas 1 e 2. No item de emendas não relacionadas com o Programa Mais Médicos estão proposições em completa dissonância com o objeto da MP e, portanto, não foram avaliadas nessa pesquisa.

Tabela 1. Emendas apresentadas à Medida Provisória 621/2013 segundo o Capítulo no qual a alteração foi proposta. Brasil, 2013a.

Capítulo da Medida Provisória	Nº de Emendas	Percentual
II Autorização para Funcionamento dos Cursos de Medicina	65	11,3
III Formação Médica no Brasil	95	16,5
IV Projeto Mais Médicos para o Brasil	357	62,1
V Disposições Finais	42	7,3
Emendas não relacionadas com o Programa Mais Médicos	16	2,8
Total	575	100,0

Fonte: Oliveira F. P. et al., 2017.

Tabela 2. Emendas apresentadas à Medida Provisória 621/2013 segundo o núcleo temático de seu conteúdo e em ordem decrescente de ocorrência. Brasil, 2013a.

Capítulo	Núcleo Temático da Emenda	Quantidade	Percentual
IV	Exige revalidação dos diplomas médicos obtidos no exterior	90	15,6
II	Modifica critérios para os novos Cursos de Medicina	65	11,3
III	Modifica ou regulamenta o Segundo Ciclo do Curso de Medicina	64	11,1
IV	Veta a prorrogação do período de participação	37	6,4
IV	Dispõe sobre outras propostas relacionadas com o Projeto Mais Médicos para o Brasil	36	6,3
IV	Regulamenta valores de Bolsas e Ajudas de Custo para os Integrantes do PMM	34	5,9
IV	Garante direitos trabalhistas	32	5,6
III	Suprime o Segundo Ciclo do Curso de Medicina	31	5,4
IV	Responsabiliza o supervisor pelas ações do médico	28	4,9
N/A	Dispõe sobre outras propostas não relacionadas com o Programa Mais Médicos	24	4,2
IV	Exige do médico intercambista proficiência em língua portuguesa	20	3,5
V	Retira do MS e MEC a possibilidade de acordos ou transferências para entidades privadas	18	3,1
IV	Institui por Lei o Revalida e o regulamenta	17	3,0
IV	Modifica documentação exigida para ingresso no programa	17	3,0
IV	Retira a obrigação do CRM de expedir o registro provisório	16	2,8
V	Suprime Bolsa da EBSEH	16	2,8
IV	Propõe critérios para Supervisão e Tutoria do Médico Intercambista	15	2,6
IV	Exige respeito aos Princípios de Reciprocidade entre os países	15	2,6
Total		575	100

Fonte: Oliveira F. P. et al., 2017.

Chegando na análise do Capítulo II da MP, que trata 'Da Autorização para o Funcionamento de Cursos de Medicina', percebe-se a inclusão de parágrafos que reafirmaram o disposto na medida sobre a obrigatoriedade de critérios de necessidade social para a oferta do Curso de Medicina, mas que se diferenciaram da MP ao permitir: a abertura de cursos a partir da iniciativa de unidades hospitalares que fossem certificadas como de ensino ou que possuísem pelo menos dez programas de residência médica; e ao estender os parâmetros de rede de serviços de saúde aos cursos já existentes por meio da incorporação desses requisitos no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. Desse modo, ampliou-se o leque de instituições que poderiam credenciar cursos de medicina. Tais conteúdos foram incorporados a partir de emendas que geraram o segundo principal núcleo temático da Tabela 2, relativo a modificações na abertura dos cursos de medicina.

A redação definitiva do Capítulo II da Lei nº 12.871 definiu um novo marco regulatório para a abertura de cursos de medicina no Brasil, pois passou-se a exigir que sejam avaliados critérios relacionados com a necessidade social dessa formação médica e a condicionar a criação do curso de graduação à estrutura da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2015). Com isso, estabeleceu-se regulamentação específica para os cursos de graduação de medicina que extrapola a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Tais mudanças estão em consonância com a proposição de Frenk et al. (2011a) e portanto são condizentes com o modelo mais atual do que é preconizado para a educação médica: sistemas de educação integrados aos sistemas de saúde e de ciência, tecnologia e inovação, dialogando com a importância do desenvolvimento de competências locais que tenham um olhar global. Mesmo assim, as entidades que representam a corporação foram contrárias às mudanças propostas, defendendo que novos cursos de medicina deveriam ser criados somente caso houvesse, previamente, um hospital universitário disponível (GOMES, L. B.; MERHY, 2017).

No Capítulo III, 'Da Formação Médica no Brasil', o texto sofreu significativas alterações, com exclusão e inclusão de parágrafos. Os parágrafos eliminados referiam-se à proposta de um Segundo Ciclo na formação médica envolvendo

treinamento em serviço, exclusivamente na atenção básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos. Nessa segunda fase, além da supervisão acadêmica da instituição de educação superior, o estudante se submeteria à supervisão técnica de médicos detentores de título de pós-graduação e receberia bolsa custeada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b). A proposição do Segundo Ciclo foi uma das principais motivações para a Associação Brasileira de Educação Médica ter se posicionado contra a MP (GOMES L. B.; MERHY, 2017).

Mesmo com a retirada do Segundo Ciclo, a Lei incorporou a necessidade de pelo menos 30% das atividades do internato ocorrerem em serviços de atenção básica e urgência e emergência no SUS (como previa o desenvolvimento de todo o novo ciclo de formação) e tornou obrigatório o cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as quais anteriormente só estavam previstas em portarias do MEC. Respeitou-se, ainda, o tempo mínimo de dois anos de internato, a ser disciplinado nas DCN.

Apesar da publicação por portaria das DCN de 2001 que preveem uma maior inserção dos estudantes na atenção básica, concluiu-se que ainda era insuficiente a atuação nesses serviços, mesmo em cursos orientados por essas diretrizes anteriores implantadas (ALMEIDA, M. J. et al., 2007). Portanto, a disposição de um percentual em lei do período mínimo de atividades nesse nível de atenção configura-se como uma nova iniciativa de regulação da inserção nos serviços que precisará ser avaliada quanto a sua efetividade, ainda mais considerando as resistências quanto a práticas inovadoras de ensino.

Dessa forma, os artigos que tratam sobre residência médica foram bastante modificados, sendo as mudanças realizadas com a finalidade de excluir o Segundo Ciclo da redação da Lei e incorporar as propostas relativas à formação no ingresso da residência médica. Com isso, manteve-se a duração do curso de medicina, que habilita o médico para o exercício profissional, em seis anos, mas modificou-se o percurso para a formação do especialista, passando a ter uma inserção importante da atenção básica

com a Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC)³ e previsão de oferta de vagas para todos os concluintes da graduação, meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Estimava-se que o déficit na oferta de vagas para ingresso na residência médica no Brasil era de cerca de 4 mil em 2013 (BRASIL, 2015). Após a discussão no Congresso, a redação da Lei modificou a MP e incorporou um componente inédito na formação de especialistas médicos: a universalização da residência médica, seguindo o exemplo do percurso formativo de outros países com sistemas universais de saúde, onde há vagas de residência para todos os médicos que concluem a graduação (OECD, 2013).

Além disso, dialoga-se com a constatação da necessidade urgente de regular o acesso aos programas de residência médica, modificando a disponibilidade de vagas nos programas (AMORETTI, 2005). Uma das estratégias discutidas pelo autor é justamente a necessidade da ampliação de vagas na área de Medicina de Família e Comunidade, já que o número de médicos com formação em atenção básica estava em patamares inferiores ao total de 5% dos médicos no Brasil (BRASIL, 2015).

O novo texto que orienta sobre as metas para a oferta de residência médica destacou a obrigatoriedade da residência em MFC como critério de acesso à boa parcela das demais especialidades médicas. Os parlamentares, entretanto, mantiveram outras nove especialidades como de acesso direto, cabendo considerar que essas especialidades respondem por um número relativamente pequeno de vagas de residência:

Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades: I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e II - Programas de Residência Médica de

³ O termo Medicina Geral de Família e Comunidade é utilizado como sinônimo do termo de Medicina de Família e Comunidade pela Comissão Nacional de Residência Médica. Opta-se nesse trabalho pelo termo MFC, considerando que é mais antigo e amplamente mais utilizado do que MGFC.

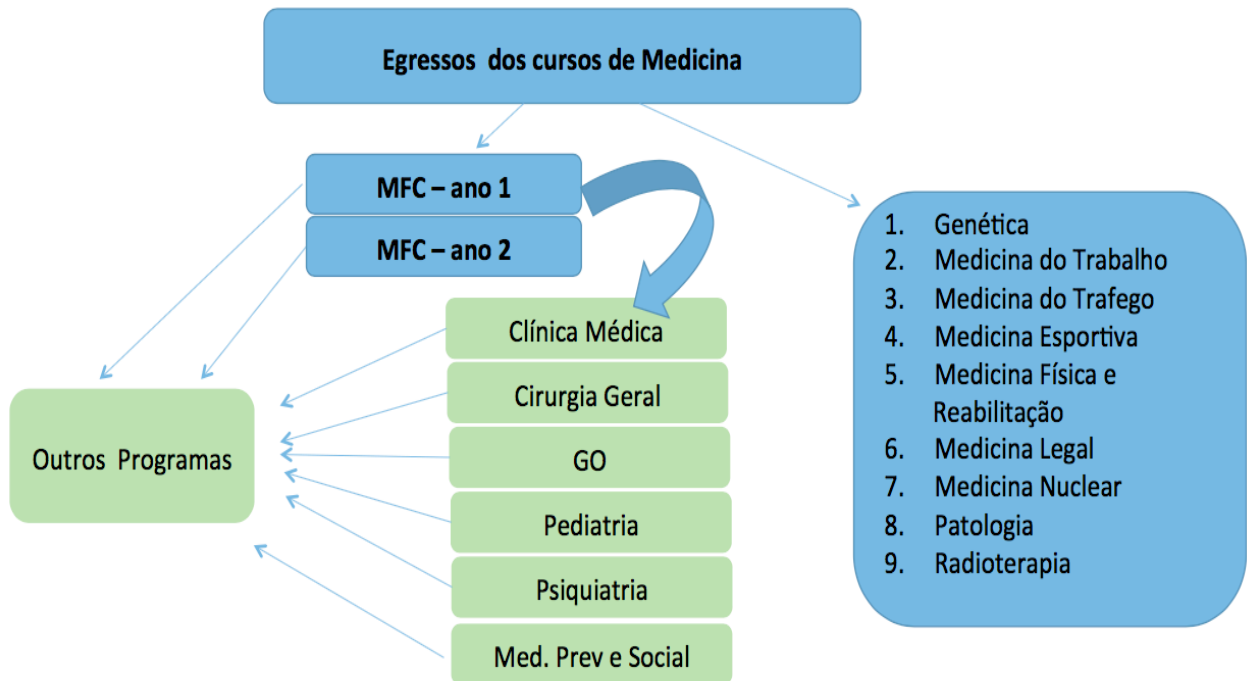
acesso direto, nas seguintes especialidades: a) Genética Médica; b) Medicina do Tráfego; c) Medicina do Trabalho; d) Medicina Esportiva; e) Medicina Física e Reabilitação; f) Medicina Legal; g) Medicina Nuclear; h) Patologia; e, i) Radioterapia. (Brasil, 2013a).

Acrescentou-se, ainda, a definição de que o “Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos” (Brasil, 2013a), mas como pré-requisito para algumas especialidades consideradas básicas, definiu que somente o primeiro ano dessa residência será obrigatório:

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica: I - Medicina Interna (Clínica Médica); II - Pediatria; III - Ginecologia e Obstetrícia; IV - Cirurgia Geral; V - Psiquiatria; VI - Medicina Preventiva e Social. (Brasil, 2013a).

Para as demais especialidades, deixou-se a critério do MEC, sendo ouvidos a CNRM e o MS, o tempo de pré-requisito de MFC, se de um ou dois anos, conforme a Figura 4. Foi disciplinado ainda que o pré-requisito da MFC seria válido somente a partir do momento em que houvesse a universalização da residência e que as atividades na rede saúde-escola dessa especialidade seriam coordenadas pelo MS. Abriu-se também a possibilidade de complementação no valor das bolsas de residência para a MFC.

Figura 4. Percurso da formação de especialistas através da residência médica conforme Lei no 12.871. Brasil, 2013a.



Fonte: Elaboração do autor.

Ainda nesse Capítulo, outra importante mudança proposta pela relatoria do Congresso ao ouvir a Comissão de Especialistas do MEC foi introduzida: as avaliações seriadas, a cada dois anos para o Curso de Graduação em Medicina e anualmente para os Programas de Residência Médica, sob responsabilidade de realização do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, órgão vinculado ao MEC. Essas mudanças estão em consonância com preocupações atuais na gestão acadêmica, a exemplo da implantação de instrumentos processuais como o teste de progresso (PINHEIRO et al., 2015).

Por fim, no Capítulo III, vale destacar a inserção da Seção Única que criou o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde, também uma demanda apresentada pela Comissão de Especialistas do MEC à Relatoria do Projeto de Conversão em Lei com o objetivo de elencar diretrizes de pactuação entre as instâncias

do SUS e as instituições de ensino, sob coordenação dos Ministérios da Educação e da Saúde:

Art. 12º. As instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica. (Brasil, 2013a).

Cabe ainda destacar a inclusão do Cadastro Nacional de Especialistas, elemento que estava previsto em portaria do Ministério da Saúde, mas, ao ser incluído na Lei (considerando que não constava na MP), dispôs que a certificação de especialistas médicas se submete às necessidades do SUS e obrigou as entidades médicas a encaminhar seus registros de especialistas para o MS. O Cadastro tem como objetivo reunir informações relacionadas aos profissionais médicos para subsidiar o MS e o MEC na parametrização de ações de saúde pública e de formação em saúde, por meio do dimensionamento do número de médicos, sua especialidade médica, sua formação acadêmica, sua área de atuação e sua distribuição no território nacional. Entende-se que a disponibilidade dessas informações é um passo fundamental para o planejamento da gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2015).

Houve um dispositivo proposto na Relatoria e presente no Projeto de Lei de Conversão da MP nº 621 que é o Fórum Nacional de Ordenação de Recursos Humanos na Saúde, o qual acabou não sendo incluído no texto final da Lei por demanda das entidades médicas. O Conselho Federal de Medicina apoiou a aprovação da Lei em virtude da retirada do Fórum (AGÊNCIA CÂMARA NOTÍCIAS, 2013), que teria composição multiprofissional, com caráter consultivo e teria a finalidade de propor diretrizes para a competência de cada profissão em saúde no Brasil.

A Associação Brasileira de Medicina defendeu que o PMM criava uma “Medicina dos Pobres”, e o CFM caracterizou a MP como a maior agressão sofrida pelos médicos do Brasil, representando grave risco à saúde da população e piora da formação médica. Para Aciole (2017) ao ter sido desmontado o mito da suficiência de médicos, as entidades médicas criaram novos mitos como a falta de qualificação das novas escolas em um discurso ideológico de insuficiência do SUS (ACIOLE, 2017). Avalia-se que a mobilização das entidades não foi suficiente para deter o Programa, e o apoio do CFM ao texto final gerou uma cisão no movimento médico (GOMES, L. B.; MERHY, 2017).

A despeito de ter sido duramente criticado pelas entidades médicas por ocasião do debate parlamentar, o processo desenvolvido no Congresso Nacional permitiu avanços na legislação do PMM. Destaque particular deve ser dado às DCN e à interiorização das escolas médicas, temas novamente discutidos nos capítulos a seguir. A Lei do Mais Médicos estabelece-se, assim, como marco para a criação ou aperfeiçoamento de condições para um maior acesso da população brasileira aos serviços de saúde.

Com disputas que seguiram além daquele momento, as mudanças na formação curricular também foram significativas na Lei, com acréscimos importantes após a MP. Elas passaram a ter uma quase exclusividade no debate a partir do momento em que a vinda de médicos estrangeiros e o consequente provimento de profissionais na atenção básica se consolidou e recebeu a aprovação da sociedade. Portanto, nota-se que houve uma mudança no discurso das entidades médicas, que se voltou para uma alegada perda de qualidade da residência com o PMM, a partir do momento em que perderam o debate público sobre a vinda de médicos estrangeiros (GOMES L. B.; MERHY, 2017).

Com isso, setores que não concordavam com as mudanças na formação, e principalmente com a regulação da formação de especialistas no país, passaram a questionar mais fortemente as disposições da Lei nesse campo, as quais evidentemente apontam para uma escola médica vinculada ao sistema de saúde e, portanto, em consonância com o debate internacional. Proposições que excluam mecanismos de regulação da formação na Lei tendem a gerar retrocessos importantes na gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS e começaram a ser implantadas através da

Lei nº 13.530 de dezembro de 2017, que apesar de ter como objeto o chamado “novo FIES”, retirou a obrigatoriedade da necessidade de avaliação a cada dois anos da graduação em medicina e a avaliação específica anual da residência médica.

Apesar da legislação ser estanque e a realidade dinâmica, o aprimoramento do processo de construção social e da cidadania demanda o exercício democrático do debate e do contraditório, em nome do interesse público. O árduo caminho do processo legislativo, no caso da MP nº 621, orientado por forte tensão corporativa e por posições francamente contrárias à estratégia de prover profissionais médicos aos municípios, representou um momento culminante do acirramento entre posições ideológicas antagônicas que sucederam naquela casa e no país.

Capítulo 2 – O eixo da Formação do Programa Mais Médicos e os primeiros resultados obtidos

O Programa Mais Médicos (PMM) está estruturado em três eixos: provimento emergencial, infraestrutura e formação médica (PINTO et al., 2014). O eixo de provimento emergencial baseia-se em chamadas de médicos para compor equipes da Estratégia Saúde da Família, em territórios com escassez desse profissional. O eixo de infraestrutura caracteriza-se pelo aporte de recursos para a reforma, ampliação e construção de novas Unidades Básicas de Saúde. Por fim, o eixo da formação médica tem o objetivo de ampliar e qualificar a formação de médicos no país.

O presente capítulo descreve e reflete sobre como foi proposto e desenvolvido o eixo da formação, analisando dados de sua implantação e avaliando os resultados obtidos no período de 2013 a 2015. Entende-se que o âmbito educacional é onde está a principal estratégia do PMM para ampliar o número de médicos no Brasil de 1,8 médicos por mil habitantes, vigente no ano de criação do Programa, em 2013, para a meta de 2,7 médicos por mil habitantes, em 2026 (BRASIL, 2015).

Nesta etapa, foi realizado um estudo documental, com revisão não sistemática da literatura sobre o PMM, utilizando as bases eletrônicas Scielo e Pubmed, com os descritores “Programa Mais Médicos”, “Mais Médicos”, “Educação Superior”, “Faculdades de Medicina” e “Educação Médica”, no ícone “pesquisa” incluindo todos os índices. Foram considerados os idiomas inglês, português e espanhol, a partir de 2002 até o momento atual. Este estudo foi realizado em conjunto com pesquisadores de outras universidades que também estão avaliando o Programa.

Foi realizada análise documental retrospectiva com o objetivo de identificar normativas (leis, regulamentações, decretos, portarias, notas técnicas com poder determinativo) disponibilizadas pelo governo federal em sites sobre o programa, além de documentos e publicações que possibilitaram identificar, descrever e sistematizar seus objetivos, justificativas e resultados esperados, relacionar estes resultados com

mudanças nos instrumentos de políticas públicas normatizados, ou criação de novos, a fim de compor um quadro geral de ação sobre o PMM (MULLER; SUREL, 2002).

Constituída a modelagem e levando-se em conta as questões de pesquisa, foram estudadas evidências da implementação da política tanto em relatórios e literatura, quanto em bancos de dados analisados. A busca estruturou-se com base em desenhos típicos de estudo de avaliação de implementação (ARRETCHE, 2001; VIANA, 1997), considerando o grau de realização dos objetivos propostos e as suas repercussões.

Para analisar o processo de expansão de vagas de graduação em medicina utilizaram-se dados secundários de bases públicas dos Departamentos de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES), de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS). Em virtude da não existência da variável “número de vagas no momento de criação do curso” nos bancos de dados disponibilizados, foi estabelecido que o número de vagas no momento da autorização seria equivalente ao número de vagas atuais no momento da coleta. Os dados populacionais foram extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O estudo foi definido em cinco períodos: entre os períodos de 1808 a 1963 (criação da primeira faculdade de medicina até o período anterior à ditadura militar); 1964 a 1987 (ditadura militar e período prévio à constituição vigente); 1988 a 2002 (constituição federal e período dos governos Collor e FHC); 2003 a 2012 (expansão durante o governo Lula e período do governo Dilma antes do Mais Médicos) e 2013 a 2015 (período no governo Dilma do Programa Mais Médicos). Para a definição do limite do último período foi considerada a maior disponibilidade de dados até 2015.

Para a definição dos períodos foram observados estudos anteriores sobre a expansão de vagas de graduação em medicina (SCHEFFER; DAL POZ, 2015), bem como uma distribuição relativamente equânime de vagas criadas em cada período. Eles foram utilizados para a elaboração de gráficos nos resultados. As vagas de graduação dispostas nos gráficos são as autorizadas pelo Ministério da Educação

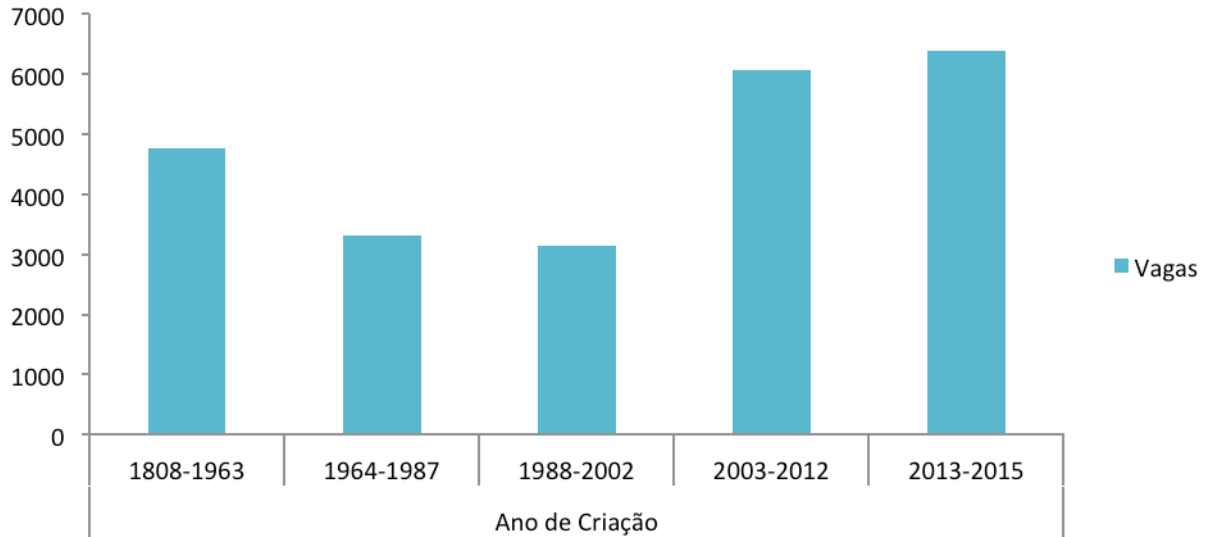
(MEC), bem como as de âmbito municipal e estadual autorizadas pelos Conselhos Estaduais de Educação.

Os resultados são expressos nos seguintes itens: expansão da graduação, em que se faz uma análise do total de vagas criadas ao longo do tempo; aumento de vagas em instituições públicas e privadas, em que se introduz o debate sobre o tipo de instituição em que a vaga foi criada; interiorização da formação, em que se busca analisar um dos objetivos do programa de viabilizar a criação de cursos em regiões mais vulneráveis; expansão e regulação da residência médica, no qual se analisa as vagas criadas para a formação de especialistas e; qualificação da formação médica, em que se faz um apanhado de iniciativas de perfil menos quantitativo que as anteriores mas tão estruturantes quanto.

2.1 Expansão da graduação

A criação de vagas de graduação em medicina no país é um processo tardio, quando comparado a outros países (OECD, 2013), e com períodos de acanhada expansão que geraram déficit no número de médicos no país, conforme tratado anteriormente. Observa-se no Gráfico 1 um crescimento acentuado a partir de 2003, especialmente a partir de 2013, em virtude do Programa Mais Médicos. Mesmo com a possibilidade de subestimar a criação de vagas nos períodos mais recentes, já que as expansões realizadas são contabilizadas no ano de criação do curso, destaca-se que o maior crescimento ocorre nos dois períodos dos anos 2000, com enfoque para o período de vigência do PMM.

Gráfico 1. Vagas em cursos de graduação em medicina conforme ano de criação, Brasil, 1920 a 2015.



Fonte: elaboração do autor a partir de dados do DDES e DEGES, 2015.

A expansão após 2013 foi regulada pela Lei do PMM e seguiu as diretrizes dispostas pelo Programa. Desse modo, priorizou-se a abertura de cursos em regiões com menor relação médico por habitante, fortalecendo a interiorização e a redução das desigualdades regionais. As metas previstas foram baseadas em projeções, tendo como objetivo atingir 2,7 médicos para cada mil habitantes em 2026 e melhorar a distribuição no território nacional (BRASIL, 2015). Entende-se que dessa forma há coerência com a percepção de que a demanda passou a ser regulada e planejada pelo Estado em função da necessidade social da oferta da formação médica (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

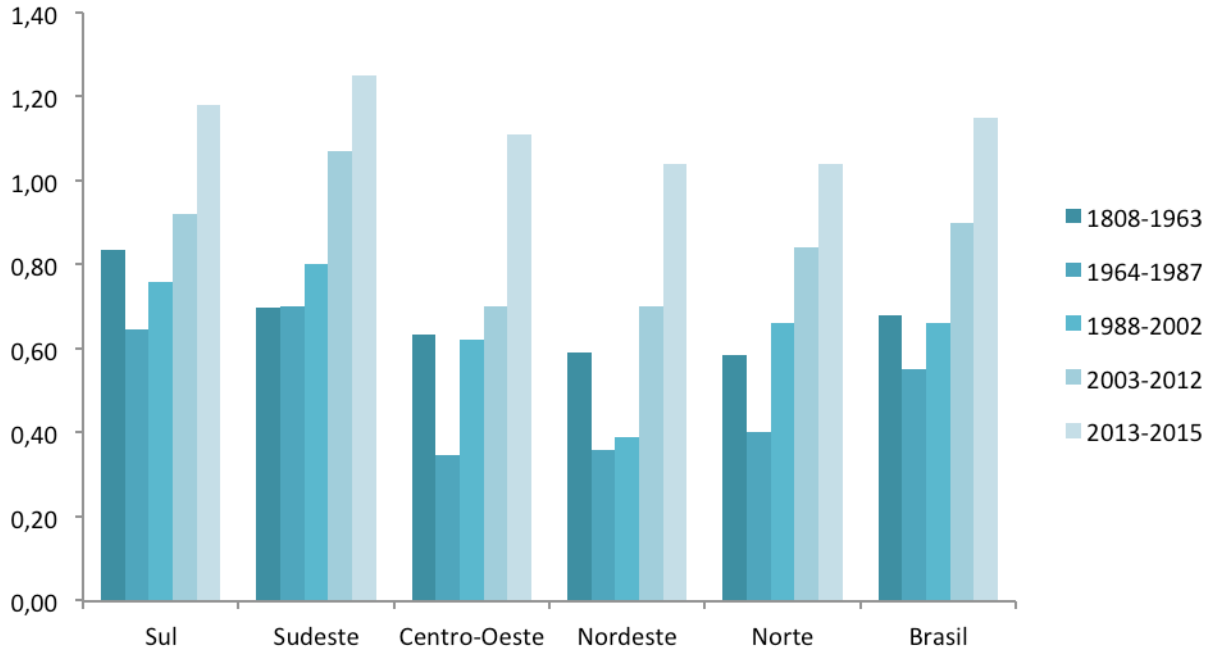
A expansão teve notório componente de equidade, como se pode ver no Gráfico 2. As regiões Norte e Nordeste, com maior necessidade social e com menor capacidade de atrair e fixar profissionais (GIRARDI et al., 2016), apresentavam proporção de vagas por habitantes historicamente menor que as regiões Sul e Sudeste. Até 2002, o número de vagas por habitantes do Nordeste (0,39 vaga/10.000 habitantes) era a metade da Região Sudeste (0,8 vaga/10.000 habitantes). No período de 2013 a 2015 foram criadas

6.391 vagas em cursos de medicina, ou seja, 55% da meta do PMM, que anunciou quando do seu lançamento a criação de 11.500 vagas até 2017 (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Instituições Federais de Educação Superior, instituída no âmbito do PMM, foi orientada para a diminuição das disparidades regionais, a interiorização e a adoção de estratégias de aperfeiçoamento da qualidade dos cursos. Assim, a seleção dos locais para a implantação de novos cursos e aumento de vagas em cursos existentes foi um processo realizado em acordo com as IFES, baseado em critérios como a prioridade para implantação de novos cursos em campus interiorizados; regiões com menor relação entre número de médicos e habitantes, em especial nas regiões Norte e Nordeste. Esse é exatamente o perfil dos cursos visitados no âmbito dessa pesquisa no chamado grupo de “intervenção” como será abordado no capítulo a seguir.

A distribuição das vagas permitiu que todas as regiões do Brasil ultrapassassem o patamar de 1 vaga por 10 mil habitantes e as diferenças entre elas foram reduzidas significativamente, conforme o Gráfico 2. Houve maior crescimento proporcional justamente nas regiões que apresentavam as menores taxas. O Nordeste, região escolhida para ser analisada nessa pesquisa, saiu de um patamar de 0,67 vagas por 10 mil habitantes ao final de 2012 para chegar em 1,02 em 2015. O governo federal anunciou a meta de chegar a 1,34 vagas a cada 10 mil habitantes com um equilíbrio entre os estados quando da efetivação de todas as vagas planejadas pelo PMM (BRASIL, 2015).

Gráfico 2. Evolução de vagas em cursos de medicina a cada 10.000 habitantes conforme região do país e período, Brasil, de 1808 a 2015.

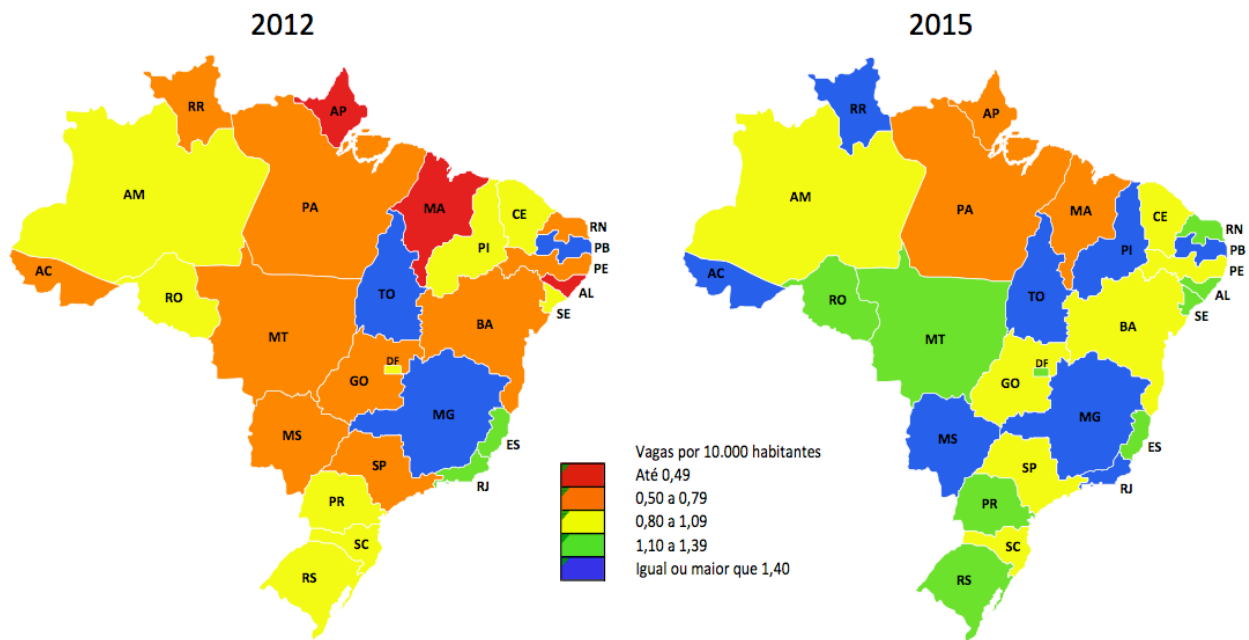


Fonte: Oliveira F. P.; Pinto; et al., 2018a.

As regiões Centro-Oeste (58%) e Nordeste (48%) apresentaram crescimento superior às regiões Sul (28%), Norte (24%) e Sudeste (17%), evidenciando uma redução parcial das desigualdades regionais, de forma a vislumbrar a diminuição das iniquidades na oferta de atenção em saúde. Destaca-se este item enquanto um avanço em termos de política pública planejada conforme as necessidades sociais, ainda que as vagas criadas tenham ficado aquém da meta determinada, e pela mudança legal e factual do modo de expandir escolas privadas como será desenvolvido a seguir.

Percebe-se ainda de que forma a criação de vagas melhorou a distribuição nos estados conforme a Figura 5. Em 2012, antes do PMM, boa parte dos estados não se aproximava do patamar de 1,34 vagas a cada 10.000 habitantes, quadro que se modificou em 2015 quando houve aumento da proporção em boa parte das unidades federativas.

Figura 5. Vagas em cursos de graduação em medicina por 10.000 habitantes conforme Unidade Federativa. Brasil, 2012 e 2015.



Fonte: Elaboração do autor a partir de dados do DDES e DEGES, 2015.

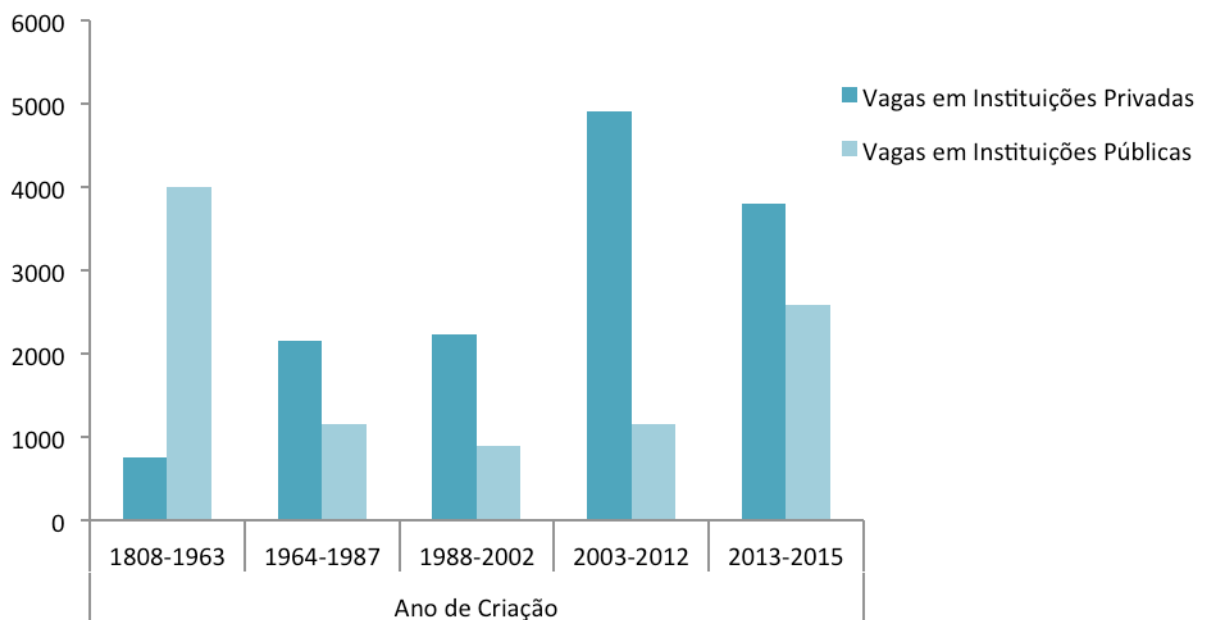
2.2 Aumento de vagas em instituições públicas e privadas

O PMM planejou a expansão de vagas de medicina em universidades públicas, principalmente em *campi* de IFES no interior, criadas no processo de expansão do ensino superior a partir de 2003 (CYRINO et al., 2015). Contudo, os números planejados para essa expansão, depois de negociações que envolveram o MEC, reitores e coordenadores de curso e a área econômica do governo, foram inferiores à meta definida pelo PMM (OLIVEIRA, F. P.; PINTO; et al., 2018). Assim, a diferença entre a meta final e as novas vagas ofertadas pelas IFES foi demandada para o setor privado (BRASIL, 2015).

Apesar disso, quando comparado com os três períodos anteriores (Gráfico 3), entre 2013 a 2015 houve importante expansão pública, a partir do programa de

expansão federal, com contratação de professores e investimento em infraestrutura (COSTA, A. M. et al., 2015). Deve-se considerar que essa iniciativa teve um forte componente de interiorização, como será discutido no item posterior.

Gráfico 3. Evolução do número de vagas abertas em número absoluto em cursos de medicina segundo natureza pública ou privada e período, Brasil, 1808 a 2015.



Fonte: Oliveira F. P.; Pinto; et al., 2018a.

Mesmo assim, percebe-se que a maior parte das vagas criadas entre 2013 e 2015 foram em instituições privadas. A maior expansão absoluta e proporcional de vagas privadas ocorreu no período de 2003 a 2012, considerando que uma parte delas foi destinada para o Programa Universidade para Todos e o Programa de Financiamento Estudantil (BRASIL, 2015).

O novo marco regulatório para a expansão do ensino privado em medicina estabeleceu que a autorização da abertura de novos cursos se daria em municípios selecionados em editais públicos que consideravam como critérios de seleção a

estrutura da rede de saúde, a relação médico por habitante e vagas por habitante, em cada estado (OLIVEIRA, F. P.; PINTO; et al., 2018). Ao se candidatarem, os municípios precisavam comprovar a existência da rede de serviços compatível em uma avaliação *in loco*, realizada por comissão ligada ao MEC. Além disso, deviam assumir compromissos relacionados com a manutenção e qualificação da rede. Em 2013, foi publicado o primeiro chamamento público de abrangência nacional e em 2015 uma chamada pública específica para municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste (BRASIL, 2015).

A seleção das mantenedoras também passou a ser feita a partir de editais de chamamento público a fim de avaliar aquelas que poderiam criar os cursos nos municípios selecionados. O primeiro edital foi publicado em 2014 e estabeleceu aspectos que buscavam assegurar a viabilidade e sustentabilidade da instituição para implantar um curso com qualidade e adequado às necessidades do SUS e as exigências das novas DCN (BRASIL, 2015).

Os critérios estabelecidos para a escolha das mantenedoras foram: a qualidade do projeto pedagógico; a infraestrutura e corpo docente do curso; o plano de contrapartida para a estrutura de serviços; o plano de formação e desenvolvimento docente; o plano de implantação da residência médica; e o plano de oferta de bolsas para alunos. O processo previa monitoramento através de comissão formada por especialistas e representantes do MEC, do MS, do Conselho Nacional de Educação e do Conselho Nacional de Saúde.

Deve-se registrar que nem todas as escolas que foram autorizadas, após a criação do PMM, seguiram esses critérios e procedimentos, precisamente porque a Lei nº 12.871 estabeleceu este regramento somente para novos processos de abertura de cursos, e existiam pedidos anteriores pendentes no MEC (BRASIL, 2015). Desse modo, algumas escolas médicas privadas que tiveram sua criação atribuída ao PMM, em regiões tidas como sem necessidade para um novo curso de medicina, na verdade representavam processos solicitados antes de 2013, ou mesmo decisões judiciais que determinavam a abertura do curso.

Compreendem-se os desafios de um processo de expansão predominantemente privado, no qual são levantados questionamentos sobre uma formação médica efetivamente comprometida com as necessidades sociais e a democratização do acesso ao ensino superior. Para Campos e Pereira Junior (2016), a expansão privada gera custos inacessíveis para grande parte das famílias, podendo indicar um controle não anunciado do mercado de trabalho através do aumento do número de profissionais. Outros autores criticam essa expansão e a entendem enquanto um processo de privatização da formação médica, o que traz importantes desafios para garantir a qualidade e o acesso democrático a essas instituições (SCHEFFER; DAL POZ, 2015). Para eles, um agravante dessa situação é a formação de conglomerados educacionais privados com pontos de apoio em muitas partes do país, muitas vezes ligado ao capital estrangeiro e através de ofertas públicas iniciais no mercado de ações.

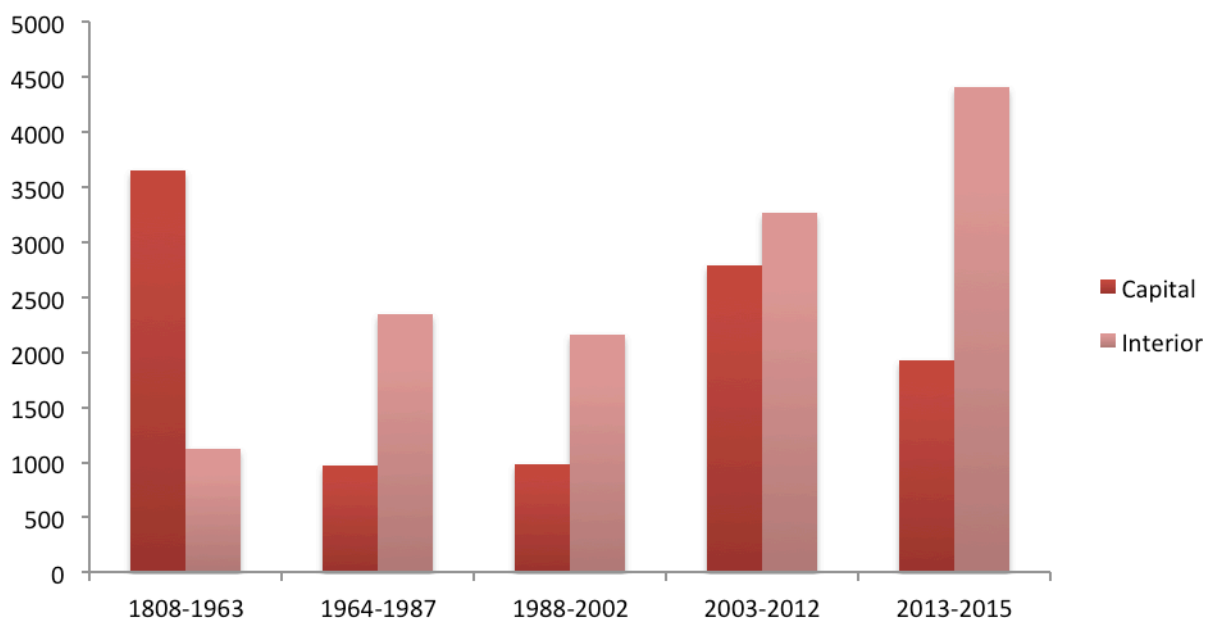
Entretanto, entende-se como fundamental analisar todo o formato de regulação proposto pelo PMM e não só a natureza da vaga, se pública ou privada. A comparação com o processo de expansão em outros países também auxilia a entender essa diferença regulatória do Programa Mais Médicos. Ao analisar o crescimento de escolas na Índia, Sabde et al. (2014) constatou que a distribuição das novas escolas havia priorizado as áreas com melhores indicadores de saúde, urbanização, condições de vida e prosperidade econômica. O autor atribui essa concentração em áreas com condições mais satisfatórias à predominância de escolas privadas na expansão. Reforça-se, portanto, a importância de ter uma regulação estatal na criação de novas escolas de medicina, evidenciando-se que o mercado tende a manter a concentração nas localidades com expectativa de maior lucro.

Além disso, são necessários novos estudos para compreender como políticas de indução e regulação do ensino superior interferem no acesso ao ensino médico e na fixação de médicos em suas regiões. Essas são questões relevantes quando observamos que ainda se dispõe de poucos estudos sobre a formação no Programa, ainda mais sob a perspectiva do PMM de fixação de médicos nas regiões onde os cursos foram criados.

2.3 Interiorização da formação

Observa-se um processo de interiorização com volume suficiente para inverter o número absoluto de vagas nas capitais e no interior (Gráfico 4), bem como o aumento do número de municípios com escolas médicas. Essa tendência vai ao encontro de outro estudo que analisava os primeiros resultados do PMM (SANTOS, L. M. P. et al., 2017), mesmo que o eixo formação não tenha sido o seu objeto específico.

Gráfico 4. Evolução de vagas em cursos de medicina segundo capital e interior e ano de criação por período, Brasil, de 1808 a 2015.



Fonte: Oliveira F. P.; Pinto; et al., 2018a.

Entre as evidências para atração e retenção de médicos em áreas remotas, destacam-se aquelas que relacionam a formação com ações em zonas rurais, seja de abertura de cursos de medicina nessas localidades, ou mesmo de estágios rurais (WHO, 2010). Além disso, ter estudantes provenientes de localidades rurais é outra importante iniciativa para a fixação de médicos nessas localidades (CLARK et al., 2013). Nesse

sentido, o enfoque adotado pelo PMM de abertura de escolas médicas segue proposta semelhante a de outros países, destacando-se as experiências de Medicina Rural no Canadá, na Austrália e na África do Sul (MARTINS; SILVEIRA; SILVESTRE, 2013; VANNI; CYRINO; RIBEIRO, 2017).

Segundo Cahill (2017), na Austrália, 25% dos alunos devem vir de zonas rurais. Para esses alunos, mais importante do que sua nota é seu local de residência. Portanto, mesmo que não consigam uma pontuação adequada, ingressarão no curso porque vêm de uma área rural. Dessa forma, a probabilidade de estudantes aborígenes entrarem na escola de Medicina será ainda maior, considerando que não há médicos aborígenes em número suficiente (VANNI; CYRINO; RIBEIRO, 2017).

O primeiro chamamento para cursos de medicina do PMM foi dirigido exclusivamente a cidades que não eram capitais, não tinham curso de medicina e distavam pelo menos 70 km de município com escola médica. O segundo chamamento buscou atender especificamente estados com oferta insuficiente de vagas, segundo a meta de 1,34 vagas por 10 mil habitantes, nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste.

Foram considerados aptos 61 municípios nos dois editais. A efetiva implantação das vagas autorizadas ampliaria em 4.347 a oferta de vagas no país, todas no interior, e tornaria ainda mais evidente a diferença de vagas entre interior e capital. Isso não ocorreu no período estudado em virtude de decisão do Tribunal de Contas da União que suspendeu o andamento do primeiro edital em virtude de ações de mantenedoras que se sentiram prejudicadas ao não serem selecionadas pelo edital. Recentemente essa decisão foi revista, mas o ritmo de criação de cursos tem sido bastante heterogêneo e serão, portanto, necessários esforços futuros para analisar o seguimento das ações nesse âmbito.

2.4 Expansão e regulação da residência médica

Para muitos autores, a universalização da residência, ou seja, a ampliação do número de vagas para alcançar o número proporcional ao número de formandos na

graduação, é a proposta mais importante do PMM (OLIVEIRA, F. P.; PINTO; et al., 2018; REGO; MACHADO, 2017; STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017). O planejamento para a expansão da residência previa um aumento progressivo dos programas até atingir a criação de 12.400 vagas em 2018.

Considerou-se que para uma ampliação com qualidade era necessário nos primeiros anos formar preceptores, fortalecer parcerias com a rede de serviços e envolver gestores do SUS (OLIVEIRA, F. P.; ARAÚJO; et al., 2018). Houve importante expansão dos programas de residência médica nos últimos anos, com crescente participação do MS no financiamento de bolsas, e uma tendência de maior planejamento e regulação estatal sobre a especialidade e localidade de abertura das vagas como se vê a seguir.

Nota-se um processo de indução da expansão da residência e a intenção de orientar as especialidades desde 2009, ano de criação do Pró-Residência - caracterizado pelo incentivo à criação de vagas de residência médica no SUS, através do financiamento de bolsas para os residentes, com prioridade para o Norte, Nordeste e Centro-Oeste (ALESSIO, 2015). Outra medida relevante foi a publicação da Portaria nº 1.248 (BRASIL, 2013c), na véspera do lançamento do PMM, criando de forma inédita uma linha de financiamento de 100 milhões de reais por ano para estrutura e custeio dos serviços que expandissem as vagas de residência em especialidades e regiões prioritárias (OLIVEIRA, F. P.; ARAÚJO; et al., 2018).

Em estudo sobre o período anterior ao PMM, considerando a intervenção do Pró-Residência, demonstrou-se a redução de desigualdades na distribuição das vagas de residência no país (ALESSIO, 2015). Com a criação do PMM e as normativas legais para a expansão da residência médica, percebe-se que essa tendência se acentuou. Ampliou-se a proporção de vagas financiadas pelo MS (de 14,4% em 2012 para 32% em 2015) e foram criadas vagas em especialidades e regiões que antes careciam dessa oferta de formação.

Houve um incremento significativo na quantidade de vagas de residência, saindo de 12.477 vagas em 2012 e chegando a 22.064⁴ vagas ofertadas em 2015. Esses resultados, assim como na graduação, também sinalizam a perspectiva de regular a residência médica, de modo a qualificar a formação médica com uma oferta de especialização e direcionar essa oferta segundo as necessidades do SUS (OLIVEIRA, F. P.; PINTO; et al., 2018) Considera-se que são iniciativas importantes, ainda mais em um contexto em que a residência não é pré-requisito para o exercício profissional.

Contudo, a universalização pretendida para o PMM, define um itinerário de formação de especialistas, no qual a MFC seria pré-requisito para a maioria das demais especialidades, com exceção de nove especialidades (genética médica, medicina esportiva, medicina física e reabilitação, medicina legal, medicina do trabalho, medicina do trânsito, patologia e radioterapia) que somam um número pequeno de vagas. Assim, aproximadamente 90% das vagas de acesso direto teriam que ser de MFC concretizando o objetivo do PMM de fazer com que a maioria dos médicos tivesse uma formação de um ou dois anos nessa especialidade, ainda que viessem depois a se dedicar a outra. Com efeito, entre as vagas criadas nesse período, 58% foram na área de MFC.

Avalia-se que a criação de vagas é absolutamente insuficiente ante a necessidade de se criar aproximadamente 16.500 vagas para alcançar a universalização, tendo a MFC como pré-requisito (OLIVEIRA, F. P.; PINTO; et al., 2018). Entende-se que possivelmente nesse âmbito resida uma das metas do PMM que exigem maior esforço institucional. Para tanto, devem-se desenvolver ações que criem viabilidade para a implantação de programas, promovendo a ocupação de vagas por parte dos egressos da graduação; e haja capacidade de enfrentar resistências de setores da corporação médica que se opõem tanto a qualquer regulação pública na residência médica, quanto ao estabelecimento da MFC como uma especialidade central na formação das demais (ALESSIO; SOUSA, 2017).

⁴ Esse número considera o total de vagas de primeiro ano nos programas de residência, incluindo as especialidades de acesso direto e também as áreas de atuação.

Como uma das ações nesse campo, MS e MEC lançaram no final de 2015 o Plano Nacional de Formação de Preceptores com os objetivos de: incentivar e apoiar a implantação de programas em MFC; qualificar a formação dos preceptores; e oferecer incentivos tanto à atuação como preceptor quanto à ocupação das vagas da residência. Entende-se que o plano viabilizou a identificação dos preceptores existentes na rede de atenção à saúde e garantiu um novo financiamento para a sua formação, bem como estimulou que os futuros especialistas tivessem a possibilidade de formação em preceptoria ao longo da residência, se inserindo na preceptoria assim que concluíssem sua formação (OLIVEIRA, F. P.; ARAÚJO; et al., 2018).

Destaca-se ainda a criação em outubro de 2015 do Cadastro Nacional de Especialistas reunindo informações de todos os médicos especialistas do país, a exemplo de local de atuação, onde e como se formaram. Como consequência disso, buscava-se realizar o planejamento e regulação da formação de especialistas adequando-a ao interesse público e às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2015).

Note-se que até então o governo federal não dispunha de bases de dados confiáveis para pensar a alocação dos trabalhadores (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016), apesar de estudos consistentes dos Observatórios de Recursos Humanos. Entretanto, estes apresentavam predominantemente recortes específicos e nem sempre possibilitavam um planejamento mais geral. No âmbito da medicina, somente foi possível conhecer a distribuição real dos médicos e sua estruturação em especialidades a partir de estudo de 1997 (REGO; MACHADO, 2017). Entende-se que a iniciativa do Cadastro Nacional de Especialistas, se efetivada, traz um novo patamar com o mínimo de informações necessárias para realizar o planejamento de trabalhadores no SUS.

Dentre os objetivos e metas estudados neste capítulo, a definição do itinerário de formação dos especialistas, a valorização da MFC e expansão de suas vagas rumo à universalização e o uso do Cadastro Nacional de Especialistas para a regulação da formação de especialistas estão entre aqueles que sofrem as maiores resistências de parte significativa da corporação médica (ALESSIO; SOUSA, 2017). A análise do contexto e das tendências quanto à correlação de forças não autoriza uma postura

otimista com relação ao alcance desses objetivos nem a curto, nem a médio prazo (OLIVEIRA, F. P.; PINTO; et al., 2018).

2.5 Qualificação da formação médica

Em 2014, foram publicadas as novas DCN pelo CNE. O processo de elaboração contou com audiências públicas e reuniões nas quais participaram o MEC, MS, direções e corpos docentes e discentes das Universidades, gestores do SUS e diversos segmentos da sociedade, incluindo o CNS e as entidades médicas (ROCHA, 2017). Essa ação sofreu importante resistência de setores conservadores no campo de educação e da prática médica (GOMES, L. B.; MERHY, 2017). Em um primeiro momento, identificam-se os avanços assinalados nos elementos normativos, para posteriormente discutir efeitos produzidos no âmbito das Universidades e da relação da formação com os serviços de saúde, motivando a discussão desta temática também nos capítulos a seguir.

Percebe-se que as diretrizes mantiveram os elementos centrais e o perfil do egresso do documento anterior de 2001; estruturaram o desenvolvimento de competências nas áreas de atenção a saúde, educação e gestão; e fortaleceram o ensino de áreas estratégicas para o desenvolvimento do SUS, tais como a AB, a urgência e emergência e a saúde mental, especialmente no período de internato. Ao comparar as DCN de 2001 com as de 2014, Rocha (2017) afirma que há um destaque especial para a ampliação e regulamentação da inserção da graduação na atenção básica.

Adequando-se às mudanças na sociedade brasileira, foram agregados novos elementos ao processo de formação, tais como: respeito à autonomia do usuário; segurança do paciente; respeito à diversidade humana; cuidado as pessoas com deficiência, atenção às questões étnicas-raciais; interprofissionalidade e trabalho em equipe; questões socioambientais; e o papel dos determinantes sociais no processo saúde-doença (OLIVEIRA, F. P.; PINTO; et al., 2018). Destaca-se que conceitos como a

interprofissionalidade têm ganhado relevância no debate atual e estimulado novas formas de pensar o trabalho em equipe, favorecendo as trocas de informação e conhecimento (CECCIM; FERLA, 2017).

A nova diretriz apontou para a diversificação dos cenários de prática e inserção em serviços de saúde ao longo do curso. Entende-se que essa orientação está em consonância com as proposições atuais para o ensino médico, em que se aponta para a formação baseada no desenvolvimento de competências e para a compreensão da interdependência e necessidade de integração dos sistemas de ensino com os sistemas de saúde (FRENK et al., 2011a). Além disso, definiu-se a obrigatoriedade de programa de educação permanente para professores e profissionais da rede e o fortalecimento do processo de contratualização dos serviços da rede, temáticas que não estavam presentes nas DCN de 2001, apesar de estarem presentes nos relatórios da CINAEM (ROCHA, 2017).

Ainda na análise comparativa entre as DCN de 2001 e 2014, Rocha (2017) sistematiza os principais avanços das diretrizes publicadas mais recentemente: incorpora conceitos novos como áreas de competência, competência e domínios de competência, trazendo parâmetros mais claros para a avaliação institucional; fortalece o ensino de áreas estratégicas para o SUS; promove a centralidade para o ensino da atenção básica ordenado pela especialidade de Medicina de Família e Comunidade; torna obrigatória a existência de programas de aperfeiçoamento docente no curso; estabelece novos marcos de pactuação entre instituições formadoras e serviços de saúde; proporciona avaliações progressivas para o estudante; garante o debate sobre novos temas éticos fundamentais para o estudante de medicina como Segurança do Paciente e Interprofissionalidade; contempla a diversidade de direitos sociais; articula a mudança da graduação com a Residência Médica e; propõe a superação da fragmentação do curso entre ciclo básico, ciclo clínico e ciclo profissional.

Entende-se que é bastante significativo o destaque dado nas novas DCN para a atenção básica, percebendo que o PMM foi concebido para fortalecê-la enquanto ordenadora do cuidado e centro de comunicação do sistema (CECILIO; REIS, 2018). Os autores apontam quatro grandes desafios para a AB, e entre eles está exatamente a

necessidade de produzir um novo trabalhador para o sistema de saúde, formando os atores necessários para uma nova política na área.

Observa-se o fortalecimento do processo de avaliação na graduação apontando para instrumentos que contemplem aspectos cognitivos, psicomotores e atitudinais e para a adequação das avaliações aos objetivos das DCN. Dessa forma, o PMM instituiu a avaliação específica do estudante de medicina e estabeleceu o seu caráter obrigatório, processual e formativo, bem como o uso desta avaliação nos processos seletivos para a residência. Essa avaliação foi denominada Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM), a qual foi instituída em 2016 com o objetivo de serem novas avaliações longitudinais. Porém, ela foi aplicada somente uma vez e acabou sendo revogada no final do ano de 2017.

A publicação das DCN foi seguida de uma série de desdobramentos para efetivar sua implementação e fortalecer o processo de regulação pela sociedade (OLIVEIRA, F. P.; PINTO; et al., 2018). Criou-se o comitê gestor do COAPES com o objetivo de elaborar as diretrizes nacionais dos contratos, envolvendo gestores do SUS, representantes do MEC, CNS, Associação Brasileira de Educação Médica e Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina.

Destaca-se também que o PMM ampliou as ações de qualificação de docentes e preceptores. Destaca-se a criação do PROFSAÚDE, mestrado profissional, que prioriza profissionais que atuam na atenção básica, de forma a possibilitar a formação necessária de professores para os novos cursos de medicina no interior. Na sua primeira edição, diversas instituições em vários estados do país ofertaram 200 vagas para médicos com inserção em serviços do SUS, especialmente na atenção básica. Rego e Machado (2017) destacam que a falta de preparo dos docentes sempre foi um dos maiores entraves para a melhoria do ensino médico, e que essa preocupação é ainda maior com a criação de escolas no interior, reforçando a necessidade de iniciativas de desenvolvimento docente como a do PROFSAÚDE.

Ressalta-se que essa pesquisa propôs-se a analisar os principais resultados até 2015, considerando a disponibilidade de dados deste período. Em virtude disso, os

desdobramentos seguintes, a exemplo da efetiva implementação das ações por parte dos Ministérios da Saúde e da Educação e os efeitos nas escolas médicas, serviços de saúde, atuação dos docentes e formação dos educandos extrapolam os objetivos desta etapa, e devem ser objeto de novos estudos. Apesar disso, ter realizado o esforço de sistematizar as principais proposições do PMM no eixo formação e com isso se aproximar dos primeiros resultados na área, foi fundamental para dar as condições necessárias de aproximação dos cursos de medicina e analisar *in loco* como estavam se desenvolvendo as ações propostas.

Capítulo 3 – Conhecendo e reconhecendo cursos de medicina em IFES da Região Nordeste no contexto após o Programa Mais Médicos

Como anunciado anteriormente, busca-se nessa pesquisa analisar se as proposições do Programa Mais Médicos provocaram diferentes representações sociais em estudantes de medicina de IFES da Região Nordeste sobre a responsabilidade social e o trabalho na atenção básica. Na perspectiva de desenvolver esse objetivo, a partir desta etapa do trabalho inicia-se a aproximação de uma realidade mais local.

Para tanto, buscou-se conhecer *in loco* uma parte dos cursos de medicina. O primeiro passo foi decidir quais seriam os cursos visitados. Optou-se pela Região Nordeste pelo histórico de carência de médicos, com diversos estados apresentando baixas taxas de médicos por mil habitantes. A outra opção foi pelas Instituições Federais de Ensino Superior, pois foram estas que começaram mais rapidamente as atividades dos novos cursos de graduação assim que a Lei nº 12.871 foi aprovada. Considera-se, ainda, que houve uma interrupção do processo de abertura dos cursos privados em virtude de decisão do TCU, inviabilizando sua participação nesta análise. Para efeitos de possível comparação, decidiu-se também visitar alguns cursos criados nos períodos anteriores ao Programa Mais Médicos.

Nesse íterim, todas as IFES com curso de medicina no NE foram distribuídas de acordo com o ano de implantação entre os grupos intervenção (criados após o PMM) e contrafactual (criados antes do PMM). Posteriormente, foram sorteadas quatro instituições no grupo intervenção e cinco instituições no grupo contrafactual. O número de instituições no grupo contrafactual é maior, considerando que ele é o grupo mais numeroso.

No grupo intervenção estão as instituições que iniciaram suas atividades já na vigência do Programa Mais Médicos. São 10 cursos de IFES do Nordeste que preenchem essas condições, dentre as quais foram sorteadas quatro, dispostas no Quadro 2. As instituições participantes do grupo intervenção são: UFAL-Arapiraca, UFPE-Caruaru, UFPI-Parnaíba e a UFRN-Caicó. Todos os cursos foram criados dentro

da Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das IFES (MEC, 2013), como uma das ações do PMM, e, portanto, também serão denominados como “cursos criados em virtude do Programa Mais Médicos”. Ressalta-se, ainda, que essas escolas discutiram em seus espaços internos e concordaram com a participação na pesquisa no âmbito da coordenação de curso, assinando um termo que consta no projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.

No grupo contrafactual estão as instituições criadas antes da vigência da Lei do Programa Mais Médicos. São 15 IFES do Nordeste que preenchem essas condições, dentre as quais foram sorteadas cinco, dispostas no Quadro 3. As instituições participantes do grupo contrafactual são: UFS-Aracaju, UFAL-Maceió, UFPB-João Pessoa, UFPE-Recife e UFRN-Natal. Da mesma forma que no grupo intervenção, houve discussão em órgãos internos e concordância da coordenação de curso em participar da pesquisa, assinando um termo que consta no projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Quadro 3. Universidades federais com cursos de medicina na Região Nordeste do grupo intervenção por data de fundação, UF, município, quantidade de vagas e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município.

Município	UF	IFES	Vagas	Data de início	IDH
Caruaru	PE	Universidade Federal de Pernambuco	80	12/12/13	0,677
Parnaíba	PI	Universidade Federal do Piauí	40	13/05/14	0,687
Caicó	RN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	40	13/05/14	0,710
Arapiraca	AL	Universidade Federal de Alagoas	40	19/05/15	0,649

Fonte: elaboração do autor a partir de dados dos Ministérios da Saúde e da Educação.

Quadro 4. Universidades federais com cursos de medicina na Região Nordeste do grupo contrafactual por data de fundação, UF, município, quantidade de vagas e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município.

Município	UF	IFES	Vagas	Data de início	IDH
Recife	PE	Universidade Federal de Pernambuco	140	16/07/20	0,772
Maceió	AL	Universidade Federal de Alagoas	80	10/03/51	0,721
João Pessoa	PB	Universidade Federal da Paraíba	120	27/11/51	0,763
Natal	RN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	100	01/03/56	0,763
Aracaju	SE	Universidade Federal de Sergipe	100	20/03/61	0,770

Fonte: elaboração do autor a partir de dados dos Ministérios da Saúde e da Educação.

Passou-se então a uma etapa de análise documental, buscando avaliar características presentes nos currículos de cada curso de medicina que pudessem ajudar a elucidar as questões dessa pesquisa. Diferente de outros tópicos trabalhados anteriormente, no âmbito da avaliação de cursos e mais especificamente de análise curricular há uma maior disponibilidade de publicações (MELO et al., 2017; FIGUERÊDO, 2017; LAMPERT, 2009; SIMON, 2012), inclusive com materiais analisando algumas das instituições que participaram dessa pesquisa.

Os documentos analisados estão todos disponíveis publicamente, através de consultas em sites de livre acesso de cada uma das instituições participantes, conforme o Quadro 4. Após a análise dos documentos foi realizada uma categorização no intuito de auxiliar no entendimento das mudanças curriculares no âmbito das proposições do Programa Mais Médicos, conforme será detalhado a seguir.

Quadro 5. IFES participantes e documentos analisados de cada curso conforme ano de publicação. Brasil 2018.

IFES	Documento	Ano
UFPE - Recife	Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina da UFPE	2003
UFAL - Maceió	Projeto Pedagógico do Curso de Medicina - PPC 2013	2013
UFPB - João Pessoa	Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina	2007
UFRN - Natal	Projeto Pedagógico do Curso de Medicina - Natal	2016
UFS - Aracaju	Resolução n 47/2016/CONEPE	2016
UFPE - Caruaru	Projeto Pedagógico do Curso de Medicina - Caruaru	2013
UFPI - Parnaíba	Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina	2014
UFRN - Caicó	Projeto Pedagógico do Curso de Medicina CERES/FACISA - UFRN	2012
UFAL - Arapiraca	Projeto Pedagógico do Curso de Medicina - Arapiraca	2017

Fonte: Elaboração do autor a partir de UFAL, 2013, 2017; UFPB, 2007; UFPE, 2003, 2013; UFPI, 2014; UFRN, 2012, 2016; UFS, 2016.

Nota-se que todos os cursos estudados possuem currículos estruturados pelo menos após a publicação das DCN de 2001, de forma que, mesmo as escolas mais antigas, possuem reformas curriculares nos últimos 15 anos. No caso dos cursos criados em virtude do Programa Mais Médicos, foram disponibilizados dois formatos: documentos que se referem ao período de proposição de criação do curso, ainda antes do seu funcionamento, que na sua execução se vê posteriormente a adaptação conforme as DCN de 2014; ou os documentos são datados do início da atividade do curso, em vigência das diretrizes mais atuais.

Todos os documentos apresentavam elementos introdutórios com o histórico da região e seus indicadores de saúde, assim como acontecimentos fundamentais no histórico do curso, apontando justificativas para o seu desenvolvimento. Além disso, disponibilizavam o perfil esperado do egresso, muitas vezes com conteúdo semelhante ou igual ao das DCN, considerando que este é um tópico que foi pouco modificado entre

os anos de 2001 e 2014. Principalmente nos cursos mais recentes, havia uma importante discussão organizativa, sobre o uso de metodologias ativas, mais uma vez demonstrando a consonância de todas as iniciativas com as diretrizes.

Mesmo reconhecendo a disponibilidade de diversos elementos para discussão a partir dos Projetos Pedagógicos dos Cursos, para fins dessa pesquisa buscou-se analisar com mais afinco a matriz curricular de cada curso, entendendo que ela é um dos itens que constituem o Projeto Pedagógico (SIMON, 2012). Percebe-se ainda que o currículo não tem um fim somente em si, como se fosse somente uma relação de disciplinas que compõem o curso, mas que corresponde ao conjunto das atividades (incluindo o material físico e humano a ele destinado) que se cumprem com vistas a determinado fim (SAVIANI, 2016). Portanto, a noção de currículo extrapola o que está contido no documento que dá o suporte oficial, passando a ter um sentido de como ele está se desenvolvendo na realidade (SIMON, 2012).

Desse modo, mesmo ao optar, no âmbito dessa pesquisa, pelos documentos oficiais dos cursos, reconhece-se a importância do denominado “currículo oculto”, no que se refere às experiências vivenciadas no cotidiano da formação, não estando prescritas formalmente em um texto escrito (REGO, Sérgio, 1998). Porém, considerando a abrangência da pesquisa de nove cursos em diferentes estados da Região Nordeste, para exercitar a análise das vivências em cada uma das localidades seria necessário um desenho metodológico diferente, com outro tempo de execução. Quem sabe, seria necessária mais de uma pesquisa, cada qual tendo como objeto somente um dos cursos participantes. Portanto, opta-se neste momento pela análise da matriz curricular dos nove cursos, possibilitando que em outras análises sejam buscados elementos do currículo oculto.

Análises comparativas entre matrizes curriculares têm motivado estudos principalmente a partir da perspectiva de mudança da formação médica. Souza et al. (2011), ao analisar currículos de escolas que aderiram ao Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina referem-se a adoção de modelos de currículo modulares e exemplos de inserção da formação na atenção básica como indicativos de que estão ocorrendo mudanças, apesar de entender que não são

significativas a ponto de chegar nos graus desejados pelo PROMED. Lampert et al. (2009), ao elaborar um instrumento de avaliação de tendências de mudanças nos cursos de graduação das escolas médicas brasileiras, elenca a estrutura curricular como uma das dimensões a ser avaliada, propondo uma classificação da escola como sendo tradicional, inovadora ou avançada.

Nesse instrumento, no que se refere à estrutura curricular, a escola tradicional corresponde a que tem um currículo com ciclos básico e profissionalizante separados e organizados com disciplinas fragmentadas. A escola inovadora tem atividades integradoras ao longo dos primeiros anos, mas ainda assim mantém a organização em ciclo básico e profissionalizante com disciplinas fragmentadas. Já a escola avançada tem currículo em grande parte integrado, apresentando áreas de prática real em atenção de adultos, materno-infantil, saúde da família, medicina do trabalho e outras (LAMPERT et al., 2009).

Desse modo, o instrumento utilizado pelos autores enfoca a busca em captar as mudanças estimuladas pelas DCN de 2001. Considerando que todas as instituições participantes desta pesquisa realizaram novas elaborações após estas diretrizes e, principalmente, que essa pesquisa busca compreender elementos relacionados ao Programa Mais Médicos e as consequentes DCN de 2014; partiu-se das experiências de análise curricular anteriores para propor um outro olhar.

Portanto, o foco principal deste trabalho são as perspectivas apontadas pela política mais recente, com questões como: qual a carga horária destinada para as atividades práticas na atenção básica? Ao longo de quanto tempo do curso, especialmente antes do internato, essas atividades são previstas? A inserção na atenção básica é proposta de forma longitudinal, ao longo dos semestres, ou observam-se interrupções durante o curso? De que modo as competências desenvolvidas nestas atividades se relacionam com as metodologias ativas?

A análise de Rocha (2017), ao comparar as DCN de 2001 e 2014, é uma referência fundamental para elaborar e discutir essas questões. O autor afirma que o principal destaque da diretriz mais recente está na centralidade que é dada para o

ensino na atenção básica. Além disso, a DCN de 2014 é mais assertiva na definição do que é necessário ser feito para alcançar um novo patamar de competências e onde as metodologias ativas, presentes desde as DCN anteriores, se encaixam neste movimento.

Quadro 6. Currículos com base na proposição de estrutura modular, a orientação dos módulos e o eixo de integração prática na atenção básica. Brasil 2018.

IFES	Estrutura Modular	Orientação Modular	Eixo com Integração Prática na AB
UFPE - Recife	Sim	Sistemas	Eixo de Desenvolvimento Profissional - Social
UFAL - Maceió	Sim	Sistemas	Eixo de Aproximação à Prática Médica e à Comunidade
UFPB - João Pessoa	Sim	Sistemas e Ciclos de Vida	Módulo Prático - Integrativo (Horizontal "A")
UFRN - Natal	Sim	Especialidades	Não há eixo com essa característica específica
UFS - Aracaju	Não	Não se aplica	Não há eixo com essa característica específica
UFPE - Caruaru	Sim	Ciclos de Vida	Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade
UFPI - Parnaíba	Sim	Sistemas	Atenção Primária em Saúde
UFRN - Caicó	Sim	Sintomas e Ciclos de Vida	Vivência Integrada na Comunidade
UFAL - Arapiraca	Sim	Sistemas e Ciclos de Vida	Integração Ensino, Serviço e Comunidade

Fonte: Elaboração do autor.

Em um primeiro momento, na leitura atenta de cada um dos documentos, buscou-se ter uma visão geral da organização curricular. Foi possível perceber que boa parte dos currículos estavam organizados na perspectiva modular e, procedeu-se a procura nos documentos se haviam propostas de organização em eixos. Caso

houvesse, interessou saber qual dos eixos teria atividades efetivamente práticas na atenção básica. Com base nisso, foi feita a caracterização disponível no Quadro 6.

A definição de um currículo de estrutura modular relaciona-se com a busca de integração entre várias disciplinas (SOUZA et al., 2011). Desse modo, representa um movimento que boa parte das escolas médicas fez na perspectiva de mudanças curriculares a partir das DCN de 2001. Mesmo assim, conforme UFPE (2013), a estrutura modular não significa o desaparecimento dos conteúdos das disciplinas, mas sim a prática da integração e interdisciplinaridade. Percebe-se que oito entre as nove instituições participantes adotaram essa organização por módulos.

Nas instituições que adotaram essa orientação, também buscou-se caracterizar no título e nas ementas dos módulos de que forma foram organizados. Observa-se diferentes formatos, dos quais, considerando o objeto dessa pesquisa, não se irá aprofundar a análise neste momento. Mas cabe citar que algumas instituições organizaram seus módulos predominantemente por: ciclos de vida (saúde da criança, do adulto, do idoso, etc.); outras por sistemas (cardiovascular, respiratório, digestivo, etc.); por especialidade (hematologia, nefrologia, infectologia, etc.); ou ainda por sintomas (dispneia, precordialgia, dor abdominal, etc.). Alguns currículos apresentavam predominância de mais de um modelo.

Além disso, em um olhar mais geral sobre o currículo, buscou-se perceber alguma etapa da sua organização em que se destacava a inserção em atividades práticas nas Unidades Básicas de Saúde, considerando que geralmente as instituições delimitam momentos específicos para essa inserção (SOUZA et al., 2011). Apesar das diferentes organizações, geralmente as matrizes curriculares apresentavam um eixo tido como mais “técnico”, com competências relacionadas aos diagnósticos e diversos problemas de saúde; um eixo mais “humanístico”, em que se discute elementos da relação médico-paciente e como o estudante está se vendo no processo de formação; e finalmente um eixo de “vivência na atenção básica”, em alguns com uma perspectiva integradora das experiências dos demais eixos (ABDALLA et al., 2009). Nesse ínterim, foram percebidos eixos que preconizavam a integração prática com a atenção básica em sete instituições.

Considerando esse eixo como a possibilidade de uma efetiva vivência do estudante ao longo do tempo na atenção básica, procedeu-se uma segunda análise: qual é o tempo, em termos de carga horária, destinado para essa atividade?

Entende-se que a inserção ensino-serviço na atenção básica exige um esforço político e gerencial da universidade e do serviço para vencer o desafio de ampliar cenários de prática para fora dos hospitais, bem como mudar concepções acadêmicas e preparar a rede de saúde para se transformar em campo de estágio para formação de médicos (SOUZA et al., 2011). Com isso, destinar mais tempo para a formação na atenção básica representa, por si só, uma mudança importante no que as escolas vêm desenvolvendo em seus currículos.

Nesse caso, buscou-se analisar a organização curricular no período prévio ao internato, considerando que nesta etapa, dos dois últimos anos do curso, já existe a disposição da Lei nº 12.871 de que 30% da carga horária seja desenvolvida na AB e na urgência e emergência (BRASIL, 2013a). Dessa forma, os currículos na sua maioria apresentam pelo menos um quinto de suas atividades de internato na atenção básica. Portanto, buscou-se entender a formação antes de chegar a esta etapa eminentemente prática do curso, em que as regulamentações não são tão evidentes quanto ao percentual de tempo em que devem ser desenvolvidas as atividades na AB. Com base nessa análise, construiu-se o quadro 7.

Percebe-se a variação entre as instituições quanto ao período de vivência prática na atenção básica, correspondendo entre 3 a 5% da carga horária dos módulos em três instituições e mais de 10% nas demais. O máximo é de 19% na instituição com maior vivência nessa etapa do curso. Nota-se também que em quatro instituições a vivência na atenção básica ocorre de forma ininterrupta por pelo menos sete semestres, sendo que em duas acontece em todos os períodos antes do internato (do primeiro ao oitavo). Nas outras cinco instituições, as atividades nesse formato ocorrem em no máximo quatro semestres, sendo que naquelas que têm um número maior de semestres não há uma continuidade ao longo dos períodos constituintes do currículo.

Quadro 7. Carga Horária (CH) e percentual do eixo de integração prática na Atenção Básica (AB) e semestres do curso com atividades práticas do eixo. Brasil 2018.

IFES	CH Total	CH Modular*	CH eixo AB**	Percentual AB**	Semestres eixo AB**
UFPE - Recife	8.400	4.380	150	3	Terceiro e quarto
UFAL - Maceió	8.917	4.199	510	12	Primeiro ao terceiro
UFPB – J. Pessoa	9.440	4.224	480	11	1º, 2º, 4º e 5º
UFRN - Natal	8.332	3.945	120***	3	Primeiro e segundo
UFS - Aracaju	7.545	3.225	165***	5	1º, 3º e 4º
UFPE - Caruaru	7.868	3.304	640	19	Primeiro ao oitavo
UFPI - Parnaíba	7.650	3.840	480	12	Primeiro ao oitavo
UFRN - Caicó	10.320	6.400	840	13	Segundo ao oitavo
UFAL - Arapiraca	9.127	4.212	504	11	Segundo ao oitavo

*na UFS - Aracaju corresponde a disciplinas antes do internato já que o currículo não é modular

**antes do internato

***carga horária de disciplinas com inserção na AB conforme ementa

Fonte: elaboração do autor.

Para Abdalla et al. (2009), por mais que os cuidados primários em saúde possam parecer simples (pelo uso menor de equipamentos), eles apresentam uma complexidade especialmente na articulação de diversos saberes e múltiplos profissionais. Desse modo, estudos já vinham apontado a necessidade de superar a dicotomia entre um sistema de saúde que precisa de profissionais de atenção básica e instituições formadoras que não preparam seus estudantes para tal (GONÇALVES et al., 2009). É imprescindível, portanto, uma forte articulação das instituições de ensino com os serviços de saúde e a comunidade, possibilitando a articulação de aspectos de prevenção, promoção, reabilitação e cura (ABDALLA et al., 2009).

O Documento “Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina – Inclusão de Novas Propostas”, produzido pela Associação Brasileira de Educação Médica e pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (DEMARZO et al., 2012), defende que a atenção básica é um ponto de convergência importante entre as DCN e o SUS, ao apontar para a descentralização do ensino para que corresponda às necessidades de saúde da população. Essa diretriz propõe que o ensino na AB deve ocorrer através de uma inserção longitudinal e com continuidade ao longo do curso, num modelo de espiral crescente de complexidade e preferencialmente com atividades em todos os períodos (DEMARZO et al., 2012). Os autores preconizam ainda que ensinar na AB contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada e contextualizada, centrada nas pessoas e comunidades, possibilitando a interdisciplinaridade.

É sob essa perspectiva que se entende a importância de ter um percentual significativo de vivências efetivas na AB com continuidade ao longo do currículo. Ao descrever a experiência de inserção longitudinal da AB em um dos cursos participantes, Oliveira et al. (2017) relatam a possibilidade de aumento progressivo da autonomia e da competência clínica do estudante, com a vinculação sempre na mesma Unidade Básica de Saúde em diferentes municípios da região em que se encontra a escola. Apesar dos entraves descritos, relacionados principalmente com a necessidade contínua de articulações e a resistência ao novo, os autores defendem que a inserção no processo de trabalho das equipes permite a efetivação de uma formação crítica, humanística e ética (OLIVEIRA A. L. O.; et al., 2017).

Em pesquisa que analisou outro currículo de instituição participante, Figuerêdo (2017) discutiu a necessidade de formação docente para os profissionais envolvidos nos módulos de AB, destacando o papel dos professores em sugerir e adaptar instrumentos para a prática de modo a otimizar o desenvolvimento de competências pelos estudantes. As experiências de desenvolvimento docente também são uma preocupação que só passa a constar nas DCN a partir de 2014. Portanto, iniciativas discutidas no capítulo anterior como o PROFSAÚDE são fundamentais para a efetivação dos eixos de AB nos currículos. Percebe-se, inclusive, que em alguns cursos há indisponibilidade de

professores com formação na área, sendo esse um elemento motivador para o desenvolvimento insuficiente de módulos na atenção básica (GONÇALVES et al., 2009).

Tendo-se evidenciado um diferencial importante nas instituições no que se refere a uma efetiva vivência prática na atenção básica, outro elemento passou a se destacar na análise da organização curricular das instituições participantes no que diz respeito ao método de ensino-aprendizagem. Em todos os documentos se abordava de alguma forma a importância das metodologias ativas, conforme preconizado desde as DCN de 2001. Porém, somente em algumas instituições foi possível observar a incorporação do ensino tutorial na organização curricular, enquanto em outras instituições essa orientação não foi percebida ou constava em somente algumas ementas de módulos.

Para Luna e Bernardes (2016), há diferentes atividades que são denominadas como tutoria, mas todas se aproximam da concepção de aprendizagem em grupo, centrada no estudante e no desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes. Dessa forma, a tutoria foi concebida em currículos orientados por problemas (ABP), mas adentrou em outras formas de organização curricular (LUNA; BERNARDES, 2016). Em artigo que aborda as estratégias de ensino-aprendizagem por descoberta na área da saúde, Cyrino e Toralles-Pereira (2004) discutem o papel da ABP e da problematização na formação. Para as autoras, ambas as metodologias contribuem para rever o processo de ensino-aprendizagem, levando à rupturas com a forma tradicional de ensinar e aprender, estimulando gestão participativa dos protagonistas da experiência e reorganizando a relação teoria/prática.

Ao mesmo tempo, entendendo que um currículo orientado por competências pode potencializar o desenvolvimento de atividades práticas e pode gerar atitudes mais reflexivas no estudantes (LIMA, 2017), a combinação da tutoria com uma vivência mais intensa na atenção básica pode propiciar avanços significativos na formação. Como um dos exemplos, foi realizado um estudo em uma escola que fez a mudança curricular passando a ter um ensino orientado pela comunidade e percebeu-se melhorias nas ações preventivas e no cuidado continuado (TAMBLYN et al., 2005).

Para fins da análise desse estudo, é utilizado o termo mais presente nos currículos estudados, adotando-se portanto a denominação de ensino tutorial. Nas instituições onde há esse formato na organização curricular, percebe-se na semana padrão de atividades dos estudantes que há horários para o trabalho em grupo e tempo disponível para o estudo autodirigido. Desse modo, conforme também preconizado no método ABP (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004), ao longo da semana o estudante: se debruça em uma determinada situação-problema; formula questões que geram a necessidade de procurar novas referências sobre a situação discutida; tem tempo disponível para essa busca; e volta a debatê-la em tutoria com base em novas referências e na produção de um novo conhecimento (BERBEL, 1998).

Na diretriz sobre ensino na AB citada anteriormente, preconiza-se que a formação na atenção básica seja feita através de metodologias dialógicas e ativas de ensino-aprendizagem, integrando prática e teoria, possibilitando a problematização e a reflexão da prática profissional em pequenos grupos (DEMARZO et al., 2012). Imagina-se que na combinação de tutoria e vivência na AB é possível, assim, superar críticas de autores ao método de ABP, os quais defendem que essa metodologia isolada provoca modificações somente em atitudes, necessitando de novos estudos que demonstrem suas repercussões (GOMES; REGO, 2011) ou criticam os currículos em que as mudanças ficam restritas ao método de ensino (SILVA et al., 2018).

Correlacionando-se a presença de organização curricular com as atividades tutoriais e com a vivência na prática da atenção básica, buscou-se fazer uma síntese dos achados na análise curricular com denominação das escolas participantes nesse estudo em “tradicionais” e “novas”, conforme o Quadro 8. Desse modo, o currículo das escolas “tradicionais” denota uma vivência menor ou descontínua na atenção básica sem a presença na organização curricular da atividade tutorial. No outro grupo, das escolas “novas”, há uma maior vivência ininterrupta na atenção básica e uma organização curricular com atividade tutorial.

Quadro 8. Modalidade dos cursos participantes, conforme carga horária na atenção básica, semestres com atividades na atenção básica e organização curricular baseada em atividade tutorial. Brasil 2018.

IFES	Semestres eixo AB*	Percentual AB*	Atividade tutorial	Modalidade
UFPE - Recife	Terceiro e quarto	3	Não	Tradicional
UFAL - Maceió	Primeiro ao terceiro	12	Não	Tradicional
UFPB - João Pessoa	1º, 2º, 4º e 5º	11	Não	Tradicional
UFRN - Natal	Primeiro e segundo	3	Não	Tradicional
UFS - Aracaju	1º, 3º e 4º	5	Não	Tradicional
UFPE - Caruaru	Primeiro ao oitavo	19	Sim	Nova
UFPI - Parnaíba	Primeiro ao oitavo	12	Sim	Nova
UFRN - Caicó	Segundo ao oitavo	13	Sim	Nova
UFAL - Arapiraca	Segundo ao oitavo	11	Sim	Nova

*antes do internato

Fonte: elaboração do autor.

Nota-se que essa análise considerou as instituições do grupo intervenção como “novas” e do grupo contrafactual como “tradicional”. Ao concluir nessa percepção que as escolas do grupo intervenção tenham elementos curriculares inovadores, avalia-se que isso possivelmente seja uma consequência das mudanças introduzidas pelo Programa Mais Médicos, ou mesmo de movimentos anteriores que “prepararam o terreno” para o seu lançamento. Exemplo disso, é que todos os Projetos Pedagógicos dos cursos “novos” citam o Grupo de Trabalho de Expansão da Educação Médica nas IFES, no qual orientavam elementos como os descritos acima (maior vivência na AB e ensino tutorial) nos seus documentos (MEC, 2013). Além disso, em conversas informais com os gestores das escolas visitadas, nos cursos criados em virtude do PMM, foi reportado que elas trocam experiências frequentemente, sendo um possível ponto de apoio que possibilita a presença das inovações curriculares e pode ser estudado posteriormente.

Procede-se assim para as etapas seguintes da pesquisa, entendendo que a análise curricular foi fundamental para diferenciar as propostas de formação das instituições participantes. Afirmar que há diferença nos currículos das escolas estudadas é o primeiro passo para analisar se isso resultará em diferença na formação dos estudantes dessas instituições. Nos capítulos seguintes, será utilizada com certa frequência a denominação de escolas “tradicionais” e “novas” para destacar diversas características das instituições participantes.

Capítulo 4 – As representações sociais dos estudantes de medicina a partir das mudanças na formação introduzidas pelo Programa Mais Médicos

Na sequência da discussão sobre as repercussões dos cursos criados em virtude do Programa Mais Médicos, buscou-se analisar como os estudantes estavam percebendo as mudanças na formação médica, a partir de referenciais apresentados anteriormente. Desse modo, este capítulo apresenta e discute através da perspectiva das representações sociais, na medida em que se busca compreender o significado e a intencionalidade de forma inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Assim, trabalha-se um universo de significados, aspirações, sentimentos, crenças e valores (MINAYO, 2008). Busca-se, portanto, compreender as representações sociais dos estudantes de medicina nas IFES da Região Nordeste participantes da pesquisa. Em um primeiro momento, foi realizado um estudo descritivo para conhecimento do perfil dos estudantes e, em seguida, um estudo qualitativo, baseado na grande teoria das representações sociais (MOSCOVICI, 2003) e na teoria complementar do núcleo central (ABRIC, 1993).

As representações sociais são elementos simbólicos que as pessoas expressam mediante o uso das palavras e gestos. Também podem ser definidas como mensagens mediadas pela linguagem, construídas socialmente e, necessariamente, ancoradas no âmbito do contexto do indivíduo que as emite (MINAYO, 2008). Enquanto se cria a representação de um objeto, também se constitui o sujeito. Quando o sujeito expressa uma opinião sobre um objeto, supõe-se a contribuição para a elaboração de uma representação (FRANCO, 2004).

As representações sociais não são necessariamente conscientes. Perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual, que se reproduz e se modifica a partir das estruturas e das relações coletivas e dos grupos. Nelas estão presentes elementos tanto da dominação como da resistência, tanto das contradições e dos conflitos quanto do conformismo (MOURA; SHIMIZU, 2017).

Ao abordarem-se as representações sociais, dois conceitos são importantes: a objetivação e a ancoragem (MINAYO, 2008). A objetivação pode ser definida como a transformação de uma ideia, de um conceito ou de uma opinião em algo concreto. Cristaliza-se a partir de um processo figurativo e social e passa a constituir o núcleo central de uma determinada representação, seguidamente evocada, concretizada e disseminada como se fosse o real daqueles que a expressam. A ancoragem constitui-se na parte operacional do núcleo central e na sua concretização, mediante apropriação individual e personalizada por parte de diferentes pessoas constituintes de grupos sociais diferenciados.

Para os objetivos desta pesquisa, também foram empregados os conceitos de núcleo central e núcleo periférico, definidos por Sá (1996). O núcleo central é marcado pela memória coletiva, refletindo as condições históricas, sociológicas e ideológicas do grupo; constitui base comum, consensual coletivamente partilhada das representações, propiciando homogeneidade do grupo social. É estável, coerente, resistente à mudança, assegurando, assim, a continuidade e a consistência da representação; é relativamente pouco sensível ao contexto social e material imediato no qual a representação se manifesta. Já o núcleo periférico permite a integração das experiências e histórias individuais; suporta a heterogeneidade do grupo e as contradições; é evolutivo e sensível ao contexto imediato (SÁ, 1996).

Com vistas à exequibilidade dessa etapa da pesquisa, foram estudados quatro cursos de medicina de IFES da Região Nordeste entre os participantes da pesquisa como um todo, sendo sorteados dois do grupo intervenção (“novo”) e posteriormente selecionados os cursos das suas capitais, da mesma IFES do curso do interior, correspondendo ao grupo “tradicional”. Nota-se que os cursos “novos” são do grupo intervenção e os cursos “tradicionais” são do grupo contrafactual, mas para dar mais consistência ao debate desse capítulo e facilitar a compreensão do que cada grupo representa, aqui serão utilizados os termos “novo” e “tradicional”, conforme explicitado no capítulo anterior.

Também conforme o capítulo 3, foi realizada a análise do currículo desses cursos, por meio da qual foi possível observar que os “tradicionais” apresentam disciplinas

isoladas de inserção na atenção básica e a metodologia apresentava um predomínio de uso da transmissão; nos “novos” o currículo foi estruturado a partir do preconizado nas DCN de 2014, com metodologias ativas de ensino-aprendizagem através de tutoria e inserção semanal e longitudinal na atenção básica.

A pesquisa ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2017 e foram convidados a participar todos os estudantes do sétimo semestre desses cursos. O referido semestre correspondia à etapa em que se encontrava a primeira turma dos cursos ‘novos’, sendo, portanto, a turma mais avançada em que seria possível desenvolver os instrumentos da pesquisa. Para tanto, o pesquisador esteve presente em um dia de aulas dos estudantes no curso, sem aviso prévio e com a anuência do professor responsável pela disciplina ou módulo. Na ocasião, explicou sobre a participação voluntária e o sigilo dos dados individuais conforme termo de consentimento livre e esclarecido.

Entre os 198 estudantes matriculados no sétimo semestre desses cursos, 159 compareceram à aula no dia da aplicação do instrumento, dos quais 149 aceitaram participar voluntariamente do estudo, sendo 68 dos cursos “tradicionais” e 81 dos cursos “novos”. Em um primeiro momento, os participantes responderam a um questionário sociodemográfico, baseado em perguntas semelhantes às aplicadas no questionário do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes. No segundo momento, preencheram um roteiro de evocação livre, em que citavam três palavras que lhe ocorressem, imediatamente, em relação ao termo “trabalho em atenção básica”. Em seguida, os estudantes enumeraram, em ordem de importância, as palavras ou expressões escritas para a hierarquização dos itens (ABRIC, 1993; MOURA; SHIMIZU, 2017).

Os dados do questionário sociodemográfico foram sistematizados no Microsoft Excel 2011 e com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0. Foi realizada a análise univariada com a construção da distribuição de frequências.

As palavras citadas no roteiro de evocação livre foram analisadas com o auxílio do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de*

Questionnaires (Iramuteq), que permite, através do uso de tabelas com palavras, identificar a estrutura das representações sociais. A hierarquização também foi processada com auxílio do *software*, sendo utilizada de modo a reforçar ou reavaliar a colocação desses termos. Desse modo, foram priorizadas categorias e palavras em coerência com a análise desenvolvida na pesquisa qualitativa, buscando sintetizar as estruturas mais relevantes apresentadas pelos entrevistados e realizar um esforço de síntese que não desprezasse a riqueza das informações (MINAYO, 2008).

Os itens questionados no perfil dos participantes dessa etapa estão dispostos na Tabela 3, conforme divisão entre participantes de escolas “tradicionais” e “novas”. Percebe-se uma série de semelhanças entre os grupos. Ao mesmo tempo, destaca-se a existência de diferenças em variáveis como idade, renda familiar, ocupação no momento, ingresso por política afirmativa, presença de médicos na família e motivo de escolha da IFES. Essas diferenças serão destacadas ao longo da discussão.

Visando aprofundar a reflexão no âmbito desta pesquisa buscou-se analisar essas características com base nos dados nacionais do ENADE sobre os respondentes dos cursos de medicina. Os últimos dados disponibilizados são do ano de 2016, tendo a limitação de terem sido respondidos somente pelos estudantes de cursos com concluintes, não tendo, portanto, a participação de estudantes das escolas “novas” criadas em 2014. Mesmo assim, entende-se que tais dados podem auxiliar na análise geral, por traçarem um perfil abrangente dos estudantes de medicina brasileiros no ano em que foi aplicado.

Tabela 3. Perfil sociodemográfico dos estudantes participantes da pesquisa em escolas “tradicionais” e “novas”. Brasil 2017.

Tipo de Escola de Medicina	Escola "tradicional" (N=68)		Escola "nova" (N=81)	
	Frequência (n)	Proporção (%)	Frequência (n)	Proporção (%)
Variáveis				
Sexo				
Feminino	33	48,5	42	51,9
Masculino	35	51,5	39	48,1
Idade				
20 a 24 anos	50	73,6	49	60,5
25 anos ou mais	12	17,6	31	38,3
Não respondeu	6	8,8	1	1,2
Estado Civil				
Casado	1	1,5	9	11,1
Solteiro	66	97,1	69	85,2
União Estável	1	1,5	3	3,7
Escolaridade da Mãe				
Nenhuma	0	0,0	1	1,2
Ensino Fundamental	6	8,8	15	18,5
Ensino Médio	16	23,5	22	27,2
Ensino Superior	27	39,7	26	32,1
Pós-Graduação	19	27,9	17	21,0
Escolaridade do Pai				
Nenhuma	1	1,5	2	2,5
Ensino Fundamental	6	8,8	22	27,2
Ensino Médio	22	32,4	24	29,6
Ensino Superior	26	38,3	24	29,6
Pós-Graduação	13	19,1	9	11,1
Renda Familiar				
Até 1,5 salário mínimo	8	11,8	11	13,6
1,5 a 3 salários mínimos	8	11,8	16	19,8
3 a 4,5 salários mínimos	9	13,2	15	18,5
4,5 a 6 salários mínimos	9	13,2	15	18,5
6 a 10 salários mínimos	19	27,9	8	9,9
Acima de 10 salários mínimos	15	22,1	16	19,8
Financiado por programa governamental				
Sim	10	14,7	7	8,6
Não	58	85,3	74	91,4
Trabalha				
Sim	6	8,8	12	14,8
Não	62	91,2	69	85,2
Ingresso por política afirmativa				
Sim	19	27,9	37	45,7
Não	49	72,1	44	54,3
Escola predominante do Ensino Médio				
Privada	47	69,1	56	69,1
Pública	21	30,9	25	30,9
Tem familiar médico				
Sim	11	16,2	22	27,2
Não	57	83,8	59	72,8
Principal motivo para escolher medicina				
Influência Familiar	3	4,4	4	4,9
Mercado de Trabalho	16	23,5	15	18,5
Valorização Profissional	15	22,1	10	12,3
Vocação	34	50,0	52	64,2
Principal motivo para ter escolhido a IFES				
Facilidade de Acesso	0	0,0	2	2,5
Gratuidade	15	22,1	34	42,0
Proximidade	5	7,4	14	17,3
Qualidade	46	67,6	25	30,9
Única que obteve aprovação	2	2,9	6	7,4

Fonte: Elaboração do autor.

Com relação à renda e escolaridade dos pais, no grupo de escolas “novas” há uma maior concentração nas faixas abaixo de seis salários mínimos e na conclusão de ensinos fundamental e médio. No grupo de escolas “tradicionais” há uma maior concentração nas faixas acima de seis salários mínimos e na conclusão dos ensinos superior e pós-graduação, mais semelhante ao perfil geral dos estudantes de medicina conforme relatório do ENADE. Para Ristoff (2013), as situações em que ocorre uma correlação entre essas variáveis socioeconômicas são importantes na análise da possibilidade de mobilidade social e na redução da desigualdade social baseada nos anos de escolaridade. Desse modo, os estudantes das escolas “novas” aproximam-se do que o autor denomina de “a primeira geração universitária”.

As políticas afirmativas são consideradas decisivas para esse fenômeno e, mais uma vez, observa-se a diferença entre os dois grupos: enquanto 45,7% dos estudantes dos cursos ‘novos’ ingressaram por essa modalidade, o mesmo só ocorreu com 27,9% dos cursos ‘tradicionais’. Entende-se que as políticas públicas de acesso e permanência assumem papel central na inclusão dos grupos historicamente excluídos (RISTOFF, 2013), e, portanto, têm uma atribuição decisiva nas escolas “novas”.

Apesar disso, não se percebe uma maior participação de estudantes oriundos de escolas públicas no grupo de cursos “novos”, já que a distribuição entre formação pública e privada entre os dois grupos é exatamente igual. Para Ristoff (2013), a participação de estudantes oriundos de escolas públicas nas universidades ainda está muito aquém do necessário e, portanto, merece mais atenção, mesmo de universidades que dispõem de políticas afirmativas. Esse quadro pode ser modificado com a efetivação da chamada Lei das Cotas, vigente a partir de 2012, e esse assunto será retomado no Capítulo seguinte, com uma amostra maior de estudantes de nove cursos.

Nesse ínterim, é vista, de forma paradoxal, a presença de maior número de médicos na família no grupo de estudantes de escolas “novas”. Esse dado sugere uma maior heterogeneidade entre os participantes desse grupo e também deve ser considerado na análise das representações sociais pela influência do familiar médico na

percepção dos participantes sobre a escolha da profissão e o trabalho médico (MOREIRA et al., 2006).

Mesmo assim, não parece que a influência familiar foi tão decisiva na escolha pelo curso de medicina, já que essa motivação foi citada por menos de 5% dos participantes em ambos os grupos. Em consonância com outros estudos na área (FIOROTTI; ROSSONI; MIRANDA, 2010; MOREIRA et al., 2006), a vocação foi o principal motivo para os participantes, com índice de resposta acima de 50%. Há uma pequena predominância no grupo de escolas “tradicionais” pelo mercado de trabalho como motivação para a escolha da medicina. Esse item, somado à ideia de valorização profissional atinge percentuais superiores aos encontrados em estudos anteriores (FERREIRA et al., 2000; FIOROTTI; ROSSONI; MIRANDA, 2010), sugerindo que essa possa ser uma tendência crescente a ser estudada.

No que se refere ao motivo de escolha da instituição, percebe-se diferentes motivações entre os grupos. Os estudantes das escolas “tradicionais” reforçam uma reputação positiva da sua instituição, tendo 67,6% destacado a qualidade como fator determinante. Já os estudantes das escolas “novas” destacam também a oportunidade de ingressarem em uma instituição pública em uma região que anteriormente não possuía um curso de medicina. Tal fato reforça fatores como a gratuidade (42%) e a proximidade (17,3%), em consonância com a política proposta pelo Programa Mais Médicos de interiorização da formação médica (BRASIL, 2015).

O perfil dos estudantes das escolas visitadas voltará a ser tema de discussão no capítulo seguinte, com uma amostra maior de estudantes de todas as nove escolas visitadas, possibilitando com isso a comparação com análise estatística entre os grupos e novas análises no estudo transversal realizado com ingressantes no segundo semestre de 2016 (entrando, portanto, três anos depois no curso de medicina quando comparado com a amostra desse capítulo).

As Figuras 6 e 7 sintetizam os achados de evocação livre e hierarquização de itens no momento em que o participante se deparava com o termo “**trabalho na atenção básica**”, para os cursos “tradicionais”, e “novos”, respectivamente.

O quadrante superior esquerdo indica as palavras mais frequentes e prontamente evocadas, sendo indicadoras do núcleo central da representação. O quadrante superior direito é o da primeira periferia, em que, mesmo com alta frequência, as palavras não foram tão prontamente evocadas. No quadrante inferior esquerdo, tem-se a zona de contraste com elementos de baixa frequência, mas prontamente evocados e no quadrante inferior direito está a segunda periferia, com menor evocação e frequência (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Figura 6. Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos “tradicionais” de medicina quando questionados sobre o “trabalho na atenção básica”. Brasil 2017.

Zone du noyau	Première périphérie
Prevenção-12-1.9 Importante-10-1.6 Fundamental-6-1.5 Essencial-6-1.5	Desvalorizado-9-2.3 Comunidade-8-2.2 Precariedade-5-2 Necessário-5-2 USF-5-2.8

Elements contrastés	Seconde périphérie
Base-3-1.7 Resolutividade-3-1.7 Acolhimento-2-1.5 Difícil-2-1.5	Dificuldade-4-2.2 Assistência-3-2 Generalista-3-2.3 Família-3-2 Promoção-3-2 Proximidade-3-2 Território-2-2 Primária-2-2 Educação-2-2 Cuidado-2-2

Fonte: Elaboração do autor.

Figura 7. Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos “novos” de medicina quando questionados sobre o “trabalho na atenção básica”. Brasil 2017.

Zone du noyau	Première périphérie
Prevenção-13-1.8 Acesso-10-1.9 Vínculo-10-1.8 Importante-6-1.5 Responsabilidade-5-1.8	Vocação-10-2 Equipe-9-2 Longitudinalidade-9-2.2 Cuidado-8-2 Comunidade-6-2

Elements contrastés	Seconde périphérie
Resolutividade-4-1.8 Necessário-4-1.2 Atenção-4-1.8 Universalidade-3-1 Desafio-3-1 Entrada-2-1.5 Multiprofissionalidade-2-1 Amor-2-1.5 Abrangente-2-1 Assistencialismo-2-1	Saúde-4-2.5 Promoção-4-2.2 Interdisciplinariedade-4-2.2 Acolhimento-3-3 Dedicção-3-2.3 Carência-2-3 Dificuldade-2-2.5 Família-2-2 Integralidade-2-2.5 Trabalho-2-2 Planejamento-2-3 Árduo-2-2 Sobrecarga-2-2 Desvalorização-2-2.5 Tranquilo-2-3 Chato-2-2 Temporário-2-2 Multiprofissional-2-2.5 Proximidade-2-2 Capacitação-2-3

Fonte: Elaboração do autor.

Para fins de análise, trabalhou-se, principalmente, com os termos do núcleo central e da primeira periferia, por sua relevância na formação das representações sociais dos estudantes que apresentam relação com as DCN. Em ambos os grupos, ou seja, tanto no núcleo central dos estudantes dos cursos “tradicionais” como dos cursos “novos”, o termo mais destacado é a “prevenção”, o que indica o reconhecimento, por parte dos estudantes, da atenção básica como o lócus para essa forma de cuidado.

Para Starfield (2002), a prevenção é uma das dimensões da atenção básica, mas não é prerrogativa exclusiva desse nível de atenção, já que, ao abordar os problemas mais comuns de saúde também devem ser desenvolvidas ações de cura e reabilitação. Em estudo realizado nacionalmente, no âmbito da Saúde da Família, constatou-se que a maior parte dos profissionais refere desenvolver atividades de prevenção, mas, principalmente entre os médicos, foi baixa a proporção de quem realizou (SCOREL et al., 2007), o que evidencia a distância entre o que é preconizado e o que é desenvolvido na atenção básica (LENTSCK; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010).

Entende-se que “(...) a atenção básica, para ser resolutiva, reconhecida e ter legitimidade, não pode ser o lugar onde se faz apenas promoção e prevenção no nível

coletivo” (BRASIL, 2015, p. 14). Ainda na implementação do Programa Saúde da Família, alertava-se para o risco da separação entre a atenção coletiva e a individual (MEHRY; FRANCO, 1999). Portanto, esse resultado sugere a incorporação, ao longo da graduação, de uma visão baseada no modelo médico-privatista que não considera a capacidade de resolução da atenção básica. Esse olhar tende a ser reforçado durante o curso de medicina em que há uma fragmentação da formação pelo olhar das especialidades (AMORETTI, 2005).

Ambos os grupos de estudantes destacaram a relevância do trabalho na atenção básica através de termos bastante frequentes como “importante”, “fundamental” e “essencial”. Esses termos estão ancorados nas DCN de 2014, as quais ressaltam a necessidade de inserção dos estudantes na atenção básica e refletem o resultado de diversos estudos sobre o impacto da atenção básica na melhoria de indicadores do sistema de saúde (VICTORA et al., 2011).

Registradas as principais semelhanças nas representações entre os grupos, cabe analisar as diferenças. Considerando o núcleo central, destaca-se no grupo de escolas “novas” a presença de termos como “vínculo” e “responsabilidade”. Em uma revisão sistemática foi demonstrado como uma série de publicações tem abordado o tema do vínculo na atenção básica, considerado como fator relevante para a atenção à saúde. Graças ao vínculo, é possível melhorar o conhecimento dos reais problemas das pessoas atendidas pelos serviços e facilitar o relacionamento dos usuários com os profissionais que os atendem (BRUNELLO et al., 2010).

O vínculo é um dos princípios da atenção básica, dentro da perspectiva da longitudinalidade do acompanhamento dos usuários e famílias (STARFIELD, 2002). É tido, também, como ferramenta terapêutica, ao ser listado como um dos elementos essenciais do método da Medicina Centrada na Pessoa (STEWART, 2017). Desse modo, dialoga com o outro termo destacado nas escolas “novas” que é o de “responsabilidade” e aponta para a perspectiva de mudança do modelo assistencial no SUS através da organização de Redes de Atenção à Saúde. Nesse formato, é fundamental a responsabilização da equipe e do profissional com o cuidado do usuário, sendo entendida, também, como ferramenta de gestão da clínica (MENDES, 2010).

Sugere-se que exercitar o vínculo e a responsabilidade seja mais viável em currículos que propiciem um contato maior e mais frequente do estudante com a atenção básica. Muitas vezes, nos currículos tradicionais, o estudante tem contatos pontuais com as pessoas por ele atendidas e, geralmente, não consegue observar o desfecho das ações propostas para o usuário em virtude da rotina de troca de estágios. Nos currículos novos, diferentemente dos tradicionais, os estudantes participam do cuidado de pessoas e famílias ao longo do tempo, corresponsabilizando-se pelo seu acompanhamento no período mínimo de um semestre. Desse modo, podem vivenciar, intensamente, a responsabilização pelo cuidado com as pessoas e elaborar uma representação mais significativa sobre esse tema. Nesse contexto, inclusive, há indícios de que a inserção dos estudantes nas equipes de saúde da família pode melhorar a qualidade da assistência à saúde das pessoas do território onde estão (SOARES, É. et al., 2011).

Ademais, na análise da primeira periferia dos cursos “novos” aparecem os termos “comunidade” e “cuidado”. Novamente, a maior vivência na atenção básica possibilitada pelos currículos “novos” parece ser decisiva para as representações sociais dos estudantes. O cuidado pode ser visto sob a perspectiva emancipatória, explicitando as relações de poder existentes no processo de trabalho em saúde e contribuindo, portanto, para a autonomia das pessoas que procuram os serviços de saúde (PIRES; GÖTTEMS, 2009). Essa perspectiva está em consonância com as competências da dimensão de atenção à saúde dispostas nas DCN de 2014. Nas referidas diretrizes, valoriza-se não só os desejos e interesses dos usuários do SUS, mas se estimula a autonomia intelectual do educando (ROCHA, 2017).

A competência cultural e, portanto, a capacidade de conhecimento e interlocução com a comunidade e suas famílias, é tida como uma das ferramentas essenciais para o trabalho na atenção básica (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Ao destacar o termo “comunidade”, os estudantes demonstram que a vivência curricular na atenção básica não ficou restrita ao serviço de saúde e possibilitou, também, um entendimento do papel da comunidade no cuidado em saúde. Demonstra-se, portanto, uma visão bem abrangente da atenção básica, com a incorporação, nas representações sociais, de características que extrapolam a concepção teórica da atenção básica.

Na primeira zona periférica, novamente, são percebidas diferenças entre as escolas. Para os estudantes das escolas “tradicionais” passam a predominar termos como “desvalorizado” e “precariedade”. Uma série de estudos tem demonstrado que a forma de vinculação dos profissionais na atenção básica tem sido uma de suas principais fragilidades (FACCHINI et al., 2006; GIRARDI et al., 2016; GONÇALVES et al., 2009). Ao mesmo tempo, refere-se que a prática clínica na atenção básica tem má reputação entre médicos que atuam em outros serviços, inclusive pela fragilidade de instrumentos que os médicos sem formação para trabalhar na AB têm ao se depararem com a realidade dos serviços (OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, 2013). Cabe destacar que os usuários da atenção básica têm uma percepção diferente. Ao analisar as suas representações sociais, foram mais evidenciadas percepções favoráveis sobre o acesso e a resolutividade da Estratégia de Saúde da Família (GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2011). Mesmo assim, não deixa de haver correlação com um processo de precarização da atenção básica que gera desgaste para os profissionais que atuam nesses serviços (SILVA et al., 2018).

Esta representação social, mais frequente nos estudantes de escolas “tradicionais”, pode estar relacionada à vivência desses discentes ao longo do curso de medicina com professores que pouco conhecem o SUS e não têm a experiência de acessar os serviços públicos. Reforçam-se, assim, ao longo da formação, visões negativas do sistema sem ao menos procurar conhecê-lo, tendência acentuada na medida em que o cidadão que não utiliza o SUS possivelmente terá uma visão mais pessimista do sistema em função de diversas influências, entre elas, a mídia (MORAES et al., 2017).

Para Soares et al. (2011), é necessária uma maior integração entre estudantes, equipe e a comunidade. Dessa forma, é possível alcançar um serviço mais efetivo e de qualidade, com aumento da satisfação dos profissionais e diferencial positivo na formação dos estudantes. Os autores defendem que, para isso ocorrer, é necessário ver o estudante como integrante da equipe de saúde e, portanto, sua inserção no serviço desde o início do curso pode facilitar este processo (SOARES, E. et al., 2011).

Gonçalves et al. (2009) reforçam o pressuposto de que a falta de destaque para a AB e o exercício da profissão na saúde da família se correlacionam com a falta de interesse pelo trabalho na atenção básica. Em estudo realizado pelas autoras, os médicos trabalhando na saúde da família foram unânimes em dizer que não tiveram incentivo para a atenção básica durante a formação.

Compreende-se, com essas análises, que a inserção do estudante a partir do primeiro ano do curso na atenção básica, em consonância com as DCN de 2014, tem um potencial importante para a mudança da formação e para criar uma nova concepção do estudante sobre o trabalho na AB. Nas análises dos currículos dos cursos “novos” ficou perceptível uma maior carga horária de atividades na atenção básica. Estes também se caracterizavam por currículos com metodologias ativas que podem possibilitar uma atitude mais reflexiva (LIMA, 2017), apesar de se admitir a necessidade de novos estudos sobre esse tema (GOMES; REGO, 2011) e do entendimento de que somente mudanças metodológicas não são suficientes (SILVA et al., 2018).

Destacando essas questões, consegue-se perceber as diferenças nas representações sociais de estudantes de escolas “novas” e “tradicionais”, possivelmente influenciadas pela organização do currículo e consequente inserção nas atividades da AB. Sugere-se que os termos mais significativos para os estudantes das escolas “novas” refletem mais a realidade da AB do que os termos dos estudantes das escolas “tradicionais”. Somam-se a isso as diferenças sócio-demográficas entre os estudantes dos dois tipos de escola destacados anteriormente: os das instituições “novas” aproximam-se do perfil chamado de “a primeira geração universitária”.

Em artigo que analisa a experiência de um curso inovador de medicina, Melo et al. (2017) referem que novas experiências político-pedagógicas em curso no Brasil foram impulsionadas pelo PMM e referendam a potência do Programa. Entre as inovações descritas, está a fundamentação do curso no uso de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem e no ensino baseado na comunidade, proporcionando a inserção do estudante na atenção básica desde os anos iniciais do curso. Destaca-se, ainda, a utilização de uma política de ação afirmativa nesse curso, a qual possibilitou o acréscimo de pontuação na seleção de ingresso no curso para os estudantes provenientes de

escolas públicas das cidades da região no interior do estado onde o curso está sediado. Avalia-se que as situações reais, vivenciadas pelos estudantes, têm fortalecido o desenvolvimento de competências mais ajustadas à realidade dos serviços de saúde e da população, bem como possibilitado a reflexão-ação-reflexão dos trabalhadores sobre seus processos de trabalho.

Ao analisar a repercussão das Diretrizes Curriculares Nacionais anteriores, de 2001, apesar de destacar a relevância crescente da atenção básica nesse documento, Nogueira (2009) ainda denomina a inserção na AB como sendo precoce. A autora entende que para mudar a formação faz-se necessária a emergência de um novo estilo de pensamento médico, visando a mudanças na prática clínica e na produção da atenção à saúde (NOGUEIRA, 2009). Entende-se que os estudantes de currículos “novos” podem estar traçando esse novo caminho, com representações sociais que se aproximam mais do cotidiano da atenção básica.

Seguindo a análise, as figuras 8 e 9 sintetizam os achados de evocação livre e hierarquização de itens no momento em que o participante se deparava com o termo “**responsabilidade social**”, para os cursos “tradicionais”, e “novos”, respectivamente. A disposição dos quadrantes segue a mesma disposição das figuras anteriores.

Reforça-se, portanto, que o quadrante superior esquerdo indica as palavras mais frequentes e prontamente evocadas, sendo indicadoras do núcleo central da representação. O quadrante superior direito é o da primeira periferia, em que, mesmo com alta frequência, as palavras não foram tão prontamente evocadas. No quadrante inferior esquerdo, tem-se a zona de contraste com elementos de baixa frequência, mas prontamente evocados e no quadrante inferior direito está a segunda periferia, com menor evocação e frequência (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Figura 8. Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos “tradicionais” de medicina quando questionados sobre “responsabilidade social”. Brasil 2017.

Zone du noyau	Première périphérie
<p>Dever-17-1.7 Empatia-10-1.9 Ética-8-1.2 Compromisso-7-1.7 Importante-6-1.8 Cidadania-5-1.4 Equidade-4-1.8 Coletividade-4-1.8</p>	<p>Consciência-6-2.3 Cuidado-6-2.3 Política-5-2 Direito-4-2.5 Justiça-4-2.2 Obrigação-4-2.5</p>
Elements contrastés	Seconde périphérie
<p>Educação-3-1.7 Essencial-3-1.7 Atitude-2-1 Saúde-2-1.5 Inclusão-2-1 Altruismo-2-1.5</p>	<p>Governo-3-2.3 Respeito-3-2 Necessário-3-2.7 Igualdade-3-2 Trabalho-3-2 Proatividade-2-3 Todos-2-2 Hipocrisia-2-2 Dificuldade-2-2.5 Sociedade-2-2 Ação-2-2.5 População-2-2.5 Gestão-2-2.5 Mudança-2-2 Futuro-2-2.5</p>

Fonte: Elaboração do autor.

Figura 9. Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos “novos” de medicina quando questionados sobre “responsabilidade social”. Brasil 2017.

Zone du noyau	Première périphérie
<p>Dever-15-1.6 Compromisso-12-1.1 Ética-6-1.3 Justiça-5-1.6 Importante-5-1.6</p>	<p>Empatia-15-2 Cuidado-8-1.9 Necessário-7-2 Equidade-6-2.3 Igualdade-6-2.2 Cidadania-6-2 Obrigação-5-2.4</p>
Elements contrastés	Seconde périphérie
<p>Autonomia-3-1.3 Contribuição-3-1.3 Moral-3-1.3 Competência-2-1.5 Vocação-2-1.5 Todos-2-1.5 SUS-2-1.5 Voluntariedade-2-1</p>	<p>Respeito-4-2.2 Comunidade-4-2.5 Direito-4-2.5 Coletividade-4-2 Retribuição-4-2 Engajamento-4-2.5 Humanização-3-2 Transparência-3-2.7 Ação-3-2.7 Proatividade-2-2 Universalidade-2-2.5 Promoção-2-3 Fundamental-2-2 Meta-2-2 União-2-2 Desafio-2-2</p>

Fonte: Elaboração do autor.

Para fins de análise, trabalhou-se principalmente com os termos do núcleo central, primeira periferia e elementos contrastantes, considerando a relevância dos termos para a formação das representações sociais dos estudantes de medicina. Em ambos os grupos, ou seja, tanto no núcleo central dos estudantes dos cursos “tradicionais” como dos cursos “novos”, o termo mais destacado é “dever”, o que indica o reconhecimento, por parte dos estudantes, de que o médico deve ter algum grau de envolvimento com a sociedade.

O que se discute a partir deste entendimento é, até que ponto, a ideia de dever transmite somente uma percepção individual do estudante diferentemente de uma perspectiva coletiva, de visão da escola médica enquanto ator integrado em uma sociedade. Desse modo, é comum em ambos os grupos, um entendimento possivelmente limitado da responsabilidade social. Considerando-se, que são estudantes de universidades públicas, há uma possível noção de que devam devolver para a sociedade um determinado investimento público feito durante a sua formação. Mesmo assim, em pesquisas realizadas com estudantes na etapa seguinte do curso, o internato, demonstrou-se que apenas 10% dos estudantes na etapa final do curso consideram trabalhar somente em serviços públicos. É ainda menor o número de quem quer trabalhar em pequenos municípios: 5% (OLIVEIRA; ALVES, 2011).

Os achados foram semelhantes ao de um estudo realizado com estudantes de medicina, psicologia e odontologia, em que 80% almejam trabalhar em consultório privado, apesar de muitos julgarem que será necessário trabalhar no setor público (CECCIM et al., 2008). Para os autores do estudo, tal visão está relacionada a construção de um imaginário durante a formação em que se privilegia a perspectiva liberal-privatista e não se discutem as implicações das relações entre público e privado no SUS, o que acaba não contribuindo com a real compreensão e apropriação da cidadania.

Mesmo assim, o termo “cidadania” se destaca em ambos os grupos, principalmente no grupo de escolas “tradicionais”. Neste grupo, o termo está no núcleo central, sugerindo que esteja mais consolidado, enquanto nas escolas “novas” aparece na primeira periferia. Essa percepção remete efetivamente a uma construção societária

coletiva e se destaca desde a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, nas quais se preconiza que o curso tenha compromisso com a cidadania de modo que sua estrutura inclua valores orientados para ela (ALMEIDA, M. J. et al., 2007).

Assim, o termo segue presente nas novas DCN de 2014, mas não em tanto destaque ao ser comparado com outros termos que cresceram substancialmente no número de citações. Enquanto para “competências”, conforme Rocha, (2017), há um acréscimo em diversos artigos, para “cidadania” se percebe um aumento discreto, passando a constar em quatro momentos (em 2001 foi citado duas vezes). Desse modo, sugere-se que, até como um reflexo dos movimentos de mudança do início nos anos 2000, a noção de “cidadania” se incorporou nas representações sociais do estudante de medicina, pelo menos nos participantes deste estudo.

Nogueira (2009) defende que o surgimento das DCN de 2001 ocorreu em um contexto de questionamento do modelo técnico-científico da formação médica, com novas propostas orientadas por um projeto ético-humanista que tencionam o modelo anterior. Desse modo, é possível a valorização, pelas escolas médicas, de termos como “cidadania” em reformas curriculares ocorridas no início do Século XXI, bem como a sua influência nas escolas criadas a partir do Programa Mais Médicos.

Outra semelhança se refere ao uso do termo “ética”. Em estudo de Almeida et al. (2008) foi possível observar que os estudantes tinham um melhor conhecimento do Código de Ética Médica do que os professores, e ambos os grupos consideravam temas de ética como extremamente importantes, apesar de haver uma baixa atualização e discussão sobre o assunto. Além disso, ao discutir exemplos dados de “maus” professores que não observavam os preceitos do CEM, foi observado que o modelo desses docentes pode interferir negativamente na formação do estudante.

Mesmo assim, percebe-se que o ensino de ética no Brasil tem uma tendência a ser muito teórico, pouco humanista e baseado na especialidade, com um perfil individualista e centrado no hospital (COMES et al., 2017). Nesse estudo, ao comparar os currículos de escolas médicas brasileiras e cubanas, os autores afirmam que a discussão sobre ética se dá de forma mais contínua na formação em Cuba. Apesar

disso, avalia-se que tem aumentado a quantidade de disciplinas que abordam questões éticas nos currículos brasileiros (NEVES JÚNIOR; ARAÚJO; REGO, 2016), de modo que o destaque para o termo em ambos os grupos sugere uma influência também das DCN de 2001, nas quais se preconiza a inclusão de conteúdos éticos na estrutura do curso de graduação em medicina. Essa proposição foi mantida na íntegra nas DCN de 2014 (ROCHA, 2017).

Ainda nas semelhanças, ambos os grupos citam o termo “empatia”, apesar de que no grupo “tradicional” aparece na zona central e no grupo “novo” na primeira periferia. Para Costa e Azevedo (2010) a empatia, no contexto médico, remete à sensibilização do médico pelas mudanças sentidas e refletidas, momento a momento, pelo paciente. Os mesmos autores, defenderam a necessidade que a empatia seja observada no exemplo de professores ao longo do curso de medicina, e também em reformas curriculares que valorizem a consolidação de práticas e vivências salutareis na relação médico-paciente.

Diferentemente, portanto, do que colocam Moreto e Blasco (2013), ao defender que ocorreria uma perda de empatia ao longo do curso de medicina, os estudantes de ambos os grupos parecem se interessar pelo tema e valorizá-lo a ponto do termo “empatia” aparecer entre as principais citações. Mais uma vez, os termos mais valorizados de forma semelhante entre os grupos tendem a remeter mais a âmbitos individuais da profissão médica do que a uma noção coletiva do papel da escola de medicina.

Destacadas as semelhanças, passa-se para a análise das diferenças entre os grupos. Nesse momento, pode-se observar o destaque para três termos citados pelos estudantes das escolas “novas”: “compromisso”, “justiça” e “SUS”, principalmente na primeira periferia e na zona de elementos contrastes. Para o grupo das escolas “tradicionais” um termo realçado no âmbito desse debate é “consciência”.

Um dos motivos para destacar “compromisso”, presente nas escolas “novas”, é pela recorrência com que o termo aparece em documentos como o do Consenso Global de Responsabilidade Social das Escolas Médicas (GCSA, 2012). Neste documento,

fala-se em compromisso em variadas dimensões: do profissional de servir em áreas de necessidade; da escola em trabalhar com outros atores da área da saúde; dos diversos atores quanto aos princípios e valores da responsabilidade social e; do corpo docente e alunos com a comunidade. Desse modo, evidentemente o termo “compromisso” remete a uma dimensão mais coletiva do que termos tratados anteriormente, e, assim como nas análises relativas ao “trabalho na atenção básica” parece representar um avanço proveniente das experiências possibilitadas somente nos cursos implantados em virtude do Programa Mais Médicos.

Essa percepção das representações sociais é reforçada no momento em que o termo “SUS” aparece somente citado pelos estudantes das escolas “novas”. Ora, conforme preconiza-se para a terceira geração de reformas no ensino médico uma formação centrada no sistema de saúde (FRENK et al., 2011a), o primeiro passo para que os estudantes reconheçam essa perspectiva é que entendam a correlação entre responsabilidade social e o Sistema Único de Saúde. Tanto que, ao analisar a experiência de uma escola inovadora, Melo et al. (2017) remete à ideia da vivência longitudinal no SUS numa formação sensível às realidades do sistema de saúde.

Da mesma forma, o outro consórcio de escolas citado na área de responsabilidade social, o TheNET, também utiliza um termo citado pelos estudantes das “escolas novas”: “justiça”, que no caso deste consórcio aparece no momento em que cita seus princípios, entre eles a busca de justiça social. O conceito de enfrentamento de injustiças está diretamente ligado ao debate dos determinantes sociais em saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) e no escopo deste trabalho cabe destacar que a discussão dos determinantes só passa a ser incorporada de maneira definitiva nas DCN a partir de 2014 (ROCHA, 2017).

Portanto, o aparecimento de termos como “compromisso”, “SUS” e “justiça” entre os estudantes de escolas “novas” parece sinalizar para a perspectiva de responsabilidade social, por mais que seja um conceito insuficientemente trabalhado nacionalmente. Em contraposição a isso, o termo “consciência”, destacado entre os estudantes das escolas “tradicionais”, mais uma vez remete a uma dimensão individual, no caso do próprio estudante de medicina. Exemplo disso é Ferreira et al. (2009), que

discute a consciência na perspectiva das consequências de ações autônomas que os estudantes de medicina desenvolvem.

Na análise das evocações relacionadas ao termo “**responsabilidade social**”, conclui-se, portanto, que é possível observar de forma mais evidente a influência das DCN 2001, ainda mais quando compara-se com o termo “**trabalho na atenção básica**”, esse sim muito mais presente nas DCN 2014. Assim como há pouca literatura disponível nacionalmente sobre responsabilidade social, por mais que as escolas brasileiras desenvolvam experiências condizentes com esse conceito, sugere-se que ainda não houve uma compreensão do significado desse movimento para as escolas médicas e, conseqüentemente, menos ainda para os estudantes. Apesar disso, destaca-se o aparecimento do termo “SUS” entre os estudantes das escolas “novas” e portanto um potencial importante da valorização da relação com o sistema de saúde por esses cursos.

Além disso, ao perceber as diferentes representações sociais entre estudantes de escolas “tradicionais” e “novas” percebe-se sinais importantes de como os estudantes de currículos “novos” estão traçando um novo caminho, mais próximo do que é preconizado para o cotidiano da atenção básica. Entende-se ainda que as modificações na formação introduzidas pelo Programa Mais Médicos têm um papel decisivo nessas mudanças (OLIVEIRA; SANTOS; SHIMIZU, 2018).

Ressalta-se ainda que essa análise, como se desenvolveu no âmbito das representações sociais dos estudantes de medicina sobre o trabalho na atenção básica, faz um recorte bem específico em um determinado contexto de escolas criadas recentemente, bem como das escolas “tradicionais” estudadas. Faz-se necessário observar como essas experiências se comportarão de maneira mais ampla, inclusive nos mecanismos de avaliação, de âmbito institucional ou processual, propostos no Mais Médicos, e, portanto, são necessárias outros elementos para esse debate, incluindo os desenvolvidos nos demais capítulos.

Capítulo 5 – Ampliando a análise pelos ingressantes nos cursos de medicina e pensando novas etapas de avaliação

Na busca de mais elementos para avaliar a repercussão das mudanças propostas na formação médica pelo Programa Mais Médicos, seguiu-se pensando em uma modelagem que possibilitasse a análise das proposições do Programa. Entre elas, uma das mais debatidas é a perspectiva de que ter mais cursos de medicina no interior possibilitaria uma maior fixação de profissionais nestas localidades (BRASIL, 2015). Considerando que os quatro cursos novos estudados ainda não têm concluintes, elaborou-se um desenho para viabilizar o acompanhamento dos estudantes desses cursos desde o momento do ingresso, seu desenvolvimento no curso e até sua vida profissional.

Nesse íterim, busca-se saber: Quem são os estudantes que estão ingressando nos diferentes cursos? Como se colocam com relação a temáticas fundamentais da prática médica? Qual a influência das atividades curriculares nas suas atitudes e como isso irá repercutir na sua inserção no mercado de trabalho? São perguntas complexas e de uma temporalidade superior a do desenvolvimento desta tese, mas que necessitam de um ponto de partida que possibilite algumas percepções iniciais e viabilize as análises posteriores.

Para tanto, foi delineado um estudo transversal, no qual os estudantes ingressantes no segundo semestre de 2017 dos nove cursos de medicina participantes, foram convidados a participar do preenchimento de um questionário sociodemográfico. Assim como na amostra em que se discutiu as representações sociais, o próprio pesquisador esteve presente em um dia de aulas do estudante no curso, sem aviso prévio e com anuência do professor responsável pela disciplina ou módulo. Na ocasião, explicou sobre a participação voluntária e o sigilo dos dados individuais conforme termo de consentimento livre e esclarecido.

Tabela 4. Perfil sociodemográfico dos estudantes participantes da pesquisa em Escolas de Medicina “tradicionais” e “novas”. Brasil 2018.

Características do estudante	Escola “tradicional” (N=251)		Escola “nova” (N=155)		<i>p</i> valor*
	Frequência (n)	Proporção (%)	Frequência (n)	Proporção (%)	
Sexo					
Feminino	99	39,4	72	46,5	0,165
Masculino	152	60,6	83	53,5	
Idade					
17 a 24 anos	210	88,2	129	87,8	0,888
25 anos ou mais	28	11,8	18	12,2	
Estado Civil					
Casado	6	2,4	3	1,9	0,762
Solteiro	245	97,6	152	98,1	
Escolaridade da Mãe					
Fundamental e Médio	99	39,4	78	50,3	0,032
Superior/Pós-Graduação	152	55,9	77	49,7	
Escolaridade do Pai					
Fundamental e Médio	120	48,0	92	60,1	0,018
Superior/Pós-Graduação	130	52,0	61	39,9	
Renda Familiar					
≤ 6 salários mínimos	125	50,8	101	66,9	0,002
> 6 salários mínimos	121	49,2	50	33,1	
Financiado programa governamental					
Sim	0	0	2	1,3	0,071
Não	251	100,0	153	98,7	
Trabalha					
Sim	33	13,1	10	6,5	0,033
Não	218	86,9	145	93,5	
Ingresso por política afirmativa					
Sim	128	51,0	117	75,5	0,000
Não	123	49,0	38	24,5	
Escola predominante do Ensino Médio					
Privada	120	47,8	82	51,4	0,352
Pública	129	51,4	73	47,1	
Tem familiar médico					
Sim	69	27,5	44	28,4	0,968
Não	180	71,7	110	71,0	
Principal motivo para escolher curso					
Influência Familiar	5	2,0	6	3,9	0,597
Mercado de Trabalho	28	11,3	21	13,7	
Profissão Valorizada	51	20,6	30	19,6	
Vocação	162	66,0	97	62,7	
Principal motivo para escolher IFES					
Gratuidade	70	28,2	50	32,3	0,000
Proximidade	40	16,1	41	26,5	
Qualidade	107	43,1	28	18,1	
Única com aprovação	31	12,5	36	23,2	

*Qui² Pearson

Fonte: Elaboração do autor

O total de vagas nos nove cursos participantes no segundo semestre de 2017 foi de 470, considerando que principalmente os cursos tradicionais têm entradas semestrais. Houve pequenas variações no preenchimento dessas vagas, mas na maior parte dos cursos todas estavam preenchidas. Nem todos os estudantes compareceram no dia em que o pesquisador fez a aplicação dos questionários, de modo que foram efetivamente convidados a participar do estudo 428 estudantes. Concordaram em participar do estudo 406 estudantes, o que corresponde a 86% das vagas, sendo 251 dos cursos “tradicionais” e 155 dos cursos “novos”. A Tabela 4 demonstra o perfil sociodemográfico desses estudantes. Os dados foram analisados utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson. As diferenças foram consideradas significantes quando $p < 0,05$.

Nota-se que é o mesmo questionário sociodemográfico respondido pelos estudantes do sétimo semestre de quatro cursos, participantes da etapa relacionada às representações sociais, mantendo as semelhanças com o ENADE. Mas, diferentemente da etapa anterior da pesquisa, que contou com a participação de 149 estudantes, neste estudo transversal teve-se uma amostra maior, de modo a permitir análises estatísticas na comparação entre os grupos. Além disso, o questionário do capítulo anterior foi respondido por estudantes que na época estavam no quarto ano do curso de medicina e este por estudantes ingressando no primeiro semestre. Há, portanto, uma diferença de cerca de três anos no momento de acesso ao curso de medicina, o que corresponde, por exemplo, à temporalidade de um ciclo do ENADE.

A maior parte das características perguntadas demonstra uma semelhança entre os grupos. São itens como sexo, idade, estado civil e financiamento por programa governamental. Percebe-se que ambos os grupos têm predominância de estudantes do sexo masculino, com até 24 anos, solteiros e não financiados por programas governamentais. O dado que chama mais atenção é o da predominância do sexo masculino, já que diversos estudos têm apontado a feminização da medicina (SCHEFFER; JONES; CASSENOTE, 2013), observando-se, por exemplo, a

predominância do sexo feminino em grupos como de profissionais da medicina com menos de 29 anos.

Outra característica que apresentou semelhança entre os grupos foi da motivação para escolher a graduação em medicina. A maior parte dos respondentes destacou a vocação como motivo para escolha do curso, seguida pela valorização profissional, mercado de trabalho e, em menor número, a influência familiar. Dessa vez, há uma semelhança com outros estudos conduzidos na área. Em pesquisa com estudantes da UFMG, 80% referiram ter ingressado no curso de medicina em virtude de vocação ou altruísmo (FERREIRA et al., 2000). Para o autor, este achado é condizente com uma visão idealizada do médico na sociedade. Fiorotti et al. (2010) também encontrou dados similares sobre a motivação de escolha do curso.

Também não houve diferença entre os grupos no que diz respeito à presença de um familiar médico, dado que em ambos grupos ficou em cerca de 28%. Esse dado difere bastante de um estudo transversal com estudantes da Universidade de São Paulo, no qual 63,3% tinham familiares médicos (MILLAN et al., 2005). Considerando que o currículo inicia-se antes da inserção no curso (SASSI, 2012), um maior número de estudantes com contato prévio com familiares médicos poderia reforçar uma imagem desfavorável da profissão, em que acredita-se que há pouco tempo para a família e para o lazer, e falta reconhecimento (FIOROTTI; ROSSONI; MIRANDA, 2010). Porém, afirmar este tipo de percepção necessitaria outro instrumento de análise, específico dessa temática, diferente do que foi utilizado neste estudo transversal.

Uma similaridade que se ressalta entre os grupos é referente ao tipo de escola em que o estudante cursou o ensino médio. O destaque se dá por conta de que em ambos os grupos há praticamente um equilíbrio entre 50% de estudantes oriundos de escolas públicas e outros 50% de escolas privadas. Percebe-se uma coerência deste dado com a Lei de Cotas (BRASIL, 2012), a qual estipula que as IFES devem ter este exato percentual (50%) de ingressantes provenientes de escolas públicas, condição que passou a ser obrigatória em 2016. Considera-se, portanto, que essa similaridade está de acordo com o que está disposto na Lei para todas as instituições participantes desta pesquisa, apesar de Ristoff (2014) entender que esse é um percentual ainda

insuficiente. O autor questiona os 50%, ao constatar que o ensino médio brasileiro é essencialmente público, modalidade que corresponde a 87% das matrículas.

Parte-se dessa similaridade, possivelmente com influência decisiva da legislação, para iniciar o debate sobre as diferenças entre os grupos. Percebe-se que na comparação dos estudantes das escolas tradicionais e novas há diferenças estatisticamente significativas quanto a escolaridade dos pais, renda familiar, ingresso por política afirmativa, principal motivo para ter escolhido a IFES em que está cursando medicina e situação de trabalho no momento. Há um debate importante sobre a relação existente entre as políticas afirmativas e a situação de renda e escolaridade dos pais, e por isso tratar-se-á desses itens a seguir.

As políticas afirmativas são entendidas enquanto “(...) medidas especiais que buscam eliminar os desequilíbrios existentes entre determinadas categorias sociais até que sejam neutralizados” (p. 844) (HAAS; LINHARES, 2012). Para tanto, devem haver providências efetivas em favor das categorias que se encontram em desvantagem. Desse modo, as políticas afirmativas trazem a perspectiva de eliminar desigualdades históricas, buscando igualdade de oportunidades para grupos e populações socialmente excluídas (SANTOS, J. T., 2012), sendo recentes no Brasil.

Para Haas e Linhares (2012), os objetivos das políticas afirmativas são: combater a discriminação que acontece em certos espaços da sociedade; reduzir a desigualdade que atinge determinados grupos; buscar a transformação social; possibilitar acesso à escola e ao mercado de trabalho e; integrar diferentes grupos sociais nos espaços existentes, valorizando a diversidade cultural. Os autores entendem que uma das motivações para as políticas afirmativas é a mobilização dos movimentos sociais, especialmente a partir da redemocratização, ao exigir uma postura proativa do poder público perante questões como a desigualdade social. Para Dias Sobrinho (2010), o propósito maior das políticas afirmativas é promover a inclusão social de alguns grupos marginalizados, de modo que muitas vezes essas políticas acabam colaborando para o desenvolvimento de algumas regiões periféricas.

Nota-se na Tabela 4 uma diferença significativa ($p < 0,000$) entre os estudantes que referem ter ingressado no curso de medicina através de políticas afirmativas, com maior percentual para estudantes de escolas novas. Para Ristoff (2014) é importante pavimentar um caminho onde políticas mais agressivas de inclusão se tornem politicamente viáveis. Ao mesmo tempo, Haas e Linhares (2012) defendem que a ampliação das políticas afirmativas só é possível através da discussão aberta com a comunidade acadêmica, a qual defende-se que tem papel fundamental na produção do conhecimento e de encaminhamentos das necessidades sociais. Nesse ínterim, cabe destacar o contexto em que foram criadas as escolas novas: através do Reuni, houve um importante fenômeno no ensino superior brasileiro, com aumento do financiamento para instituições públicas (COSTA, D. M.; COSTA; BARBOSA, 2013).

Portanto, é possível supor que houve um contexto mais favorável para as escolas novas implantarem as políticas afirmativas, em virtude da expansão do ensino superior e em parte devido ao Programa Mais Médicos. Para Nascimento (2015), as novas diretrizes curriculares propiciaram um contexto favorável ao uso de políticas afirmativas em uma escola criada em um campus novo de IFES. Desse modo, adquire ainda mais importância o achado da predominância de políticas afirmativas nas escolas novas, apesar de se relacionar a um recorte de alunos que ingressaram em 2017 e esse item no questionário ter sido auto referido. É válido pensar em estudos a partir do censo da educação superior que possam testar e quem sabe consolidar essa hipótese em âmbito nacional.

É possível, ainda, fazer uma breve comparação entre os estudantes, de diferentes etapas do curso, entrevistados no âmbito da tese para complementar este debate. Entre os estudantes que estavam no sétimo semestre (Capítulo 4), e portanto haviam ingressado em 2014, o ingresso se deu por políticas afirmativas para 27,9% dos estudantes de escolas tradicionais e 45,7% de escolas novas. Considerando os estudantes deste estudo transversal, que ingressaram em 2017, esse número tem um aumento importante e quase proporcional entre os grupos, indo para 51,0% em estudantes de escolas tradicionais e 75,5% de escolas novas. Deve-se destacar que o período entre 2014 e 2016 foi exatamente o de implantação da Lei das Cotas, existindo

metas progressivas para chegar a 50% de vagas para estudantes oriundos de escolas públicas. Dessa forma, pode-se inferir que nas escolas tradicionais a meta foi atingida, mas nas escolas novas houve uma superação do valor estipulado na Lei. Ristoff (2014) já destacava em estudo que todas as IFES haviam cumprido a meta de cotas para 2013, e que muitas instituições já haviam atingido as metas dos anos seguintes, incluindo 2016.

Esse achado pode ser reforçado pelo fato das escolas novas serem de IFES que adotam critérios próprios de políticas afirmativas, a exemplo do Argumento de Inclusão Regional (AIR) na UFRN de Caicó (NASCIMENTO, 2015). O autor explica que o AIR consiste no acréscimo de 20% na nota do Sistema de Seleção Unificada para os estudantes. Para tanto, eles devem ter concluído o ensino fundamental e cursado o ensino médio em escolas regulares e presenciais das microrregiões onde se localizam os *campi* da UFRN, no interior do estado ou nas microrregiões vizinhas, incluindo além do Rio Grande do Norte localidades do interior da Paraíba. Nascimento (2015) entende que essa é uma política êxitosa, ao demonstrar que efetivamente ingressaram no curso estudantes provenientes das regiões abrangidas. Melo et al. (2017) relata que 67,5% dos estudantes de Caicó são provenientes do sertão potiguar e paraibano. São utilizados formatos semelhantes de Argumento de Inclusão Regional na UFPE em Caruaru e na UFAL em Arapiraca, só que com 10% de acréscimo na nota.

Os dados seguintes, sobre renda, se destacam na comparação com estudos anteriores, os quais traçaram o perfil dos estudantes de duas escolas de medicina na Região Sudeste. Em termos de renda familiar, apontava-se no primeiro estudo a predominância de 40% de estudantes de medicina com renda familiar acima de 30 salários mínimos (FERREIRA et al., 2000) e no segundo estudo de 77,7% acima de R\$ 3.000,00, que na época do estudo correspondia a mais de sete salários mínimos (FIOROTTI; ROSSONI; MIRANDA, 2010). Mesmo considerando a diferença de renda per capita entre as regiões Nordeste e Sudeste, evidencia-se a disparidade com os estudantes de todas instituições participantes deste estudo, em que mesmo o grupo com maior renda (escolas tradicionais) tem o máximo de 49,2% com renda acima de seis salários mínimos.

Evidenciada a especificidade do dado na comparação com outros estudos, cabe também analisar a diferença entre os dois grupos desta pesquisa: há significância estatística ($p < 0,002$) em afirmar que os estudantes de escolas novas são provenientes de família de menor renda. Ristoff (2014) percebe uma tendência de diminuição de estudantes com renda acima de 10 salários mínimos entre o 1º e o 3º ciclos do ENADE, de modo a se aproximar da renda média da sociedade brasileira. Destaca-se que na medicina esse número chegou a aumentar no 2º ciclo (70% dos estudantes com renda acima de 10 salários), mas diminuiu no 3º ciclo para o patamar de 44%. Conforme o autor, isso significa que a Medicina não está imune aos efeitos das políticas de inclusão adotadas no ensino superior no últimos anos.

Com base nisso, o autor afirma que entre o 2º (referente a 2009) e o 3º ciclo (referente a 2012) do ENADE a democratização do ensino superior acontece de forma mais acelerada, apesar de persistir uma evidente distorção de natureza socioeconômica no campus brasileiro (RISTOFF, 2014). Outro autor, critica a utilização do conceito de democratização do ensino superior somente no âmbito do acesso à universidade. Para Sobrinho (2010) a democratização só é efetiva com a extensão dos seus conceitos aos currículos, à gestão e à democracia interna nos distintos momentos e estruturas educacionais, levando também a permanência dos estudantes. Mesmo assim, o autor reconhece o grande valor social e humano das políticas afirmativas (SOBRINHO, 2010).

Além dos estudantes de escolas novas pertencerem a famílias de menor renda, também há diferença com significância estatística na escolaridade das mães e dos pais ($p < 0,032$ e $0,018$, respectivamente). Essa variável não foi estudada por Ferreira et al. (2000). Já no estudo com os estudantes da UFES (FIOROTTI; ROSSONI; MIRANDA, 2010) assim como a renda, há diferença importante na escolaridade dos pais quando na comparação com esta pesquisa, em que 59,4% das mães têm pelo menos o ensino superior e os pais 55%. Nos estudantes das escolas “novas” desta pesquisa, os percentuais ficam em 49,7% para as mães e 33,3% para os pais.

Comparando com os dados do ENADE, também destaca-se a diferença dos estudantes que participam desta pesquisa com os estudantes em geral, já que no 3º ciclo do Exame constatou-se que 43% dos alunos de medicina apresentavam pai com

escolaridade superior (RISTOFF, 2014). O autor defende que há uma diminuição gradativa de filhos de pais com escolaridade superior, indicando que as classes populares, historicamente excluídas deste nível educacional, começam a ter oportunidades de acesso. Chega-se assim à percepção de que as políticas de inclusão estão possibilitando o ingresso de jovens que representam a primeira geração a ter a oportunidade de chegar na graduação.

Conclui-se, portanto, com um desenho mais consistente do ponto de vista quantitativo, que a combinação de um perfil de estudantes que ingressaram predominantemente por políticas afirmativas, oriundos de família de baixa renda e escolaridade dos pais é uma característica que torna boa parte dos estudantes participantes desta pesquisa como componentes da “primeira geração universitária” (RISTOFF, 2013). Ressalta-se também que esse perfil está mais presente nas escolas novas, sendo um dos motivos para isso a presença de critérios próprios, com destaque para os de caráter regional. Reforça-se que para Ristoff (2013) esse perfil é extremamente importante do ponto de vista da mobilidade social e da redução de desigualdade.

A característica que não chegou a ter diferença, mas que também contribui de alguma forma nesse perfil é a de estudantes oriundos de escolas públicas. Há uma limitação nesta pesquisa em não ter perguntado ainda para os estudantes sobre cor ou raça; característica que poderia ajudar a reforçar a análise da mudança de perfil de quem está ingressando na universidade, considerando que estudos têm apontado a importância de cotas para negros (GUIMARÃES; RIOS, 2014). Considerando que a característica de evasão do curso de medicina é baixa (SILVA FILHO et al., 2007), será possível realizar o levantamento desta característica numa próxima etapa da pesquisa com o seguimento dos participantes.

Outro item abordado no questionário que apresentou diferença significativa foi o de motivo para ter escolhido a IFES em que ingressou (p 0,000). A principal motivação para a diferença foi que os estudantes de escolas tradicionais destacam a “qualidade” como motivo para escolha da instituição, o que não é tão frequente entre os estudantes de escolas novas. Com isso, a escolha deste grupo se distribui entre as outras opções,

fazendo com que a gratuidade seja o principal motivo, mas haja uma diferença com relação ao outro grupo no que se refere à proximidade.

Considera-se que é esperado que instituições com mais tempo de existência tenham um reconhecimento social de sua qualidade, enquanto isso se torna mais difícil para instituições que não formaram ainda a sua primeira turma de profissionais. Ao mesmo tempo, a valorização da proximidade como motivação para as escolas novas sugere o acerto de uma das diretrizes do PMM, neste caso a criação de cursos de medicina no interior com uma distância mínima de outros cursos existentes (BRASIL, 2015).

Espera-se que esse mecanismo regulatório efetive uma melhor distribuição dos cursos de medicina no Brasil, diferentemente de países como a Índia, onde uma expansão predominantemente privada de cursos sem instrumentos de regulação levou a concentração das escolas em áreas menos vulneráveis (SABDE et al., 2014), como analisado anteriormente. Resultados iniciais apontam a possibilidade de efetivação dessa diretriz (OLIVEIRA, F. P.; PINTO; et al., 2018), mas são necessários novos desenhos mais robustos para sua análise.

A última diferença percebida foi a de predominância de estudantes que afirmam trabalhar no grupo de escolas tradicionais ($p < 0,033$), lembrando que isso pode se referir a atividades eventuais ou fixas com diferentes cargas horárias. Os estudos que analisam o perfil dos estudantes de medicina não abordam essa característica e mesmo as análises sobre o perfil geral dos estudantes respondentes do ENADE não dão destaque para esse tema. Considerando que, apesar da diferença, é pequeno o percentual dos estudantes que trabalham em ambos os grupos, não se buscará mais a fundo as motivações para tal achado.

Como forma de identificar outras características desses estudantes que ingressaram nos cursos participantes, mas na perspectiva de analisar possíveis mudanças ao longo da formação, também foi utilizado no estudo transversal um instrumento denominado “Escala de Atitudes dos Estudantes de Medicina”. Com base nele, abre-se um nova perspectiva de pesquisa, considerando-se que é fundamental

identificar o desenvolvimento no âmbito das atitudes dos estudantes ao longo de formação. Com o objetivo de registrar as percepções iniciais e consolidar o uso da escala no seguimento dos participantes, traz-se a primeira descrição da utilização da escala nos cursos participantes deste estudo.

Em 2009, Miranda e colaboradores desenvolveram uma primeira versão da escala. O instrumento resultante, multidimensional, era composto por 102 itens, abrangendo cinco domínios da atuação do profissional médico: social (24 itens), ambiência (16 itens), crenças (16 itens), conhecimento (30 itens) e ética (16 itens) (MIRANDA et al., 2009).

Em 2014, Santos e Laros revisaram esta escala psicométrica, para verificar evidências de validade de construto e consistência interna. Após administrar a escala original com 102 itens para uma amostra de 310 estudantes de diferentes fases de um curso de medicina de uma instituição pública em Brasília, os dados foram submetidos à análise de componentes principais e o número de componentes extraídos foi definido por análise paralela.

A proposta final de escala contém 50 itens organizados em seis componentes, a saber: comunicação e relações humanas em saúde; ética na prática médica e acadêmica; aprimoramento profissional; importância da autoavaliação para a aprendizagem; crenças no contexto da formação médica e; importância dos determinantes sociais em saúde. A escala revisada apresentou evidências satisfatórias de validade de construto e de consistência superiores aos da escala inicial (SANTOS, W. S. et al., 2017).

Durante o estudo de aplicação de escala, observou-se um declínio dos escores médios de atitudes dos estudantes ao longo do curso de graduação em medicina. Estudantes do sexo feminino e os que declararam ter uma religião tiveram um desempenho médio de atitudes mais positivas do que os estudantes do sexo masculino e os que não declararam ter uma religião. O autor não encontrou diferenças no que se refere ao sistema de ingresso no curso, idade, estado civil e renda familiar (SANTOS, W. S. et al., 2017).

Entendendo a escala de Santos e Laros enquanto instrumento com bom desenvolvimento em um contexto específico para avaliação de atitudes de estudantes de graduação de medicina, esta pesquisa configura-se na possibilidade de ampliar a utilização desse instrumento. Isso é possível no momento em que se aplica para estudantes em mais de um curso de medicina e, no seu seguimento, em mais de uma etapa de sua formação, para os mesmos estudantes, ao longo do curso de graduação.

Entende-se neste estudo o termo “atitude” enquanto a “disposição para responder favoravelmente ou desfavoravelmente a um objeto alvo”. Considera-se a dificuldade de mensurar atitudes por observação direta em virtude da interferência de outras respostas possíveis de mensurar de diversos âmbitos. Além disso, considera-se a variabilidade nos estudos de avaliação nesse campo e a pouca quantidade de estudos que tem feito a análise ao longo do tempo (JHA et al., 2007). O mesmo estudo, que é uma revisão sistemática, demonstrou que são poucas as evidências de medidas confiáveis de atitudes.

Na Tabela 5 é possível visualizar como foram as respostas dos estudantes para as 50 questões. Para efeitos de descrição dos resultados na tabela, considerando que a escala é do tipo Likert, foi atribuída a nota 1 para as respostas “discordo totalmente” e assim por diante até chegar a nota 5 que corresponde ao “concordo totalmente”. Portanto, quanto mais perto de 1 é maior a discordância, e quando mais perto de 5, maior a concordância. Para as respostas de cada grupo foi calculada uma média, fazendo com que, por exemplo, uma média de 3,5 signifique uma predominância de respostas entre “nem discordo nem concordo” e “concordo parcialmente”.

Tabela 5. Respostas em médias da Escala de Atitudes de Estudantes de Medicina de cursos tradicionais e novos. Brasil, 2018.

Assertiva	Média Escolas Tradicionais (N=251)	Média Escolas Novas (N=155)
Considero importante investigar se problemas emocionais antecederam o aparecimento da doença apresentada pelo paciente.	4,83	4,88

Acredito que cabe ao médico investigar dificuldades pessoais do paciente.	3,94	3,95
Penso que um médico precisa estar atento ao estado emocional dos seus pacientes.	4,81	4,89
A habilidade do paciente de se relacionar socialmente deve ser explorada pelo médico.	4,03	3,95
Crenças populares não devem ser abordadas durante o curso de graduação em medicina.	2,06	2,08
Escutar o paciente falar de um problema emocional é tão importante quanto escutar o paciente falar sobre um problema físico.	4,61	4,69
É importante que o médico tenha conhecimento do rendimento escolar de seu paciente.	3,25	3,26
Obter notas mais altas nas disciplinas curriculares é mais importante do que aprender a se comunicar.	1,78	1,93
O tempo investido no estudo com outros estudantes da área de saúde significa um desperdício para minha formação profissional.	1,15	1,22
O médico não deve participar das atividades culturais promovidas pela comunidade do centro de saúde onde atua.	1,36	1,23
O estudo conjunto com outros estudantes da área de saúde aumentaria a minha capacidade de entender os problemas dos pacientes.	4,77	4,70
Como integrante de uma equipe multiprofissional, o médico deve visitar as comunidades próximas ao Centro de Saúde em que trabalha.	4,38	4,66
É importante que eu trabalhe em projetos com outros estudantes da área da saúde.	4,69	4,66
O médico é remunerado para diagnosticar e tratar problemas de saúde e não para escutar pacientes falarem sobre seus problemas pessoais.	1,44	1,40
Desenvolver habilidades de comunicação é tão importante quanto aprimorar o conhecimento médico.	4,59	4,56
A aprendizagem em conjunto com outros estudantes me auxilia no reconhecimento das minhas próprias limitações.	4,94	4,73
A valorização das crenças e valores do paciente e família repercute positivamente na qualidade do atendimento médico.	4,36	4,60
É importante que o médico atue no sentido de garantir ao paciente o direito à saúde em todos os níveis de complexidade.	4,67	4,73
Penso que não há problema se um aluno apresentar um trabalho de um colega como se fosse seu.	1,38	1,16

A menos que esteja envolvido com pesquisa na área médica, não é necessário o médico estudar ética.	1,20	1,16
Não ensino o que eu sei aos meus colegas, pois eles serão meus concorrentes no mercado de trabalho.	1,10	1,12
Penso que não compete ao médico dar orientação ao paciente e à comunidade sobre cuidados básicos de saúde.	1,16	1,23
Mesmo que o trabalho seja meu, não posso emprestá-lo para um colega para que ele apresente como seu.	3,64	4,04
O médico deve respeitar práticas populares que não ofereçam perigo à saúde do paciente (p. ex. uso de amuletos).	4,59	4,55
Havendo algum tipo compensação, não me importaria em realizar uma tarefa acadêmica de um colega.	2,24	2,20
A imagem que o paciente faz do médico influencia na sua adesão ao tratamento.	4,57	4,64
Para se manter atualizado o médico precisa ler periódicos científicos.	4,63	4,65
Para o bom exercício da profissão, o médico tem que reconhecer suas limitações de conhecimento de medicina.	4,80	4,80
Penso que em trabalhos acadêmicos é necessário referenciar a obra consultada.	4,80	4,84
Considero importante conhecer pesquisa médica para ser um bom médico.	4,54	4,54
Para um médico se manter atualizado, ele precisa saber outro idioma.	4,06	3,86
Todo médico deve ter conhecimentos de informática.	3,78	3,63
É necessário conhecer metodologia científica para se compreender artigos científicos.	3,79	3,77
O estudo individual acrescenta mais que uma discussão em grupo sobre atividades da prática médica.	2,58	2,61
Não sou favorável à autoavaliação.	2,18	1,81
A autoavaliação me ajuda a aprender a reconhecer minhas limitações	4,37	4,54
A avaliação é uma atividade importante para minha aprendizagem.	4,32	4,55
A avaliação é um instrumento de perseguição dos alunos.	2,00	1,70
Escolhi seguir a carreira médica porque queria salvar vidas.	4,34	4,34
Acredito que conhecimentos e habilidades adquiridos pelos estudantes de medicina sejam equivalentes aos adquiridos por estudantes de outras áreas da saúde.	3,28	3,08

Creio que tenho o direito de falar “de igual para igual” com meu professor.	3,37	3,73
Acredito que não seja obrigação do professor fazer com que o aluno aprenda.	2,04	2,47
Os médicos são líderes naturais de equipes multidisciplinares.	2,81	2,97
Acredito que o médico tenha o poder de decisão quanto a investigação e tratamento do paciente.	3,57	3,60
Acredito que somente na residência médica é que vou aprender medicina realmente.	1,71	1,62
A avaliação é mais um meio de poder para o professor.	2,56	2,32
O médico deve se interessar pelo tipo de trabalho ou ocupação de seu paciente.	4,09	4,26
Não é de interesse do médico as condições de moradia do paciente.	1,25	1,19
O médico precisa se interessar pelas condições em que o trabalho do paciente se desenvolve.	4,63	4,66
É importante para o médico saber sobre os hábitos de vida de seu paciente.	4,88	4,92

Fonte: Elaboração do autor.

Mesmo que haja uma semelhança na média dos grupos na maioria das assertivas, o objetivo neste momento é somente descritivo, não sendo possível realizar uma análise mais abrangente das atitudes dos estudantes de medicina. Deve ser considerado que, ao responder a escala, os participantes nesta pesquisa haviam ingressado recentemente no curso de graduação, sendo que muitos ainda estavam na primeira semana de atividades. Em virtude da adesão significativa dos estudantes ao estudo, será aplicada novamente a escala quando os estudantes estiverem no quarto semestre do curso.

Mesmo assim, esta etapa da pesquisa, referente ao estudo transversal, possibilitou informações e análises que auxiliam a entender as mudanças provocadas pelo Programa Mais Médicos na educação médica. Percebe-se a importância dessa política pública, em conjunto com as iniciativas na área do ensino superior, em possibilitar a criação de cursos com as características que permitiram o acesso da

“primeira geração universitária”. Como alertado pelos autores da área, é importante seguir investigando para verificar se eles terão condições de permanência, bem como qual serão seus primeiros passos no exercício profissional. De toda forma, avalia-se que a combinação desse perfil de estudantes, com os elementos estudados nos capítulos anteriores, a exemplo dos currículos das escolas novas, podem efetivar mudanças importantes no caminho de responder as necessidades sociais.

Capítulo 6 – Refletindo sobre a experiência na formulação do PMM e a volta à docência pelo pesquisador

Durante a apresentação deste trabalho falou-se em idas e vindas para a realização da pesquisa, bem como de lugares que foram importantes para as reflexões ora trazidas. Entende-se que o caminho traçado possibilitou, de certa forma, a sistematização das proposições do PMM para a formação, a análise do desenvolvimento dos cursos de medicina em IFES da Região Nordeste e de como seus estudantes estão percebendo as modificações na formação. Feito isso, busca-se neste capítulo um formato levemente diferente de discussão.

Propõe-se um breve exercício mais livre de algumas percepções que foram importantes no contexto do PMM, mesmo que à primeira vista possam aparentar que não se circunscrevem no objeto da pesquisa. Dessa forma, segue-se a sequência de inserções do pesquisador, com reflexões inicialmente sobre olhares da gestão do Programa Mais Médicos e posteriormente sobre o retorno à vivência docente.

Para tanto, baseia-se na perspectiva discutida por Streck (2006) ao problematizar a pesquisa participante na defesa de que se envolver seriamente na pesquisa implica em algum momento ampliar a autoconsciência das limitações e possibilidades. Dessa forma, o pesquisador quando entra em campo não é um elemento estável e fixo, de forma que ele acaba mudando porque (ou quando) aprende. Esse olhar implica em um exercício de autoescrever-se, ao mesmo tempo em que evita que se coloque como alguém completamente externo ao processo ou mesmo que se torne um objeto da pesquisa (STRECK, 2006).

Parte-se, assim, de uma realidade concreta vivenciada, em suas diferentes dimensões e interações, devendo ser contextualizada e intensificada na relação sujeito-sujeito (BRANDÃO, 2006). Conforme o autor, busca-se com isso uma unidade entre teoria e prática, na construção e reconstrução da teoria, partindo da sequência de práticas refletidas criticamente. Admite-se, ainda, que não há neutralidade científica, considerando o objetivo último de transformação social (GABARRÓN; LANDA, 2006).

Falou-se anteriormente que a principal polêmica no momento de lançamento do PMM se referia à presença de médicos estrangeiros, em especial dos cubanos. É uma questão relacionada ao eixo de provimento do Programa, porém, essa dimensão sempre foi justificada pela presença de aspectos formativos. Além disso, houve uma intensa exposição na mídia sobre esse tema do PMM, especialmente no período de lançamento, de modo a influenciar o debate mesmo de atores não envolvidos diretamente com o provimento. Busca-se, por isso, fazer breves considerações sobre o âmbito formativo do provimento, especialmente na sua relação com Cuba.

Além disso, durante o percurso da pesquisa, foi possível conversar com diversos docentes sobre suas experiências nos cursos de medicina e levantar importante literatura sobre o tema. Também são feitas breves considerações sobre essa questão, para finalmente chegar no retorno do pesquisador à inserção docente, em um curso que se propôs, em um determinado período, a realizar mudanças na formação. A partir disso, foi possível trazer novos olhares para o significado dessas mudanças. Portanto, antes de chegar às considerações finais, vale o exercício de refletir o significado dessas vivências, tendo como pano de fundo a preocupação de como transformar a formação médica.

Desse modo, algumas questões podem ser consideradas a partir da temática apresentada para este capítulo: o que é possível de aprendizado com a formação em Cuba, que em poucos meses enviou mais de 11.000 médicos para o Brasil? Como tratar os processos formativos em que os cubanos foram inseridos, considerando que o PMM tem um eixo somente para a educação médica? De que modo o debate do provimento, tão presente na mídia, poderia influenciar nos posicionamentos relativos à formação médica? Considera-se que, de certo modo, essa temática influenciou a visão dos estudantes de medicina, mesmo em cursos cuja a criação não tenha se dado em virtude do PMM. Cabe, portanto, registrar algumas percepções relevantes sobre essa temática.

Um dos momentos mais marcantes no início do PMM foi durante um protesto de médicos e estudantes de medicina brasileiros em Fortaleza, no qual o exército precisou fazer um cordão de isolamento para permitir o deslocamento dos médicos cubanos. A chegada dos médicos cubanos intensificou o debate sobre a vinda de estrangeiros e

mobilizou a imprensa que acompanhava todos os passos dos profissionais. No dia seguinte ao protesto, a foto do médico cubano Juan Delgado sendo vaiado estampou a capa do Jornal Folha de São Paulo. As responsáveis pelas vaias na foto são estudantes de medicina. Esse momento também coincide com a mudança da opinião pública sobre o Programa, com a superação da desconfiança sobre a qualidade de atuação dos médicos estrangeiros e a aprovação do PMM por mais de 80% das pessoas entrevistadas em outubro de 2013 (BRASIL, 2015).



Foto: Jarbas Oliveira/ Folhapress. Fonte: UOL⁵.

A temática do provimento sempre esteve diretamente ligada à formação. Tanto que toda a legislação sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil se baseia em um

⁵<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/12/23/cubano-vaiado-por-brasileiros-e-o-simbolo-do-programa-mais-medicos.htm>. Acesso em 02 set 2018.

aperfeiçoamento que possibilita o pagamento de bolsas de educação pelo trabalho (OLIVEIRA, F. P. et al., 2015). Para Cuba, que tem experiência de provimento em diversos países, isso representou uma novidade na cooperação internacional. Dessa forma, entre os temas mais discutidos na relação com Cuba, estava a necessidade de os médicos cubanos cursarem especialização e serem supervisionados pelas universidades brasileiras (ALVES et al., 2017).

A necessidade dos médicos cubanos cursarem uma especialização gerava polêmica com as autoridades cubanas pois o seu sistema de formação prevê a necessidade de cursar a residência em *Medicina General Integral*. Além disso, em outros países, eles não haviam adotado um modelo como o disposto no PMM, com o acompanhamento de supervisor. Esse formato gerava questionamento pois todos os médicos que vieram nos cinco primeiros ciclos tinham experiência em missões internacionais, tendo vivenciado o cuidado em saúde em pelo menos um país, e no caso de 29,8% dos profissionais em mais de um país (ALVES et al., 2017).

Uma das modalidades que viabilizou legalmente o provimento, tendo envolvimento com a formação, foi a supervisão acadêmica dos médicos. Com a dimensão que o Programa tomou, necessitando de um supervisor para cada dez médicos do provimento, acabou revelando-se mais ainda a carência brasileira em relação a falta de médicos com formação na atenção básica. Houve uma importante dificuldade em atingir o número suficiente de supervisores com a experiência requerida pelo PMM (ALMEIDA, E. R. et al., 2017). Também cabe destacar que são recorrentes os relatos de supervisores que tiveram a oportunidade de aprender novas possibilidades de cuidado a partir do contato com a prática dos médicos cubanos nas UBS, do mesmo modo que a presença do supervisor auxiliou na integração do médico cubano com a equipe de saúde da família (BERTÃO, 2015).

O modelo de especialização e supervisão seguiu uma sequência de políticas na área de gestão do trabalho e de educação na saúde citadas nos capítulos anteriores, reforçando estratégias baseadas na formação em serviço como: as residências em saúde; as ações de mudança da graduação em saúde baseadas na educação pelo trabalho; e, principalmente, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção

Básica (OLIVEIRA, F. P. et al., 2015). No caso do PROVAB, a necessidade de orientação era diferente em boa parte dos profissionais do PMM, pois muitos dos médicos do PROVAB eram recém-egressos da graduação, onde tiveram um contato heterogêneo e muitas vezes incipiente com a atenção básica, como foi possível observar na análise dos currículos tradicionais.

Ainda pensando na experiência com Cuba, cabe lembrar que a Lei nº 12.871 manteve a duração do curso de medicina que habilita o médico para o exercício profissional em seis anos (OLIVEIRA, F. P. et al., 2017). Apesar disso, modificou o percurso para a formação do especialista, passando a ter uma inserção importante na Atenção Básica com a Medicina de Família e Comunidade e previsão de oferta de vagas para todos os concluintes da graduação. Esse caminho para a formação de boa parte dos especialistas com inserção na MFC tem uma de suas inspirações no modelo cubano, que avança ao ter a obrigatoriedade de cursar residência em MGI como forma de regulação do exercício profissional (ALVES et al., 2017).

Cuba ainda se caracterizou como um importante exemplo que se discute nacionalmente no âmbito da integração ensino-serviço. O Currículo das escolas médicas cubanas, incluindo a *Escuela Latino-Americana de Medicina*, prevê a inserção dos estudantes nos serviços de saúde acompanhados de preceptores desde o início do curso de graduação (SÁNCHEZ et al., 2010). Outro exemplo para o Brasil, é a capacidade do *Ministerio de Salud Pública* de planejar a necessidade de trabalhadores para os serviços de saúde, iniciativa que o Brasil passou a buscar com mais afinco, a partir de 2013, com a criação do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde, na estrutura da SGTES.

Após esse breve olhar para as características formativas do eixo provimento, retorna-se ao eixo de formação para fazer apontamentos sobre a inserção docente nessa área. Um movimento semelhante ao próprio debate que ocorreu publicamente sobre o Programa, que inicialmente concentrou-se na vinda de médicos estrangeiros, para depois debruçar-se sobre a situação das escolas médicas. Nesse ínterim, o próprio discurso das entidades médicas foi modificado, voltando-se para uma alegada perda de qualidade da graduação e residência com o PMM, argumento que foi intensificado a

partir do momento em que perderam o debate público sobre a vinda de médicos estrangeiros (GOMES, L. B.; MERHY, 2017).

Interessa-se particularmente por entender como foi visto o processo de expansão das escolas médicas no olhar dos docentes. Para tanto, considera-se que os cursos novos foram criados em regiões nas quais era difícil até mesmo conseguir um supervisor acadêmico dos médicos do provimento. Vieira et al. (2018), analisa as narrativas de docentes de um curso de medicina no sertão nordestino, criado em virtude do Programa Mais Médicos. Após entrevistar os professores e realizar grupos focais, foram criadas duas categorias: a primeira sobre currículo, memória e formação médica; e a segunda sobre a atuação docente no ensino baseado na comunidade. Na primeira, os autores fazem uma diferenciação, baseada nos relatos de professores, que guarda semelhança com a análise realizada nesta pesquisa no momento em se debruçou sobre os currículos. Para tanto, classifica os currículos em tradicional, misto ou inovador.

No currículo tradicional, a inserção na atenção básica é pontual, já que há predominância do hospital universitário; as atividades em comunidade são mais teóricas, não gerando vínculo; e o contato maior com atividades comunitárias ocorre no internato. No currículo misto, há atividades esporádicas ou semanais na atenção básica, disputando espaço com o hospital universitário; como essas inserções não acontecem em uma sequência de semestres, há dificuldade também de vinculação; e a abordagem didático-pedagógica é fragmentada. Finalmente, no currículo inovador, os módulos com atividades na comunidade têm frequência semanal; com inserção na comunidade do primeiro ao oitavo semestre; e a abordagem didático-pedagógica é integrada, buscando dar conta da complexidade da vida real (VIEIRA; PINTO; MELO, 2018).

Nota-se a semelhança do que os autores denominam de “inovador”, por mais que não se proponham a generalizar enquanto classificação, com a denominação de “novo” no âmbito desta pesquisa. Da mesma forma, o que neste trabalho se denominou “tradicional”, para Vieira et al. (2018) pode ser “tradicional” ou “misto”. Isso traz um reconhecimento, importante de ser destacado, de que mesmo as escolas mais antigas, criadas em um contexto bastante anterior ao PMM, apresentam nos seus currículos mudanças que merecem ser analisadas. São inovações que possibilitaram, inclusive, as

condições necessárias para pensar os cursos criados em virtude do Programa. Reconhece-se, portanto, o papel dessas escolas, por mais que apresentem limites na perspectiva da transformação da educação médica, como será tratado adiante (SOUZA et al., 2011).

O que parece ser comum nos diferentes currículos é a necessidade de desenvolvimento docente, e até mesmo uma sensação de impotência dos professores perante determinadas situações, tanto que Vieira et al. (2018) denomina esse aspecto como “tive vontade de ir embora”. O desejo foi proveniente da pouca experiência anterior na docência e da visão de que não houve preparação suficiente para exercê-la. Deve-se considerar que essa percepção é recorrente nos estudos da área, tendo como um de seus motivos a situação habitual de que o critério para ingresso na docência está mais vinculado à competência na especialidade médica do que na área pedagógica (CRUZ, 2004).

Batista (2005) concorda que o domínio do conteúdo e o sucesso da prática profissional são erroneamente considerados como suficientes para o exercício da docência. Ele complementa dizendo que a formação da docência na pós-graduação é posta em segundo plano para o estímulo à formação em pesquisa. O autor pondera ainda que se deve evitar o reducionismo de atribuir ao docente a responsabilidade por todas as mudanças necessárias na educação médica, pensamento esse que seria descontextualizado de todas as condições sócio-político-institucionais. Ao mesmo tempo, discute-se que não basta para o docente somente o domínio de técnicas como as do ensino baseado em problemas sem conhecimento ou experiência prévia no trabalho em saúde (REGO; MACHADO, 2017)

Dentro dessa perspectiva, defende-se o incremento e a avaliação de propostas de desenvolvimento docente na área da saúde que privilegiem a prática do professor e estruturam momentos de comparação, explicação, interpretação e teorização, assumidos enquanto processo contínuo com compromisso institucional (BATISTA, 2005). Da mesma forma, como destacado em outros momentos deste trabalho, Rocha (2017) entende que foi muito importante ter incluído o tema do desenvolvimento docente nas DCN de 2014. O autor realiza essa argumentação ao constatar que tal temática se

torna obrigatória na qualificação da escola médica, buscando-se restabelecer o compromisso da docência médica com o estudo, a incorporação científica e técnico-política da educação médica enquanto prática capaz de aperfeiçoar o processo de ensino-aprendizagem do estudante.

O pesquisador vivenciou um caminho diferente nesta perspectiva, considerando que teve a oportunidade de participar de um processo de desenvolvimento docente antes do ingresso na universidade, o que não acontece com boa parte dos novos docentes. Através do Curso de Especialização em Ativadores de Processos de Mudança no Ensino Superior em Saúde, foi possível vivenciar um currículo integrado, o construtivismo e as metodologias educacionais ativas e de educação a distância (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Em virtude dessa experiência, foi grande a expectativa quando do ingresso na Universidade Federal da Paraíba, instituição que na época havia recentemente aderido ao Pró-Saúde e passava por um processo de reforma curricular (UFPB, 2007).

Em meio a reforma, foi possível participar da elaboração de novos módulos de integração entre teoria e prática através da inserção na atenção básica. Tais atividades foram fortemente influenciadas pela educação popular. Ao mesmo tempo, foi possível se deparar com os limites da implantação de uma reforma curricular. A vivência na AB se dava até o quinto semestre do curso de medicina, etapa em que Hojat et al. (2009) afirmam que ocorre o maior problema da graduação médica.

Os autores consideram que a maior dificuldade nesse período é uma perda da empatia, em decorrência da reprodução de uma relação médico-paciente verticalizada. Diferentemente disso, no âmbito da vivência desta pesquisa, sugere-se que essa é uma das dimensões da problemática da formação médica, mas se deve pensar também na captura do estudante pelo modelo hospitalocêntrico e assistencial privatista da prática médica (LAMPERT, 2009).

Para Gomes et al. (2015), a reforma curricular na UFPB foi influenciada pela experiência de diversas escolas médicas e a forte tradição dos projetos de extensão universitária desenvolvidos na instituição. O autor defende que houve mudanças

importantes no que se refere a: vivência na atenção básica a partir do primeiro semestre do curso; diversificação dos cenários de ensino e; inserção de novos docentes com experiências práticas no SUS. Ao mesmo tempo, são discutidos importantes desafios, entendendo que mantém-se insuficiente o número de docentes com formação na atenção básica e principalmente a manutenção do formato tradicional de ensino com módulos centrados em conhecimentos das subespecialidades médicas.

Outro autor que se debruçou sobre o currículo do curso de medicina da UFPB entende que os fundamentos curriculares não se concretizaram na adoção de metodologias ativas, nem tampouco possibilitaram uma integração entre as disciplinas na estruturação modular (SIMON, 2012). Dessa forma, entende-se que não foi alcançada uma efetiva articulação entre teoria e prática, tendo como um dos motivos para essa situação o que o autor denomina de “farsa estratégica”, ao pontuar que não houve uma discussão mais ampla entre os atores do curso de medicina para implantar o novo currículo.

No âmbito da mesma instituição, ao estudar as percepções dos estudantes de medicina sobre a identidade profissional ao longo do curso, Sassi (2012) entende que uma posição idealista do início do curso vai se modificando em virtude da busca da aquisição de forte competência técnica voltada para o diagnóstico e o tratamento das doenças. Isso faz com que a construção de novas identidades, como consequência da reforma curricular, seja um processo extremamente difícil, pela forma cristalizada de como se dá a manutenção do poder profissional. Portanto, a maior resistência para a mudança vem na verdade da profissão médica e do pensamento institucional da medicina, que insiste (e lucra) com o foco na doença (SASSI, 2012).

A percepção é semelhante a de Lampert (2009), que relata que o estudante ao ouvir e ver seus professores passa a entender que ser especialista dá mais prestígio; que determinadas especialidades têm maior reconhecimento; que medicina é o que se faz com o paciente hospitalizado; e o trabalho médico é essencialmente fazer diagnósticos e tratar situações agudas. Neste estudo, aparece de forma mais evidente o papel do professor e de como ele estimula uma certa visão da profissão, apesar de que muitas vezes não debata sua percepção no âmbito universitário.

Percebe-se mais uma vez a necessidade de discutir o papel do professor. Como dito na apresentação, essa é a atribuição que o pesquisador volta a exercer após encerrar suas atividades na gestão federal, inicialmente desafiado pela percepção de que seriam necessárias políticas mais abrangentes que incidissem não somente no incentivo às mudanças curriculares. É motivo de preocupação a forma como uma mudança curricular, decorrente de indução governamental, encontrou obstáculos importantes para a sua efetivação, e até hoje convive na tensão entre o tradicional e o novo. Dessa forma, o pesquisador, ao retornar para o papel de docente, soma-se às análises críticas sobre o desenvolvimento desse curso de medicina.

Destaca-se mais uma vez a importância de pensar um programa como o PMM em três dimensões, incidindo inclusive sobre a inserção profissional do médico, buscando tornar a atenção básica mais atrativa. Prova disso foi o desenvolvimento e expansão na UFPB da Residência de Medicina de Família e Comunidade. Em uma área historicamente com ociosidade de vagas (OLIVEIRA, F. P.; ARAÚJO; et al., 2018), o programa em João Pessoa consegue atrair egressos de cursos com mudanças curriculares e abre perspectivas de sua fixação na atenção básica. Na experiência descrita por Soares et al. (2018), foi possível observar caminhos para a integração ensino-serviço e como a residência tem possibilidades transformadoras e organizativas da graduação. Os autores reconhecem que o Programa Mais Médicos foi decisivo para o fortalecimento da residência em MFC (SOARES, R. D. S. et al., 2018).

Finalizando esse breve exercício, destaca-se que a presença do aspecto educacional, mesmo na dimensão de provimento do PMM, é uma decisão acertada dessa perspectiva conjunta de ações estruturantes de médio e longo prazo. Além disso, segue a necessidade de pensar o papel docente nesses processos e a importância de programas que desenvolvam as competências necessárias para a formação de um professor que esteja em um ensino centrado no estudante e na comunidade. Na vivência do pesquisador, na gestão e na universidade, nota-se a necessidade de diferentes estratégias para efetivar mudanças na formação médica. Essas iniciativas passam pela necessidade de reformas curriculares, por grupos motivados de professores e

estudantes que defendam a mudança e amplifiquem esse debate para todo o curso, além de políticas públicas que viabilizem seu suporte e arcabouço legal para isso.

Conclusão

Partiu-se neste trabalho de questões sobre a necessidade de mudança na educação médica e buscou-se analisar de que forma o Programa Mais Médicos teria capacidade de provocar as transformações a que se propunha. Para tanto, buscou-se compreender o contexto internacional e os diversos movimentos realizados no Brasil com o objetivo de possibilitar a formação de um médico de acordo com as necessidades sociais, entendendo seu papel no SUS. O diálogo com conceitos, como a necessidade de reformas das escolas médicas no sentido de que estejam voltadas para o sistema de saúde e a responsabilidade social, foi fundamental para guiar a construção do caminho de investigação da tese.

Portanto, parte-se da premissa de que a formação não pode estar descolada das necessidades sociais e, mais que isso, precisa demonstrar que a escola médica está comprometida com a melhoria da situação de saúde nas comunidades em que está inserida. Nesse ínterim, ao discutir a ideia de responsabilidade social em âmbito nacional, é fundamental que a educação médica seja pensada do ponto de vista do planejamento da força de trabalho nos sistemas de saúde. Alguns consórcios com escolas de diversos países têm demonstrado como é possível assumir essa perspectiva e viabilizar os conceitos apresentados.

Ao mesmo tempo, percebe-se a importância de conhecer diversas iniciativas em âmbito nacional que buscaram a transformação da educação médica. Em face disso, um primeiro esforço nesta etapa é demarcar a diferença do PMM quanto às proposições anteriores, mesmo considerando o pouco tempo de implantação do Programa e conseqüentemente quais os limites de análise no momento, bem como a necessidade de esforços futuros que devem ser desenvolvidos.

Considerando o fato de que nenhum curso de medicina criado em virtude do PMM chegou a conclusão da sua primeira turma, foi necessária a utilização de diversas metodologias para perceber as repercussões dos seus primeiros anos de desenvolvimento. Entende-se que essa temporalidade possibilita formular hipóteses, e

em alguns casos testá-las, mantendo a necessidade de complementação por estudos posteriores.

Em novas etapas, imagina-se que será possível verificar: a repercussão das ações do Programa nas atitudes dos estudantes de medicina; na sua fixação em localidades de maior vulnerabilidade ou historicamente desprovidas de médico; e, principalmente, o impacto nos indicadores de saúde, considerando que se repete diversas vezes neste trabalho que esse é o objetivo final e mais importante da formação médica voltada para o sistema de saúde. Se há muito por vir, também é possível neste momento registrar muitas considerações.

No momento em que se faz a análise de que o Programa Mais Médicos representou um novo marco regulatório na formação médica no Brasil, parte-se do entendimento de que as iniciativas anteriores derivaram principalmente das instituições de ensino (em alguns casos com suporte internacional), das entidades médicas (com diferentes perspectivas, mas em outros momentos de forma menos conservadora) e só tardiamente por uma ação do Estado brasileiro, mais especificamente a partir dos anos 2000. Os programas governamentais que estimularam transformações na formação em saúde com diretrizes, apoio técnico e financiamento foram fundamentais para induzir mudanças nos cursos de medicina e na saúde como um todo, mas geralmente ficavam restritos aos grupos mais dispostos a mudanças nas instituições de ensino e os consequentes espaços que conseguiam conquistar dentro do currículo.

Portanto, quando fala-se em um novo marco regulatório da formação médica, significa dizer que foi construído um arcabouço legal inédito desse tema. Talvez a última vez que havia se tratado de alguma forma sobre essa questão com enfoque na saúde havia sido a Lei nº 8.080, em que se falava, ainda que um tanto genericamente, na ordenação da formação de recursos humanos. Pois a Lei nº 12.871, de certa forma, trouxe mais especificidade para esse paradigma, no momento em que dispôs sobre: critérios para abertura e localização de cursos de medicina inseridos na rede de serviços do SUS; a obrigatoriedade de cumprimento das novas diretrizes curriculares; e a necessidade de uma etapa na formação de especialistas através da Medicina de Família e Comunidade.

Para tanto, foram necessárias ações conjuntas e coordenadas dos Ministérios da Saúde e da Educação, e mais que isso, que a pauta da formação médica estivesse na prioridade do executivo federal como um todo. Ultrapassou-se a percepção reiterada em pesquisas da angústia social por mais médicos ou da insatisfação com os médicos formados, colocando-se como pauta prioritária para a sociedade brasileira: qual é o profissional necessário e onde ele deve estar. Entende-se que a educação só tem sentido quando orientada por um forte componente de valorização do sistema público e universal de saúde, bem como da atenção básica no SUS. Essa referência destaca-se ainda mais ao se evidenciar as dificuldades da Estratégia de Saúde da Família em continuar sendo expandida e chegar a uma parcela importante da população, pois pouco dispunha-se anteriormente, de forma ainda muito tímida, dos profissionais médicos com formação adequada para garantir acesso e atenção adequados.

A análise do debate parlamentar sobre a Lei nº 12.871 desvendou as resistências a esse projeto. Chamou atenção a quantidade de emendas que buscaram manter a distribuição de cursos de medicina sem regulação, permanecer com uma formação hospitalocêntrica e subespecializada e desmerecer a especialização através da Medicina da Família e Comunidade. Isoladamente, e, apesar de todo o importante acúmulo, os debates em círculos restritos de congressos de educação médica dificilmente teriam transformado essa situação de forma abrangente, e aí ressalta-se novamente a importância do esforço coordenado de diversos ministérios e instituições. Um acontecimento importante em decorrência dessa ação coordenada foi a aprovação da Lei com ampla maioria de votos no Congresso Nacional. Evidentemente, isso ocorreu em um determinado contexto de acúmulo de forças, anterior à reeleição da Presidenta Dilma.

Muito se falava na época que o marco regulatório havia sido ousado, mas se analisa que era necessária uma resposta contundente para fortalecer um sistema de saúde que muito avançou no país, especialmente a partir de 2003, mas que precisava ampliar as mudanças na gestão do trabalho e da educação na saúde. Os círculos restritos da corporação médica se revoltaram e mais uma vez demonstraram a incapacidade de dialogar com as necessidades sociais, gerando mais isolamento e o

desnudamento de alguns preconceitos que antes ficavam circunscritos aos muros das escolas médicas. As entidades médicas criaram mitos, dizendo que o PMM havia sido a maior agressão sofrida pelos médicos no Brasil. Esqueceram-se das pessoas que são violentadas diariamente pela fome, pela pobreza, pelos adoecimentos decorrentes das condições sociais e pela impossibilidade de acesso ao sistema de saúde, muitas vezes em virtude da falta de médico.

Entende-se que, entre algumas características que diferenciam o Programa Mais Médicos de iniciativas anteriores, estão a atuação intersetorial e a construção de uma política com estratégias que objetivaram uma mudança da formação médica (no âmbito da graduação e da pós-graduação) com planejamento a curto, médio e longo prazo. A própria criação de novas estruturas no governo federal, como o Departamento de Desenvolvimento da Educação em Saúde no MEC e o DEPREPS no MS, atuando conjuntamente e diretamente ligados ao PMM, demonstram a densidade do movimento provocado.

As evidências disponíveis permitem afirmar que o PMM, em menos de três anos de implementação, alcançou, no eixo mudança da formação, um conjunto de resultados relacionados aos objetivos do programa, tanto a curto quanto a longo prazo. Percebeu-se: a expansão de vagas em cursos de medicina condizentes com a meta de chegar a 2,7 médicos por habitante em 2026 com melhor distribuição no país; a criação de cursos novos de graduação no interior, em áreas sem oferta anterior; a expansão da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade; a adoção de diversos dispositivos para a mudança na formação a exemplo das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina em 2014 e; a valorização do desenvolvimento docente enquanto tema em que a escola médica deveria se debruçar com o apoio de políticas públicas.

Cabe considerar que várias das ações realizadas foram inspiradas em programas internacionais com resultados efetivos, como é o caso do Canadá e da Austrália. Destacou-se nesta pesquisa brevemente a experiência de Cuba, em vários aspectos: a capacidade de planejamento pelo Ministério da Saúde da necessidade e de distribuição de profissionais; o pensamento integrado com a política de saúde para organizar as

escolas médicas; a forte inserção da realidade do trabalho no sistema de saúde desde o início do curso; e a capacidade de realizar cooperações internacionais, seja nas escolas médicas ou no provimento de profissionais.

Realizou-se um estudo ampliado dos caminhos procurados por outros países e das evidências internacionais sobre a retenção e fixação de profissionais em áreas remotas para se chegar ao PMM. Portanto, a importância do Mais Médicos relaciona-se, entre outras, a uma proposta de mudança que não teve medo de procurar caminhos diferentes, dialogando com experiências nacionais e internacionais e com todos os sujeitos envolvidos na ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica e do SUS.

O programa foi formulado com dispositivos que visam adequar o processo de expansão de vagas às necessidades da população, além de uma série de dispositivos regulatórios para garantir a qualidade dos cursos. Ressalta-se que o planejamento realizado foi baseado num contexto de formulação de políticas públicas que fomentavam melhoria do acesso à educação e saúde, expansão de serviços e manutenção das prerrogativas constitucionais de expansão de financiamento de forma proporcional ao crescimento econômico. Analisar a criação e os primeiros resultados do Programa sem considerar esse contexto, diferente do momento atual em que foi aprovado um congelamento do financiamento da saúde por 20 anos, poderia levar a conclusões precipitadas.

A suspensão que ocorreu nos dois últimos anos da expansão de vagas públicas e a maior “flexibilidade” na expansão privada em cursos já existentes tende a gerar um viés de mercado para a formação, acentuando a dificuldade de acesso para os egressos do ensino médio público. Os investimentos na expansão e manutenção nas IFES teriam de ser mantidos para que os objetivos do PMM fossem concretizados. Alguns processos como a pactuação pelo COAPES também foram descontinuados. Recentemente, a Lei nº 13.530 de dezembro de 2017, retirou a obrigatoriedade da necessidade de avaliação específica da residência médica e a avaliação a cada dois anos da graduação em medicina, acabando com a ANASEM. O planejamento de expansão de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade não foi efetivado, com a criação de

pouquíssimos novos programas nos últimos dois anos. É nesse contexto que propostas retrógradas, como o Exame de Ordem para a medicina, voltaram a ser discutidas no Congresso Nacional.

Um ponto de destaque, é a necessidade de avançar em uma proposta que possibilite atrair e valorizar docentes dos cursos implantados no interior. A alteração nos processos de avaliação e progressão dos professores das instituições federais está prevista na lei e possibilita a formulação de uma nova perspectiva de valorização docente. Outra questão central a destacar é a necessidade de expansão da formação em MFC com a importante função de formar médicos com um olhar mais integral e generalista. Esperava-se contar cada vez mais com preceptores, residentes e egressos da residência de MFC nas equipes de saúde da família e menos com médicos recrutados por edital do PMM. Caso essa expansão não aconteça a contento, é possível que o eixo provimento deixe de ser emergencial e passe a ser prorrogado periodicamente perante a manutenção da necessidade de médicos estrangeiros na periferia de grandes cidades e em áreas remotas.

Assim como Gastão Wagner, em contribuição ao Dilema Preventivista de Sérgio Arouca, alertava que a medicina baseada em evidências é somente uma nova roupagem ainda mais conservadora da medicina preventiva; é preciso saber se com as mudanças propostas para a formação não se estaria simplesmente repetindo os paradigmas flexnerianos do início do século passado. Para tanto, decidiu-se nesta pesquisa sobre a necessidade de conhecer *in loco* os cursos novos de medicina, ao mesmo tempo em que se buscou verificar como as mudanças na formação médica estavam repercutindo em cursos mais antigos, que haviam passado por diferentes reformas principalmente na última década.

Essa busca por novas experiências teve como localização a Região Nordeste, considerando a concentração de áreas vulneráveis e a insuficiência de vagas nos municípios do interior. É no Nordeste que estão vários estados com menos de um médico a cada mil habitantes. Ao mesmo tempo, é uma região que teve um importante desenvolvimento nos anos 2000, sendo possível observar a iniciativa de várias IFES, sediadas em capitais, de criar *campi* no interior, em movimento possibilitado pelo Reuni.

Soma-se isso a prioridade colocada para o Nordeste pelas ações do Programa Mais Médicos e chega-se as motivações para se ter escolhido essa região como objeto da pesquisa.

Aproximar-se das localidades também permitiu conhecer as distâncias enfrentadas pelos docentes, que seguiram a tendência anterior dos médicos ao se graduarem e permanecerem nas capitais, para chegar nessas localidades. Só que, diferentemente dos cursos visitados pelo pesquisador no interior de outras regiões do país, não se observava tanto o curso de medicina como fator imediato de crescimento econômico dessas localidades. Principalmente no interior do Sudeste, nota-se como a criação de um curso no interior movimentava a cidade ao promover uma grande chegada de estudantes que se tornam seus novos moradores. Algo que à primeira vista poderia soar como fraqueza se transformou em fortaleza: acontece que os estudantes dos cursos novos do Nordeste são provenientes da própria região, então, por mais que não agreguem de forma tão significativa ao comércio e ao setor imobiliário (pois não migraram de cidade), tornam possível a realidade de uma família humilde ter uma primeira geração com o filho médico.

Em debates com jovens no início do Programa era recorrente a crítica de que não se deveria trazer médicos estrangeiros, e sim dar mais oportunidades para os estudantes brasileiros. Isso nunca foi visto de forma dicotômica, até porque a OMS preconiza diferentes estratégias para países diversos. Porém, o tema do acesso ao ensino superior nunca foi pauta para a representação da corporação médica, mais preocupada em uma contagem anacrônica do número absoluto de escolas no Brasil, país continental e populoso que evidentemente terá uma grande quantidade de cursos de medicina.

A corporação exerceu forte influência na agenda do governo federal na regulação da formação médica por muito tempo, especialmente no MEC, onde tinha a maioria dos assentos da Comissão Nacional de Residência Médica. Considerando essa influência, imaginava-se que o Estado não iria exercer o seu papel regulatório, e por isso, entre outras consequências, a desconfiança dos jovens de que teriam possibilidade de ingressar no curso de medicina.

Desevolviam-se, porém, rápidas mudanças no campo do acesso ao ensino superior, por mais que não necessariamente contemplassem outras dimensões necessárias para a democratização da formação. A Lei das Cotas avançava na efetivação de que em 2016 houvesse reserva de 50% das vagas para estudantes oriundos de escolas públicas nas IFES. Mais que isso, instituições do Nordeste, baseadas na autonomia universitária, criaram critérios próprios para o acesso de populações historicamente excluídas, em que se destaca o Argumento de Inclusão Regional. É uma transformação social importante, que tende a ter efeitos duradouros, para os quais são válidos novos estudos avaliativos específicos.

Portanto, foi fundamental, ao ter a adesão de mais de 400 estudantes que concordaram em participar da pesquisa, observar que efetivamente estava tendo um avanço das políticas afirmativas no ingresso nos cursos de medicina. Além disso, perceber que isso estava sendo mais fortemente desenvolvido nos cursos criados em virtude do Programa Mais Médicos e, portanto, numa congruência de ações para a mudança da formação. Evidentemente, novos estudos com dados secundários do Censo do Ensino Superior e do questionário sociodemográfico do ENADE podem dar contornos diferentes para essa afirmação, mas, na amostra representativa desses nove cursos, é possível perceber esse efeito.

A primeira geração universitária se caracteriza por estudantes provenientes de famílias de baixa renda em que os pais não chegaram a concluir o ensino superior. Pode-se discutir os parâmetros utilizados para tanto, até porque o corte de seis salários mínimos representa um valor elevado ao considerarmos que pelo menos metade da população brasileira não recebe um salário mínimo. De toda forma, sabe-se que a origem do estudante é algo determinante nas escolhas profissionais futuras, inclusive se irá seguir próximo da localidade onde cresceu durante a infância e adolescência. Imagina-se que é possível que uma parte significativa dos estudantes dos novos cursos de medicina permaneçam nas suas regiões de origem.

Algo que vai fortemente contra essa possibilidade é o modelo tradicional como os currículos estão estruturados para formar o médico. Ora, se um médico é formado desde a graduação como subespecialista e altamente depende de um determinado maquinário

tecnológico para exercer sua profissão, que motivos teria para trabalhar em uma cidade que não dispõe de um aparelho de tomografia computadorizada? Observe-se que, mesmo que a cidade não precise dispor da tomografia, pode ser que haja um interesse de mercado para disponibilizar. Mesmo assim, é uma oferta que não é necessária em pequenas localidades e não acontece na maior parte dos 5.570 municípios brasileiros. Então, como buscar que o futuro médico não se fixe no local de concentração histórica onde fez graduação e acabou se tornando dependente do arsenal tecnológico que supera as reais necessidades de organização do sistema de saúde?

A primeira resposta para essa questão parece ter sido colocada: regular a distribuição das escolas médicas e efetivar a criação de cursos de medicina no interior. Os primeiros resultados do Mais Médicos demonstram que essa regulação ocorreu, em magnitude e repercussão que necessitam de novas avaliações. Qual será o próximo movimento então? Sugere-se não fazer mais do mesmo. E um passo fundamental para isso foi dado na concepção dos novos cursos: um currículo com características inovadoras, com a possibilidade de começar uma nova formação desde o seu pontapé inicial. Talvez aí resida uma das grandes dificuldades dos cursos tradicionais: por mais que sejam empurrados para fazer mudanças, suas estruturas rígidas e suas centenas de professores, alguns com inserções pontuais ao longo do semestre letivo, não se interessam por uma nova formação e seguem reproduzindo formatos que não dialogam com as necessidades sociais, em modelos pautados pelo mercado.

Entende-se que nos cursos novos participantes da pesquisa houve uma demonstração de características necessárias para ser considerado inovador: aliar uma vivência longitudinal em atenção básica, numa quantidade significativa de semestres e utilizando do ensino baseado na comunidade, com métodos centrados no estudante que permitam o seu desenvolvimento crítico e reflexivo. Percebeu-se essa diferença entre os currículos dos cursos novos na comparação com os cursos tradicionais, pelo menos entre as escolas participantes desse estudo. Reafirma-se que isso não significa que as escolas tradicionais não tenham movimentos de mudança. Pelo contrário, esses movimentos ocorreram e novas versões de currículos surgiram, mas parece que ficaram

restritas a alguma das dimensões de transformação necessárias ou sofreram boicote por parte de seu corpo docente ou mesmo estudantil.

Ao abordar a dimensão docente, fica evidente a necessidade de desenvolvimento do professor para responder aos desafios trazidos pelas mudanças da educação médica. Daí a importância do tema do desenvolvimento docente aparecer de forma inédita enquanto arcabouço legal na Lei nº 12.871 e nas DCN de 2014. O deslocamento do processo de ensino-aprendizagem da centralidade do professor para o estudante passa por docentes que entendam as inseguranças desse novo papel e consigam refletir sobre isso. Foi interessante analisar a publicação sobre as narrativas de um grupo de professores e perceber como ficaram “com vontade de ir embora”, sendo necessário aprofundar a compreensão de quem é o novo docente dos novos cursos de medicina criados pelo Programa Mais Médicos.

Entende-se, portanto, que a combinação de: uma política pública que traz um novo marco regulatório, efetivando a criação de cursos em locais previamente sem oferta; onde ingressam estudantes por políticas afirmativas com um perfil diferente dos que estavam ingressando historicamente no ensino superior e; vivenciando um currículo inovador, centrado em metodologias ativas e com intensa vivência na atenção básica; é algo extremamente potente para realizar uma formação de acordo com as necessidades sociais e as expectativas para o SUS. Isso significa trazer novos atores para o cenário da educação médica. Significa ordenar a formação de recursos humanos. Significa realizar gestão do trabalho e da educação na saúde combatendo as desigualdades históricas e injustas do Brasil.

Significa também perceber as mudanças nas representações sociais dos estudantes de medicina. Para tanto, destacaram-se nas escolas novas a concepção dos estudantes de medicina sobre o trabalho na atenção básica a partir de termos como “vínculo”, “responsabilidade”, “comunidade” e “cuidado”. Os termos citados demonstram maior vivência e aprendizado na atenção básica, conforme preconizado pelo Programa Mais Médicos. Nas escolas tradicionais os termos mais destacados foram “desvalorizado” e “precariedade”, de modo a sugerir que não houve uma vivência mais contínua desses estudantes na atenção básica, por mais que se admita as dificuldades

dessa modalidade de atenção que sofre historicamente com problemas como o subfinanciamento, entre outros.

As diferenças se evidenciam também nas representações sociais quando o termo debatido é o da responsabilidade social da escola médica. O aparecimento de termos como “compromisso”, “SUS” e “justiça” entre os estudantes de escolas novas sinaliza para uma perspectiva coletiva, de olhar para as necessidades sociais. Em contraposição a isso, o termo “consciência” destacado entre os estudantes das escolas tradicionais, acaba remetendo a uma dimensão individual, no caso do próprio estudante de medicina. Dessa forma, entende-se que as mudanças introduzidas na formação médica pelo Programa Mais Médicos provocaram novas representações sociais nos estudantes de medicina de cursos com projetos inovadores.

Com isso, espera-se que exemplos como os analisados aqui, que apontam o potencial das escolas novas estimularem representações sociais dos estudantes de medicina mais próximas das necessidades do sistema de saúde, possam ser multiplicados. Entende-se que tais achados não são prontamente generalizáveis, ficando relacionados aos estudantes das instituições participantes. Mesmo assim, a pesquisa também aponta, na sua triangulação de métodos, a possibilidade de metodologias que possam dar novas amplitudes para as percepções destacadas neste momento. Exemplo disso é a possibilidade de realizar novos momentos de análise da Escala de Atitudes dos Estudantes de Medicina.

Aplicada em um momento inicial do ingresso do estudante de medicina no curso de graduação, a escala já demonstrou a possibilidade de discutir temas críticos na formação médica, seja do ponto de vista de questões éticas, seja do ponto de vista da determinação social do processo saúde-doença. Como um componente original desse estudo, que foi a aplicação simultânea da escala para estudantes de mais de um curso de medicina em diferentes estados, abre-se a perspectiva de novas etapas para pesquisa, quem sabe chegando pelo menos nos primeiros passos do exercício profissional dos participantes.

Em um contexto de retrocessos fica mais difícil imaginar até onde as proposições do Programa Mais Médicos podem chegar ou mesmo quando serão viáveis novas intervenções necessárias para seguir a transformação da educação médica. Se o programa mudou paradigmas, ao fazer por exemplo com que o Ministério da Saúde passasse a ter papel no reconhecimento do exercício profissional do médico em território brasileiro, imagina-se que poderia ter outros avanços, mas que no momento saíram das prioridades ou foram formalmente desmontados.

Como o atual governo explica a parada na expansão de vagas de residência em um país com enorme carência de médicos especialistas? Por que retirar da Lei nº 12.871 os processos avaliativos de graduandos e residentes? Por que não dar transparência às informações de formação e distribuição dos médicos através do Cadastro Nacional de Especialistas? A falta de respostas é condizente com a falta de legitimidade do atual governo. Reforça-se que um dos motivos de preocupação é que se a expansão da residência não acontecer a contento, com o seguimento das ações estruturantes do PMM, é possível que não se consiga prover médicos qualificados na atenção básica, mantendo a necessidade de médicos estrangeiros na periferia de grandes cidades e em áreas remotas.

Iniciativas como o Programa Mais Médicos se assemelham em alguns pontos às reformas que foram necessárias do ponto de vista da gestão do trabalho e da educação para garantir os profissionais necessários para os sistemas de saúde do Canadá e da Austrália. Olhando para essas experiências, algumas questões ficam pendentes na política adotada no Brasil, demonstrando inclusive algumas tendências conservadoras que se mantiveram durante o debate sobre o PMM. Mais uma vez a comparação internacional, sem desconsiderar as especificidades locais, pode ajudar a vislumbrar ações ainda pendentes.

Como exemplo de ações necessárias, pode-se falar da adoção por alguns países, listados em capítulos anteriores, da residência como pré-requisito para o exercício profissional e portanto com forte papel regulador da necessidade e perfil de especialistas para o sistema de saúde. Outro exemplo, é a ampliação do papel do Ministério da Saúde na regulação da formação e mesmo do exercício profissional, em localidades onde há

uma atuação efetivamente sob execução do Estado nesta questão, diferentemente do Brasil onde há a existência de conselhos profissionais. Mesmo o compartilhamento de tarefas, possibilidade que foi impulsionada na mesma época da aprovação da Lei do Mais Médicos com os vetos da Presidenta Dilma a chamada Lei do Ato Médico, ainda é uma agenda inconclusa e que poderia ser potencializada na superação de disputas meramente corporativas.

Essas observações não visam desmerecer o Programa Mais Médicos, fruto das contradições do seu tempo histórico, mas demonstrar como existem possibilidades de rejuvenescimento dessa agenda. Porém, o momento exige resistência, de forma que, por mais que se vislumbre a necessidade de novas agendas, deve-se registrar e valorizar os avanços possibilitados por políticas sociais que promoveram a inclusão social no qual inclui-se, portanto, o Programa Mais Médicos. No âmbito desta pesquisa, entende-se que foi possível demonstrar como houve um planejamento a longo prazo e foram adotadas medidas estruturantes para combater o problema histórico de escassez de médicos no Brasil.

É muito difícil pensar em mudanças na formação se não houvesse no Brasil um sistema de saúde com as características do SUS, que infelizmente está muito pautado neste momento na agenda de quem defende a sua desconstrução e a livre iniciativa do capital. Mesmo assim, os movimentos em defesa do SUS seguem resistindo bravamente. Porém, as proposições de quem o defende não podem vir descoladas de uma agenda que pense quem são os trabalhadores, como se vinculam e se distribuem no sistema de saúde. O Programa Mais Médicos é um marco fundamental nesse debate, tendo conseguido colocar na agenda dos gestores a questão da formação médica, mesmo que o motivo principal tenha sido através do provimento emergencial dos profissionais.

O Programa surge em um contexto específico, com uma decisão política que envolveu a consciência do papel de um governo de enfrentar o *status quo* de uma corporação. Nesse ínterim, foi a fundo em um ambiente no qual a posição conservadora da categoria médica busca a manutenção dos seus privilégios e a reprodução do seu pensamento através da formação. Entende-se que é por isso que houve uma oposição

tão visceral ao PMM, inicialmente no discurso contra os médicos estrangeiros, mas em curto espaço de tempo voltando-se contra a regulação estatal da formação. São percepções que precisam ser discutidas e ter métodos próprios de análise e, quem sabe de validação em outros estudos, mas que demonstram o desafio que é mudar a educação médica no Brasil.

O Programa Mais Médicos propôs isso de forma ousada e com um projeto delineado de forma estruturante. Os primeiros resultados foram demonstrados nesta tese e apontam avanços e desafios. Uma tarefa importante neste momento é seguir acompanhando e apoiando o desenvolvimento dos novos cursos e seus diversos atores. Espera-se que os exemplos estudados aqui possam ser aprofundados na radicalidade necessária para o fortalecimento do SUS e viabilizem uma formação finalmente condizente com as necessidades sociais.

Referências

ABDALLA, I. G. et al. Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 44–52, 2009.

ABRIC, J. C. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. **Papers on Social Representations**, v. 2, n. 1, p. 75–78, 1993.

ACIOLE, G. G. O Projeto Mais Médicos para o Brasil e a construção de mitos: uma leitura bartheana. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. suppl 1, p. 1157–1168, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501157&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

AGÊNCIA CÂMARA NOTÍCIAS. **Relator da MP do Mais Médicos fecha acordo com Conselho Federal de Medicina**. Brasília: Câmara Notícias, 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/454027-RELATOR-DA-MP-DO-MAIS-MEDICOS-FECHA-ACORDO-COM-CONSELHO-FEDERAL-DE-MEDICINA.html>>. Acesso em: 2 set. 2018.

AGUIAR, A. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica : o que nos ensina o caso de Harvard ? **Interface Comunic Saúde Educ**, v. 5, p. 161–166, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/20.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2018. Acesso em: 2 set. 2018.

ALESSIO, M. M. **Análise da Implantação do Programa Mais Médicos**. 2015. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, 2015.

ALESSIO, M. M.; DE SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: Elementos de tensão entre governo e entidades médicas. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, p. 1143–1156, 2017.

ALMEIDA, E. R. et al. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Uma análise da Supervisão Acadêmica. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. c, p. 1291–1300, 2017.

ALMEIDA, M. J. de et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 156–165, 2007.

ALVES DE SOUZA, P. et al. Currículo Integrado: entre o Discurso e a Prática Integrated Medical Curriculum: from Discourse to Practice. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 20–25, 2011.

ALVES, S. M. C. et al. Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2223–2235, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702223&lng=pt&tlng=pt>

g=pt&tIng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, p. 136–146, 2005.

ARAÚJO, E.; MAEDA, A. **How To Recruit and Retain Health Workers in rural and Remote Areas in Developing Countries: a guidance note**. Washington: The World Bank, 2013.

ARAÚJO, L. M. **Da Prática médica à Práxis médica: possibilidades pela Estratégia Saúde da Família**. 2007. 292 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal da Paraíba, 2007.

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista**. São Paulo; Rio de Janeiro: Editora UNESP; Editora FIOCRUZ, 2003.

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre a avaliação. In: RICO, E. M. (Org.). **Avaliação Políticas Sociais Uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 256.

BATISTA, N. A. Desenvolvimento Docente na Área da Saúde: uma análise. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 283–294, 2005.

BERBEL, N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 2, n. 2, p. 139–154, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08>>. Acesso em: 2 set. 2018.

BERTÃO, I. R. A atuação de um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família. **Tempus, actas de saúde coletiva**, v. 9, n. 4, p. 217–224, 2015.

BOELEN, C.; DHARAMSI, S.; GIBBS, T. The social accountability of medical schools and its indicators. **Education for health**, v. 25, n. 3, p. 180–194, 2012.

BORGES, M. C.; AQUINO, O. F. Educação Superior no Brasil e as políticas de expansão de vagas do Reuni : avanços e controvérsias Higher Education in Brazil and the policies for increasing the number of vacancies from Reuni : advances and controversies. **Educação: Teoria e Prática**, v. 22, p. 117–138, 2012.

BRANDÃO, C. R. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: Um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. In: BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. (Org.). **Pesquisa Participante: a partilha do saber**. Aparecida: Ideias e Letras, 2006. p. 21–54.

BRASIL. **Lei n 12.711 de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências**. . Brasília: Diário Oficial da União. 2012.

_____. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá**

outras providências. . Brasília: Diário Oficial da União. 2013a.

_____. **Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências.** . Brasília: Diário Oficial da União. 2013b.

BRASIL. **Portaria no 1.248 de 24 de junho de 2013. Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde. 2013c.

BRASIL. **Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://dkw4g894e1jim.cloudfront.net/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf>. Acesso em: 2 set. 2018.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Revista da Escola Paulista de Enfermagem**, v. 42, n. 3, p. 563–571, 2008. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/563www.scielo.br/reeusp>. Acesso em: 2 set. 2018.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 131–135, 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ.** Florianópolis: UFSC, 2013.

CAMPOS, G. W. de S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655–2663, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902655&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface: Communication, Health, Education**, v. 17, n. 47, p. 913–926, 2013.

CECCIM, R. B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1567–1578, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. F. Interprofissionalidade em saúde : experiências e desafios. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 4, p. 307–309, 2017.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 1–14, 2018.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800501&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

CHOPRA, M. et al. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. **The Lancet**, v. 371, n. 9613, p. 668–674, 2008. Disponível em:

<[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60305-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60305-0)>. Acesso em: 2 set. 2018.

CLARK, T. R. et al. Medical graduates becoming rural doctors: Rural background versus extended rural placement. **Medical Journal of Australia**, v. 199, n. 11, p. 779–782, 2013.

COMES, Y. et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2729–2738, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902729&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

_____. Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención básica. **Revista Panamericana de Salud Pública**, n. 2, p. 1–7, 2017. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34585>>. Acesso em: 2 set. 2018.

COSTA, A. M. et al. Mais (e melhores) Médicos. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 175–181, 2015. Disponível em:

<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1810>>. Acesso em: 2 set. 2018.

COSTA, D. M.; COSTA, A. M.; BARBOSA, F. V. Financiamento Público e Expansão da Educação Superior Federal No Brasil : O Reuni e As Perspectivas Para O Reuni 2.

Revista Gestão Universitária na América Latina, v. 6, n. 1, p. 106–127, 2013.

CRISP, N.; CHEN, L. Global Supply of Health Professionals. **New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 10, p. 950–957, 2014. Disponível em:

<<http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1111610>>. Acesso em: 2 set. 2018.

CRUZ, K. T. **A formação médica no discurso da Cinaem**. 2004. 312 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, 2004.

CYRINO, E. G. et al. Ensino e Pesquisa na Estratégia de Saúde da Família : o PET-Saúde da FMB / Unesp. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. Supl. 1, p. 92–101, 2012.

_____. **Roteiro autoavaliativo de repercussões esperadas nos cursos de medicina criados a partir do PMM**. . Brasília: [s.n.], 2018.

_____. The Project " Mais Médicos " and training in and for the Brazilian Health System (SUS): why change it? **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2015.

Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150001>>. Acesso em: 2 set. 2018.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780–788, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300015&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 143–148, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000100020&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D. de; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613–1624, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

DOLEA, C.; STORMONT, L.; BRAICHET, J. M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 5, p. 379–385, 2010.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2–3, p. 164–176, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

FACCHINI, L. A. et al. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669–681, 2006.

FERREIRA, R. A. et al. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 46, n. 3, p. 224–231, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302000000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica - processos e resultados**. São Paulo; Londrina; Rio de Janeiro: Hucitec; Rede Unida; Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

FIGUEREDO, E. G. **Integração do currículo modular do curso de medicina da UFPI/campus Ministro Reis Velloso**. 2017. 107 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Piauí, 2017.

FIOROTTI, K. P.; ROSSONI, R. R.; MIRANDA, A. E. Perfil do estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 3, p. 355–362, 2010.

FRANCO, M. L. P. B. Representações Sociais, Ideologia e Desenvolvimento da Consciência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 121, p. 169–186, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v34n121/a08n121>>. Acesso em: 2 set. 2018.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 28, n. 2, p. 337–341, 2011a.

_____. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 28, n. 2, p. 337–341, 2011b. Disponível em:

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000200023&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 2 set. 2018.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. **Cadê o Médico**. Brasília: FNP, 2013.

GABARRÓN, L. R.; LANDA, L. H. O que é a pesquisa participante? In: BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. (Org.). **Pesquisa Participante: a partilha do saber**. Aparecida: Ideias e Letras, 2006. p. 93–122.

GCSA. **Consenso Global de Responsabilidade Social das Escolas Médicas**. [S.l: s.n.], 2012.

GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2675–2684, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902675&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.; SÁ, C. P. de. O Sistema Único de Saúde na representação social de usuários: uma análise de sua estrutura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 4, p. 631–638, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167201100040002>. Acesso em: 2 set. 2018.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 557–566, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400016&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, p. 1103–1114, 2017.

GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 382–392, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300009&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

GUARESEMIN, C. **Cubano vaiado por brasileiros foi símbolo do Mais Médicos**. UOL. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/12/23/cubano-vaiado-por-brasileiros-e-o-simbolo-do-programa-mais-medicos.htm>>. Acesso em: 2 set. 2018.

GUIMARÃES, A. S.; RIOS, F. As cotas nas universidades públicas. **Afro-Ásia**, v. 50, p. 251–256, 2014.

HAAS, C. M.; LINHARES, M. Políticas públicas de ações afirmativas para ingresso na educação superior se justificam no Brasil? **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 93, n. 235, p. 836–863, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-66812012000400015&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

HOJAT, M. et al. The Devil is in the Third Year : A Longitudinal. **Acad Medicine**, v. 84, n. 9, p. 1182–1191, 2009.

JHA, V. et al. A systematic review of studies assessing and facilitating attitudes towards professionalism in medicine. **Medical Education**, v. 41, n. 8, p. 822–829, 2007.

JUNIOR, O. G.; GAVA, G. B.; SILVA, M. S. Programa mais médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: Um balanço analítico do programa. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 4, p. 872–887, 2017.

GROBLER, L. A. et al. **Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in under-served communities**. Cochrane Database of Systematic Reviews: Protocols 2005, v. 1, n. 1, p. 3–5, 2005. Disponível em: <<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005314/frame.html>>. Acesso em: 2 set. 2018.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudança na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.

_____. et al. Tendências de Mudanças em um Grupo de Escolas Médicas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. supl 1, p. 19–34, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a03v33s1.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2018.

LEHMANN, U.; DIELEMAN, M.; MARTINEAU, T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. **BMC Health Services Research**, v. 8, p. 1–10, 2008.

LENTSCK, M. H.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. Avaliação do

Programa Saúde da Família: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3455–66, 2010.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: Uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. 61, p. 421–437, 2017.

LINO, A. **Branco Vivo**. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

LUNA, W. F.; BERNARDES, J. D. S. Significativa do Estudante de Medicina Tutorial Groups as a Strategy for Meaningful. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 653–662, 2016.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1971–1979, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=pt&nrm=iso>.

MACIENTE, A. N.; ROCHA, L.; ASSIS, S. **As Ocupações de Nível Superior com Maiores Ganhos Salariais entre 2009 e 2012**. Brasília: IPEA, 2012. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4042/1/Radar_n27_As ocupações de nível superior.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4042/1/Radar_n27_As%20ocupações%20de%20nível%20superior.pdf)>. Acesso em: 2 set. 2018.

MAHONEY, S. et al. How social accountability can be incorporated into an urban community-based medical education program: An Australian initiative. **Education for Health: Change in Learning and Practice**, v. 27, n. 2, p. 148–151, 2014.

MARTINS, M. A.; SILVEIRA, P. S. P.; SILVESTRE, D. Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções. **Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras**, Relatório, p. 104, 2013. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem_92_relatoriopaemi.pdf>. Acesso em: 2 set. 2018.

MASSUDA, A. et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 4, p. e000829, 2018. Disponível em: <<http://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2018-000829>>. Acesso em: 2 set. 2018.

MEC. **Portaria Normativa número 15 de 22 de julho de 2013 - Institui a Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas**. Brasília: Diário Oficial da União. 2013.

MEHRY, E. E.; FRANCO, T. B. **Psf : Contradições de um programa destinado à mudança**. São Paulo - SP: Hucitec, 1999.

MELO, L. P. et al. A escola multicampi de ciências médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do programa mais Médicos: Desafios e potencialidades. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, p. 1333–1343, 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

MENEZES, F.; BORRELL, R. M. **La misión social de la educación médica para alcanzar la equidad en salud**. Manaus: OPAS, 2014.

MILLAN, L. R. et al. What is behind a student's choice for becoming a doctor? **Clinics**, v. 60, n. 2, p. 143–150, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322005000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 2 set. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

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

MIRANDA, S. M. et al. Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 104–110, 2009.

MOLINA, J.; TASCA, R.; SUÁREZ, J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2925–2933, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902925&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

MORAES, J. C. O. et al. a Mídia E Sua Relação Com a Formação De Opiniões Sobre O Sistema Único De Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 103–110, 2017. Disponível em:

<<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16749>>. Acesso em: 2 set. 2018.

MOREIRA, S. N. T. et al. Processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 2, p. 14–19, 2006.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Nova York: Polity Press; Blackwell Publishers, 2003.

MOURA, L. M.; SHIMIZU, H. E. Representações sociais de saúde-doença. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 103–125, 2017.

MULLER, P.; SUREL, Y. **A análise das políticas públicas**. Pelotas: Educat, 2002.

NASCIMENTO, G. B. **A política do argumento de inclusão regional no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande do Norte**. 2015. 80 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015.

NEGRI FILHO, A. **Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS : as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em**

um contexto de crise de acesso e qualidade. 2016. 402 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, 2016.

NEVES JÚNIOR, W. A.; ARAÚJO, L. Z. S.; REGO, S. Ensino de bioética nas faculdades de medicina no Brasil. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 98–107, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241111>>. Acesso em: 2 set. 2018.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 262–270, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200014&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

OECD. **Health at a glance 2013: OECD Indicators.** [S.l.: s.n.], 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en>. Acesso em: 2 set. 2018.

OLIVEIRA, A. L. O. et al. Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. c, p. 1355–1365, 2017.

OLIVEIRA, C. M. et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2999–3010, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001002999&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

OLIVEIRA, A. P. C. et al. Fatores que influenciaram o processo de formulação de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil e em Portugal: estudo de caso múltiplo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 1–16, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205015&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 26–36, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

OLIVEIRA, F. P. et al. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe3, p. 60–73, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700060&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

_____. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 623–634, 2015.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

OLIVEIRA, F. P.; ARAÚJO, C. A.; et al. O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da Residência Médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. No prelo, 2018.

OLIVEIRA, F. P.; PINTO, H. A.; et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. No prelo, 2018.

OLIVEIRA, F. P.; SANTOS, L. M. P.; SHIMIZU, H. E. Representações Sociais de Estudantes de Medicina a partir das mudanças na formação introduzidas pelo Programa Mais Médicos. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. No prelo, 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158–164, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

OPS/OMS. Requisitos mínimos para la creación de escuelas de medicina. **Educación médica y salud**, v. 13, n. 3, p. 259–273, 1979.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoría de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: O estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. Suppl. 1, p. 94–106, 2012.

PETTA, H. L. Descrição e Análise da Implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 1, p. 72–79, 2013.

PIERANTONI, C. R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 685–704, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400005&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

PINHEIRO, O. L. et al. Teste de Progresso: uma Ferramenta Avaliativa para a Gestão Acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 68–78, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100068&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

PINTO, H. A. et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 51, p. 105–120, 2014.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 294–299, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200020&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Geographic distribution of physicians in Brazil: an analysis based on a locational choice model. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1555–1564, 2006.

RASELLA, D. et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLoS Medicine**, v. 15, n. 5, p. 1–20, 2018.

REGO, S. Currículo paralelo em Medicina, experiência clínica e PBL: uma luz no fim do túnel? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 3, p. 35–48, 1998.

REGO, S.; MACHADO, M. H. Formação Médica no contexto do Programa Mais Médicos para o Brasil: avaliações e perspectivas. In: MACHADO, M. H. et al. (Org.). **O PMM e a Atenção Básica**. Curitiba: Editora Prismas, 2017. p. 155–176.

RISTOFF, D. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 19, n. 3, p. 723–747, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772014000300010&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2018.

_____. Perfil Socioeconômico do estudante de Graduação. **Cadernos do GEA**, v. 4, n. 1, p. 34, 2013.

RITZ, S. A.; BEATTY, K.; ELLAWAY, R. H. Accounting for social accountability: Developing critiques of social accountability within medical education. **Education for Health: Change in Learning and Practice**, v. 27, n. 2, p. 152–157, 2014.

ROCHA, V. X. M. da. **Reformas na Educação Médica no Brasil: Estudo Comparativo entre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina de 2001 e 2014**. 2017. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Católica de Santos, 2017.

SÁ, C. P. de. Teoria das representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. **Temas em Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 19–33, 1996.

SABDE, Y. et al. Mapping the rapid expansion of India's medical education sector: Planning for the future. **BMC Medical Education**, v. 14, n. 1, p. 1–12, 2014.

SÁNCHEZ, M. Y.; MACHADO, D. O. J.; FERNÁNDEZ, T. A. M. Cuba y la cooperación solidaria en la formación de médicos del mundo. **Educación médica superior**, v. 24, n. 1, p. 76–84, 2010.

SANTOS, J. T. dos. Ações afirmativas e educação superior no Brasil : um balanço crítico. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 93, n. 234, p. 401–422, 2012.

SANTOS, W. S. et al. Medical Professionalism: the Effects of Sociodemographic Diversity and Curricular Organization on the Attitudinal Performance of Medical Students. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 4, p. 594–603, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000400594&lng=pt&tlng=pt>

g=en&lng=en>. Acesso em: 2 set. 2018.

SANTOS, L. M. P. et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 95, n. 2, p. 103–112, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/95/2/16-178236.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2018.

SASSI, A. P. **Formação Identitária dos estudantes de medicina: Novos Currículos, Novas Identidades?** 2012. 109 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal da Paraíba, 2012.

SAVIANI, D. Educação Escolar, Currículo e Sociedade: o problema da Base Nacional Comum Curricular. **Movimento**, v. 3, n. 4, p. 54–84, 2016.

SCHEFFER, M. C. **Demografia Médica No Brasil**. . São Paulo: CREMESP, 2015. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2018.

SCHEFFER, M. C.; DAL POZ, M. R. The privatization of medical education in Brazil: Trends and challenges. **Human Resources for Health**, v. 13, n. 1, p. 1–10, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12960-015-0095-2>>. Acesso em: 2 set. 2018.

SCHEFFER, M. C.; JONES, A.; CASSENOTE, F. A feminização da medicina no Brasil. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2, p. 268–77, 2013.

SCHIAVINATTO, F. **Sistema de Indicadores de Percepção Social**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2011. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3097/1/Livro_Sistema de indicadores de percepção social %28SIPS%29_1 ed.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3097/1/Livro_Sistema%20de%20indicadores%20de%20percepcao%20social%20SIPS%29_1%20ed.pdf)>. Acesso em: 2 set. 2018.

SEIXAS, P. H. D. S. **Movimentação Médica no Brasil**. São Paulo: [s.n.], 2015.

SILVA FILHO, R. L. L. et al. A evasão no Ensino Superior Brasileiro. **Cadernos de Pesquisa**, v. 132, p. 641–659, 2007.

SILVA, R. A. et al. Ciências Sociais em Saúde, Educação Médica e a concepção intervencional e colonialista da prática médica. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 39–56, 2018.

SIMON, E. **Saúde e educação: o projeto político pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba**. 2012. 155 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da Paraíba, 2012.

SOARES, É. et al. Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos Profissionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 9, 2011.

SOARES, R. D. S. et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo

redes de aprendizagens no SUS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–8, 2018. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1629>>. Acesso em: 2 set. 2018.

SOBRINHO, J. D. Democratização, qualidade e crise da educação superior: faces da exclusão e limites da inclusão. **Educação & Sociedade**, v. 31, n. 113, p. 1223–1245, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STEWART, M. **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

STORTI, M. M. T.; OLIVEIRA, F. P.; XAVIER, A. L. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, p. 1301–1313, 2017.

STRECK, D. R. Pesquisar é pronunciar o mundo: Notas sobre método e metodologia. In: BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. (Org.). **Pesquisa Participante: a partilha do saber**. Aparecida: Ideias e Letras, 2006. p. 259–276.

TAMBLYN, R. et al. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. **Bmj**, v. 331, n. 7523, p. 1002, 2005. Disponível em: <<http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.38636.582546.7C>>. Acesso em: 2 set. 2018.

THENET. **THEnet's Evaluation Framework for Socially Accountable Health Professional Education. Evaluation**. [S.l: s.n.], 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

UFAL. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina - Campus de Arapiraca**. . Arapiraca: UFAL, 2017.

_____. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina PPC 2013**. Maceió: UFAL, 2013.

UFPB. **Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. João Pessoa: UFPB, 2007.

UFPE. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UFPE-Caruaru**. Caruaru: UFPE, 2013.

_____. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco**. Recife: UFPE, 2003.

UFPI. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina - Campus de Parnaíba**. Parnaíba: UFPI, 2014.

UFRN. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina - Natal**. Natal: UFRN, 2016.

_____. **Projeto Pedagógico do curso de Medicina CERS-FACISA/UFRN**. Caicó: UFRN, 2012.

UFS. **Resolução n 47/2016/CONEPE - Altera o Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina do Campus da Saúde Prof. João Cardoso Nascimento Júnior**. Aracaju: UFS, 2016.

VANNI, T.; CYRINO, A. P.; RIBEIRO, A. C. R. de C. Provimento médico no sistema de saúde da Austrália: Uma conversa com Megan Cahill. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, p. 1367–1375, 2017.

VIANA, A. L. Enfoque metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1997. p. 204.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. de F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 1100.

VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: The way forward. **The Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 2042–2053, 2011. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60055-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60055-X)>. Acesso em: 2 set. 2018.

VIEIRA, R. M. M.; PINTO, T. R.; MELO, L. P. Ensino Baseado na Comunidade no Sertão Nordestino Narratives and Memories of Professors of Brazilian Northeast. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 140–149, 2018.

WHO. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/entity/hrh/migration/hmr_expert_meeting_dolea.pdf>. Acesso em: 2 set. 2018.

WOOLLARD, B.; BOELEN, C. Seeking impact of medical schools on health: Meeting the challenges of social accountability. **Medical Education**, v. 46, n. 1, p. 21–27, 2012.

Apêndice I – Roteiro de Evocação Livre

1. Qual a palavra que vem na sua mente quando pensa no **trabalho na atenção básica**:
2. Qual a palavra que vem na sua mente quando pensa em **responsabilidade social**:

Apêndice II – Questionário Sóciodemográfico

Prezado estudante,

Esse questionário faz parte de uma pesquisa sobre atitudes dos estudantes de medicina da Região Nordeste em vigência das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 dos Cursos de Medicina.

O objetivo da pesquisa é Avaliar em que grau os efeitos pretendidos das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 provocaram diferentes atitudes de estudantes de medicina e as representações sociais acerca da formação e do trabalho médico no SUS, em IFES da Região Nordeste..

Solicito sua valiosa colaboração no preenchimento do mesmo. Informo que o sigilo das informações será garantido pelos pesquisadores conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O preenchimento dos dados de identificação e CPF é fundamental para a segunda etapa da pesquisa. A identificação não será utilizada em hipótese nenhuma para divulgação dos seus dados.

Nome	CPF
Gênero () feminino () masculino	Data de Nascimento
Estado Civil () solteiro () casado () união estável () separado () viúvo	
Nacionalidade () brasileira () brasileira naturalizada () estrangeira	

Assinale com um “x” até que etapa seus pais concluíram a escolarização:

Escolaridade da mãe	Nenhuma	
	Ensino Fundamental: 1º ao 5º ano (1ª a 4ª série)	
	Ensino Fundamental: 6º ao 9º ano (5ª a 8ª série)	

	Ensino Médio	
	Ensino Superior - Graduação	
	Pós-graduação	
Escolaridade do pai	Nenhuma	
	Ensino Fundamental: 1º ao 5º ano (1ª a 4ª série)	
	Ensino Fundamental: 6º ao 9º ano (5ª a 8ª série)	
	Ensino Médio	
	Ensino Superior - Graduação	
	Pós-graduação	

Onde e com quem você mora atualmente?

Em casa ou apartamento, sozinho	
Em casa ou apartamento, com pais e/ou parentes	
Em casa ou apartamento, com cônjuge e/ou filhos	
Em casa ou apartamento, com outras pessoas (incluindo república)	
Em alojamento universitário da própria instituição	
Em outros tipos de habitação individual ou coletiva (hotel, hospedaria, pensão ou outro)	

Qual é o CEP do local em que você mora: _____

Quantas pessoas da sua família moram com você? Considere seus pais, irmãos, cônjuge, filhos e outros parentes que moram na mesma casa com você:

() Nenhuma () Uma () Duas () Três () Quatro () Cinco () Seis () Sete ou mais

Qual a renda total de sua família, incluindo seus rendimentos?

Até 1,5 salário mínimo (até R\$ 1.405,50)	
De 1,5 a 3 salários mínimos (R\$ 1.405,50 a R\$ 2.811,00)	
De 3 a 4,5 salários mínimos (R\$ 2.811,00 a R\$ 4.261,50)	
De 4,5 a 6 salários mínimos (R\$ 4.261,50 a R\$ 5.622,00)	
De 6 a 10 salários mínimos (R\$ 5.622,00 a R\$ 9.370,00)	
De 10 a 30 salários mínimos (R\$ 9.370,00 a R\$ 28.110,00)	
Acima de 30 salários mínimos (mais de R\$ 28.110,00)	

Qual alternativa a seguir melhor descreve sua situação financeira (incluindo bolsas)?

Não tenho renda e meus gastos são financiados por programas governamentais	
Não tenho renda e meus gastos são financiados pela minha família ou por outras pessoas	
Tenho renda, mas recebo ajuda da família ou de outras pessoas para financiar meus gastos	
Tenho renda e não preciso de ajuda para financiar meus gastos	
Tenho renda e contribuo com o sustento da família	
Sou o principal responsável pelo sustento da família	

Qual alternativa a seguir melhor descreve sua situação de trabalho (exceto estágio ou bolsas)?

Não estou trabalhando	
-----------------------	--

Trabalho eventualmente	
Trabalho até 20 horas semanais	
Trabalho de 21 a 39 horas semanais	
Trabalho 40 horas semanais ou mais	

Seu ingresso no curso de graduação se deu por meio de políticas de ação afirmativa ou inclusão social?

Não	
Sim, por critério étnico-racial	
Sim, por critério de renda	
Sim, por ter estudado em escola pública ou particular com bolsa de estudos	
Sim, por sistema que combina dois ou mais critérios anteriores	
Sim, por sistema diferente dos anteriores	

Em que unidade da Federação você concluiu o ensino médio?

() AC () AL () AM () AP () BA () CE () DF () ES () GO () MA () MG () MS () MT () PA () PB () PE () PI () PR () RJ () RN () RO () RR () RS () SC () SE () SP () TO () Não se aplica

Em que tipo de escola você cursou o ensino médio?

Todo em escola pública	
Todo em escola privada (particular)	

Todo no exterior	
A maior parte em escola pública	
A maior parte em escola privada (particular)	
Parte no Brasil e parte no exterior	

Qual modalidade de ensino médio você concluiu?

Ensino médio tradicional	
Profissionalizante técnico (eletrônica, contabilidade, agrícola, outro)	
Profissionalizante magistério (Curso Normal)	
Educação de Jovens e Adultos (EJA) e/ou Supletivo	
Outra modalidade	

Alguém em sua família nas últimas duas gerações é médico?

() Sim () Não

Caso a resposta na questão anterior tenha sido sim, quantos são médicos? ____

Qual o principal motivo para você ter escolhido este curso?

Inserção no mercado de trabalho	
Influência familiar	

Valorização profissional	
Prestígio Social	
Vocação	

Qual a principal razão para você ter escolhido a sua instituição de educação superior?

Gratuidade	
Preço da mensalidade	
Proximidade da minha residência	
Proximidade do meu trabalho	
Facilidade de acesso	
Qualidade/reputação	
Foi a única onde tive aprovação	

Caso tenha realizado, qual foi sua nota no ENEM? _____ () Não se aplica

Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa **Impacto do Diretrizes Curriculares Nacionais na formação de médicos: a atitude e representações sociais de estudantes de medicina da Região Nordeste**, sob a responsabilidade do pesquisador **Felipe Proença de Oliveira**. O projeto visa entender como está ocorrendo a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 nos cursos de medicina.

O objetivo desta pesquisa é mensurar o impacto das Diretrizes Curriculares Nacionais nas atitudes de estudantes de medicina e as representações sociais acerca da reponsabilidade social do trabalho médico, em Instituições Federais de Ensino Superior da Região Nordeste.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de preenchimento de três questionários com perguntas fechadas e abertas em data combinada com o seu professor durante atividade em sala de aula com um tempo estimado de 15 a 20 minutos para sua realização envolvendo os três instrumentos.

Os riscos são mínimos de participação na pesquisa, a saber: Esse projeto apresenta risco mínimo no que se refere a algum tipo de constrangimento para preenchimento de questionário, quebra de privacidade ou desconforto e cansaço para responder ao questionário. Tais riscos serão prevenidos pela participação voluntária e garantia de privacidade conforme descrito nesse termo e pelo curto tempo de preenchimento do questionário.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para avaliar se as Diretrizes Curriculares Nacionais auxiliam na melhoria da qualidade da formação médica e com isso ajudar a reformular políticas na área de educação na saúde.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os questionários serão aplicados após o término da atividade em sala de aula. Dessa forma, o(a) senhor(a) tem total liberdade para sair de sala de aula e não responder. A presença do pesquisador ocorrerá com a saída do professor, de modo que o(a) senhor(a) somente optará por permanecer na sala para responder o questionário

caso esteja de acordo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Não há despesas relacionadas diretamente a sua participação no projeto de pesquisa. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. No segundo semestre de 2018 o(a) senhor(a) será consultado(a) novamente para participar de uma segunda etapa dessa pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: **Felipe Proenço de Oliveira**, na **Universidade de Brasília** no telefone **(61) 33152550** ou **(83)991359265**, disponível inclusive para ligação a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Felipe Proenço de Oliveira

Nome e assinatura

_____, ____ de _____ de _____.

Anexo I – Escala de atitudes profissionais do estudante de medicina - EAPEM-50

Para cada assertiva abaixo, há cinco (5) opções de resposta, você deve assinalar com um “X” a que melhor expressa sua opinião. **Não existe resposta certa ou errada!**

Opções de resposta				
Discordo Totalmente (DT)	Discordo em Parte (DP)	Nem Discordo Nem Concordo (D)	Concordo em Parte (CP)	Concordo Totalmente (CT)
1	2	3	4	5

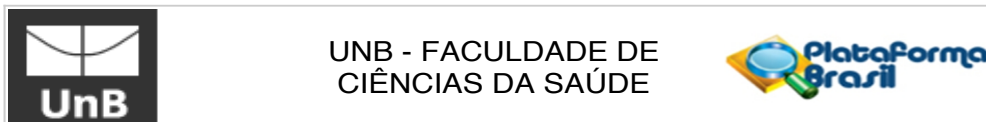
Assertivas		Nível de concordância				
		DT	DP	D	CP	CT
1	Considero importante investigar se problemas emocionais antecederam o aparecimento da doença apresentada pelo paciente.	1	2	3	4	5
2	Acredito que cabe ao médico investigar dificuldades pessoais do paciente.	1	2	3	4	5
3	Penso que um médico precisa estar atento ao estado emocional dos seus pacientes.	1	2	3	4	5
4	A habilidade do paciente de se relacionar socialmente deve ser explorada pelo médico.	1	2	3	4	5
5	Crenças populares não devem ser abordadas durante o curso de graduação em medicina.	1	2	3	4	5
6	Escutar o paciente falar de um problema emocional é tão importante quanto escutar o paciente falar sobre um problema físico.	1	2	3	4	5
7	É importante que o médico tenha conhecimento do rendimento escolar de seu paciente.	1	2	3	4	5
8	Obter notas mais altas nas disciplinas curriculares é mais importante do que aprender a se comunicar.	1	2	3	4	5
9	O tempo investido no estudo com outros estudantes da área de saúde significa um desperdício para minha formação profissional.	1	2	3	4	5
10	O médico não deve participar das atividades culturais promovidas pela comunidade do centro de saúde onde atua.	1	2	3	4	5
11	O estudo conjunto com outros estudantes da área de saúde aumentaria a minha capacidade de entender os problemas dos pacientes.	1	2	3	4	5

12	Como integrante de uma equipe multiprofissional, o médico deve visitar as comunidades próximas ao Centro de Saúde em que trabalha.	1	2	3	4	5
13	É importante que eu trabalhe em projetos com outros estudantes da área da saúde.	1	2	3	4	5
14	O médico é remunerado para diagnosticar e tratar problemas de saúde e não para escutar pacientes falarem sobre seus problemas pessoais.	1	2	3	4	5
15	Desenvolver habilidades de comunicação é tão importante quanto aprimorar o conhecimento médico.	1	2	3	4	5
16	A aprendizagem em conjunto com outros estudantes me auxilia no reconhecimento das minhas próprias limitações.	1	2	3	4	5
17	A valorização das crenças e valores do paciente e família repercute positivamente na qualidade do atendimento médico.	1	2	3	4	5
Assertivas		Nível de concordância				
		DT	DP	D	CP	CT
18	É importante que o médico atue no sentido de garantir ao paciente o direito à saúde em todos os níveis de complexidade.	1	2	3	4	5
19	Penso que não há problema se um aluno apresentar um trabalho de um colega como se fosse seu.	1	2	3	4	5
20	A menos que esteja envolvido com pesquisa na área médica, não é necessário o médico estudar ética.	1	2	3	4	5
21	Não ensino o que eu sei aos meus colegas, pois eles serão meus concorrentes no mercado de trabalho.	1	2	3	4	5
22	Penso que não compete ao médico dar orientação ao paciente e à comunidade sobre cuidados básicos de saúde.	1	2	3	4	5
23	Mesmo que o trabalho seja meu, não posso emprestá-lo para um colega para que ele apresente como seu.	1	2	3	4	5
24	O médico deve respeitar práticas populares que não ofereçam perigo à saúde do paciente (p. ex. uso de amuletos).	1	2	3	4	5
25	Em havendo algum tipo compensação, não me importaria em realizar uma tarefa acadêmica de um colega.	1	2	3	4	5
26	A imagem que o paciente faz do médico influencia na sua adesão ao tratamento.	1	2	3	4	5
27	Para se manter atualizado o médico precisa ler periódicos científicos.	1	2	3	4	5
28	Para o bom exercício da profissão, o médico tem que reconhecer suas limitações de conhecimento de medicina.	1	2	3	4	5
29	Penso que em trabalhos acadêmicos é necessário referenciar a obra consultada.	1	2	3	4	5
30	Considero importante conhecer pesquisa médica para ser um bom médico.	1	2	3	4	5
31	Para um médico se manter atualizado, ele precisa saber outro idioma.	1	2	3	4	5
32	Todo médico deve ter conhecimentos de informática.	1	2	3	4	5

33	É necessário conhecer metodologia científica para se compreender artigos científicos.	1	2	3	4	5
34	O estudo individual acrescenta mais que uma discussão em grupo sobre atividades da prática médica.	1	2	3	4	5
35	Não sou favorável à auto-avaliação.	1	2	3	4	5
36	A auto-avaliação me ajuda a aprender a reconhecer minhas limitações	1	2	3	4	5
37	A avaliação é uma atividade importante para minha aprendizagem.	1	2	3	4	5
38	A avaliação é um instrumento de perseguição dos alunos.	1	2	3	4	5
39	Escolhi seguir a carreira médica porque queria salvar vidas.	1	2	3	4	5
40	Acredito que conhecimentos e habilidades adquiridos pelos estudantes de medicina sejam equivalentes aos adquiridos por estudantes de outras áreas da saúde.	1	2	3	4	5
41	Creio que tenho o direito de falar “de igual para igual” com meu professor.	1	2	3	4	5
42	Acredito que não seja obrigação do professor fazer com que o aluno aprenda.	1	2	3	4	5
Assertivas		Nível de concordância				
		DT	DP	D	CP	CT
43	Os médicos são líderes naturais de equipes multidisciplinares.	1	2	3	4	5
44	Acredito que o médico tenha o poder de decisão quanto a investigação e tratamento do paciente.	1	2	3	4	5
45	Acredito que somente na residência médica é que vou aprender medicina realmente.	1	2	3	4	5
46	A avaliação é mais um meio de poder para o professor.	1	2	3	4	5
47	O médico deve se interessar pelo tipo de trabalho ou ocupação de seu paciente.	1	2	3	4	5
48	Não é de interesse do médico as condições de moradia do paciente.	1	2	3	4	5
49	O médico precisa se interessar pelas condições em que o trabalho do paciente se desenvolve.	1	2	3	4	5
50	É importante para o médico saber sobre os hábitos de vida de seu paciente.	1	2	3	4	5

Fonte: Santos; Laros, 2014.

Anexo II – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto das Diretrizes Curriculares Nacionais na formação de médicos: atitudes e representações sociais de estudantes de medicina no interior e capitais da Região Nordeste

Pesquisador: FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57011916.2.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

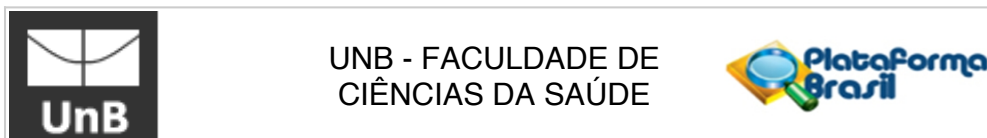
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.852.717

Apresentação do Projeto:

De acordo com o resumo apresentado na Plataforma Brasil (PB): “O número de médicos no Brasil tem aumentado, mas sua distribuição foi marcada por profundas desigualdades na inserção dos profissionais nos setores público/privado e nas unidades federativas. Em 2013 foi criado o Programa Mais Médicos, que apresentava entre seus objetivos: (I) diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; (II) fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país; (III) aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; (IV) ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira. Uma das frentes estratégicas do Programa é a de formação médica para o SUS, ampliando as vagas em cursos de medicina e programas de residência médica, interiorizando e reorientando a formação através de novas Diretrizes Curriculares Nacionais que foram publicadas em 2014. Avalia-se que as mudanças pelas quais passa a educação médica e a obrigatoriedade da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais nos Cursos de Graduação em Medicina podem provocar diferentes representações sociais e atitudes nos estudantes concluintes acerca das dimensões das relações humanas em saúde e da reponsabilidade social do trabalho médico.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.852.717

Objetivo: Mensurar o impacto das Diretrizes Curriculares Nacionais nas atitudes de estudantes de medicina e as representações sociais acerca da reponsabilidade social do trabalho médico, em Instituições Federais de Ensino (IFES) do interior e capitais na Região Nordeste. **Metodologia:** A pesquisa será desenvolvida em dez cursos de medicina e será realizada através da aplicação de escala (componente quantitativo) e questionário acerca das representações sociais dos estudantes de medicina (componente qualitativo). No componente quantitativo será utilizada a Escala para Avaliar Atitudes de Estudantes de Medicina revisada por Santos e Laros, utilizando-se para avaliação de impacto a metodologia de diferenças em diferenças. Será composto um grupo intervenção com 40 estudantes de cada um de cinco cursos de medicina de universidades federais criadas após o Mais Médicos do interior do Nordeste e um grupo contrafatual com 40 estudantes de medicina de cada um de cinco cursos tradicionais de capitais do Nordeste. No componente qualitativo serão selecionados dois cursos de cada grupo onde para 10 estudantes de cada será aplicado questionário semi-estruturado com técnicas de evocação livre e de hierarquização de itens. Os estudantes serão entrevistados em dois momentos, nos quarto e oitavos semestres do curso”.

Em relação à hipótese, o pesquisador afirma: “As mudanças pelas quais passa a educação médica e a implantação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais nos Cursos de Graduação em Medicina podem provocar diferentes representações sociais e atitudes nos estudantes concluintes acerca das dimensões das relações humanas em saúde e da reponsabilidade social do trabalho médico”.

O pesquisador responsável identifica os seguintes critérios de inclusão: “Serão selecionados para compor o grupo intervenção estudantes de cinco cursos de medicina criados a partir dos incentivos do PMM em IFES localizadas no interior do Nordeste. Existem 10 IFES nesta categoria, com cursos iniciados entre 2013 e 2015”. No que se refere aos critérios de exclusão, o pesquisador menciona: “Foi utilizado como critério de exclusão a inexistência de turma de estudantes no quarto período, momento considerado como primeiro marco de aplicação de escala e tempo suficiente para uma primeira repercussão do currículo iniciado após o Programa Mais Médicos”.

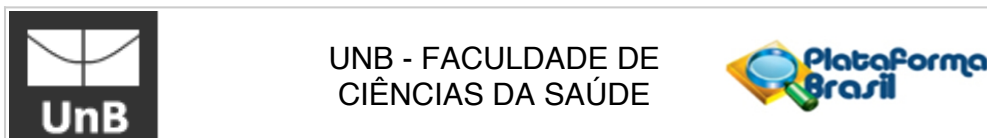
Objetivo da Pesquisa:

Segundo o pesquisador responsável, os objetivos são:

Objetivo Primário:

“Mensurar o impacto das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 nas atitudes de estudantes de medicina e as representações sociais acerca da reponsabilidade social do trabalho médico, em IFES do interior e capitais na Região Nordeste”.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.852.717

Objetivo Secundário:

“Descrever o perfil sócio-demográfico de estudantes de medicina participantes; Mensurar as atitudes de estudantes de medicina nos quarto e oitavo semestres, em especial as relativas à comunicação, relações humanas em saúde e reponsabilidade social do trabalho médico; Identificar a estrutura das representações sociais acerca da formação e do trabalho médico; Analisar o papel das mudanças propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais nas representações sociais acerca da formação e do trabalho médico”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos, o pesquisador afirma: “Esse projeto apresenta risco mínimo no que se refere a algum tipo de constrangimento para preenchimento de questionário, quebra de privacidade ou desconforto e cansaço para responder ao questionário. Tais riscos serão prevenidos pelo TCLE e a livre participação na pesquisa, bem como pela não utilização dos itens da escala proposta para o questionário, permitindo assim que o questionário seja preenchido em até 15 minutos”.

Os benefícios identificados pelo pesquisador são: “Avaliar o impacto das Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina e as Representações Sociais dos Estudantes de Medicina”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

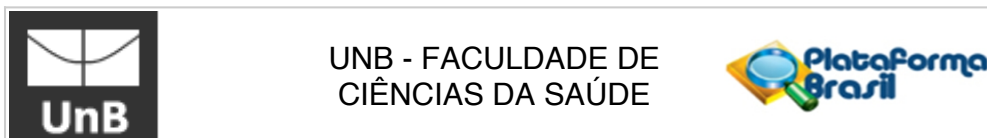
Trata-se de terceira versão de projeto de doutorado do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da FS/UnB do aluno Felipe Proenço de Oliveira, realizado sob orientação da Profa. Leonor Maria Pacheco Santos. De acordo com o pesquisador, “a pesquisa será desenvolvida em dez cursos de medicina e será realizada através da aplicação de escala (componente quantitativo) e questionário acerca das representações sociais dos estudantes de medicina (componente qualitativo) [...]”. Para tanto, “serão recrutados em 2016, na linha de base, 40 estudantes em cada um dos cursos (N = 400)”. O cronograma de execução apresentado na PB prevê realização da pesquisa no período de 16/11/2016 a 30/11/2018. O valor total do orçamento financeiro descrito na PB é de R\$ 21.500,00, que serão custeados pelo próprio pesquisador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados e analisados para emissão deste parecer:

- 1) Informações básicas do projeto: “PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_689275.pdf”, postado em 23/11/2016
- 2) Folha de rosto assinada pela diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Maria Fátima de Sousa: “Folhaderostook.pdf”, postado em 8/6/2016
- 3) Projeto detalhado: “Projeto_de_Pesquisa_Doutorado_novembro2016.docx”, postado em

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.852.717

23/11/2016

- 5) Currículo Lattes do pesquisador Felipe Proenço de Oliveira: "cv_Felipe_Proenco.pdf", postado em 31/5/2016
- 6) Carta de encaminhamento de projeto ao CEP assinada pelo pesquisador responsável: "CartaEncaminhamento.pdf", postado em 31/5/2016
- 7) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: "TCLEversaoapossegundoparecer.pdf", postado em 23/11/2016
- 8) Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador: "Termocompromissoatualizado.pdf", postado em 1/6/2016
- 9) Carta para encaminhamento de pendências: "Cartarespostaosegundoparecer.pdf", postado em 23/11/2016

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontada no Parecer No. 1.830.952:

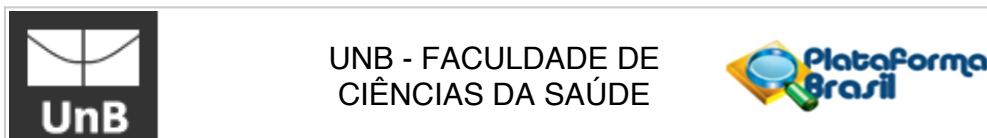
1) No projeto detalhado, o pesquisador afirma: "Na linha de base (maio a julho de 2016) será aplicado um questionário semi-estruturado para coletar dados do perfil sócio-demográfico, além dos Componentes 1, 5 e 6 da Escala para Avaliar Atitudes de Estudantes de Medicina revisada (Anexo 1), conforme descrito no item 4.1. Também será aplicado questionário semi-estruturado com técnicas de evocação livre e de hierarquização de itens. [...]". Solicita-se apresentação do "questionário semi-estruturado para coletar dados do perfil sócio-demográfico", bem como do "questionário semi-estruturado com técnicas de evocação livre e de hierarquização de itens", pois eles não constam no projeto detalhado.

RESPOSTA-Parecer No. 1.645 797: Foi solicitada a apresentação do "questionário semiestruturado para coletar dados do perfil sócio-demográfico", o qual foi incluído no Anexo III, página 21, e do "questionário semi-estruturado com técnicas de evocação livre e de hierarquização de itens", o qual foi incluído no Anexo II, página 20.

ANÁLISE-Parecer No. 1.645 797: O pesquisador incluiu os documentos solicitados. PENDÊNCIA ATENDIDA.

2) No resumo, o pesquisador afirma "os estudantes serão entrevistados em dois momentos, nos quarto e oitavos semestres do curso". As entrevistas serão gravadas? Se sim, apresentar termo de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.852.717

autorização para utilização de imagem e som de voz.

RESPOSTA-Parecer No. 1.645 797: Foi questionário no parecer se as entrevistas serão gravadas. Não ocorrerá esse procedimento, conforme agora detalhado no item 6.2, na página 14, parágrafo único.

ANÁLISE-Parecer No. 1.645 797: De acordo com o pesquisador, “não será utilizada gravação de entrevistas pois todos instrumentos são de preenchimento pelos estudantes”. PENDÊNCIA ATENDIDA.

3) De acordo com o cronograma de execução apresentado na PB, o início da etapa de coleta de dados estava prevista para o dia 10/5/2016. Solicita-se informar se a pesquisa foi iniciada ou atualizar o cronograma.

RESPOSTA-Parecer No. 1.645 797: O cronograma, com previsão anterior de coleta de dados para maio de 2016 foi revisto, e atualizado na Plataforma Brasil e no projeto para iniciar a coleta em novembro de 2016. No projeto essa atualização consta no item 7, na página 16.

ANÁLISE-Parecer No. 1.645 797: O pesquisador atualizou o cronograma, conforme solicitado. PENDÊNCIA ATENDIDA.

4) Solicita-se esclarecer o modo como os prováveis participantes da pesquisa serão recrutados para participar da pesquisa.

RESPOSTA-Parecer No. 1.645 797: Sobre o recrutamento dos participantes, foi esclarecido que serão convidados todos os estudantes de medicina que ingressaram em 2015 dos cursos sorteados. Isso consta no item 4.3 que foi completamente reformulado em virtude dessa e outras demandas do parecer. Sobre esse item específico do parecer, recomenda-se analisar o primeiro parágrafo do item 4.3, na página 9.

ANÁLISE-Parecer No. 1.645 797: De acordo com a Resolução n. 466/12 (item IV.6, subitem b), “a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles participantes de pesquisa que, embora plenamente capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos, ou à influência de autoridade, caracterizando situações passíveis de limitação da autonomia, como estudantes [...]”. O pesquisador esclareceu os locais em que os prováveis participantes da pesquisa serão identificados, mas não explicitou O MODO como eles serão convidados. No TCLE, o pesquisador afirma: “A sua participação se dará por meio de preenchimento de três questionários com perguntas fechadas e abertas em data combinada com o seu professor durante atividade em sala de aula”. O professor da referida disciplina estará presente no momento do preenchimento

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.852.717

dos questionários? Em outras palavras, como o pesquisador irá assegurar “a liberdade do consentimento” citada na Resolução n. 466/12? Tendo em vista que a pesquisa será realizada em sala de aula, como garantir que o aluno não se sentirá coagido a participar da pesquisa? Trata-se de uma informação importante para a avaliação da eticidade da pesquisa. Não é suficiente afirmar: “mesmo que os questionários sejam aplicados durante atividade em sala de aula o(a) senhor(a) tem total liberdade para não responder”. Solicita-se esclarecimento. **PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.**

RESPOSTA-Parecer No. 1.830.952: **RESPOSTA:** Buscando evidenciar a liberdade do participante para responder o questionário e evitar qualquer tipo de coação nesse momento, foi editado o oitavo parágrafo do TCLE passando a conter o seguinte texto: “Os questionários serão aplicados após o término da atividade em sala de aula. Dessa forma, o(a) senhor(a) tem total liberdade para sair de sala de aula e não responder. A presença do pesquisador ocorrerá com a saída do professor, de modo que o(a) senhor(a) somente optará por permanecer na sala para responder o questionário caso esteja de acordo”.

ANÁLISE-Parecer No. 1.830.952: O pesquisador modificou o TCLE, conforme solicitado. **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

5) Solicita-se incluir as universidades como instituições coparticipantes na PB. Solicita-se a apresentação de todos os termos de concordância de instituição coparticipante assinados.

RESPOSTA-Parecer No. 1.645 797: Solicitou-se a inclusão das instituições coparticipantes e dos seus termos de concordância. Já havia essa documentação de seis instituições. Considerando a morosidade de resposta de algumas

instituições, duas foram excluídas e se incluiu os termos de concordância da UFPB e da UFPE/Recife, completando assim os termos das oito instituições coparticipantes. A listagem das instituições consta nos Quadros 1 e 2 da página 10, e os termos de concordância de todas as instituições estão anexados conforme local disposto na Plataforma Brasil.

ANÁLISE-Parecer No. 1.645 797: O pesquisador apresentou os termos de concordância das instituições coparticipantes na PB, mas não as incluiu como instituições coparticipantes na PB. Solicita-se incluir as universidades como instituições coparticipantes na PB. Além disso, solicita-se revisar tanto o projeto da PB quanto o projeto detalhado, visto que em ambos ainda consta que “a pesquisa será desenvolvida em dez cursos de medicina [...]”, sendo que serão apenas oito. **PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.**

RESPOSTA-Parecer No. 1.830.952: As instituições foram incluídas como coparticipantes em campo

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

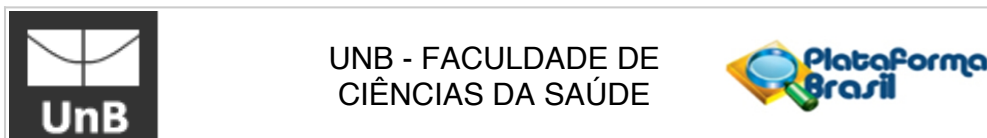
CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.852.717

específico da Plataforma Brasil. Foram atualizados os campos referentes ao projeto na Plataforma bem como anexado novo arquivo atualizado com o projeto. No projeto atualizado, conforme consta na página 10, no item 3, a pesquisa “será desenvolvida em oito cursos de medicina”. Na PB também se exemplifica a mudança na área de Detalhamento do Projeto, onde no item Metodologia Proposta também houve a atualização para oito cursos de medicina.

ANÁLISE-Parecer No. 1.830.952: As instituições foram incluídas como coparticipantes em campo específico da Plataforma Brasil. PENDÊNCIA ATENDIDA.

6) Apresentar descrição pormenorizada dos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios apresentados são insuficientes. Por exemplo, os critérios de inclusão apresentados pelo pesquisador se referem, exclusivamente, ao “grupo intervenção”.

RESPOSTA-Parecer No. 1.645 797: O parecer determinou uma descrição pormenorizada dos critérios de inclusão e exclusão. Essa demanda gerou a necessidade de revisão de todo item 4.3, sugerindo-se a leitura de todos os parágrafos desse item nas páginas 9 e 10.

ANÁLISE-Parecer No. 1.645 797: O pesquisador modificou a redação dos critérios de inclusão e exclusão, conforme solicitado. PENDÊNCIA ATENDIDA.

7) Em relação ao TCLE:

7.1) No que se refere ao trecho: “A sua participação se dará por meio de preenchimento de um questionário com perguntas fechadas e abertas em data combinada com o seu professor durante atividade em sala de aula com um tempo estimado de 10 a 15 minutos para sua realização”. No projeto detalhado, o pesquisador afirma que serão aplicados três instrumentos de coleta de dados. Solicita-se adequação.

RESPOSTA-Parecer No. 1.645 797: Foi esclarecido no TCLE que serão aplicados três instrumentos de coleta, conforme consta no quarto parágrafo do termo.

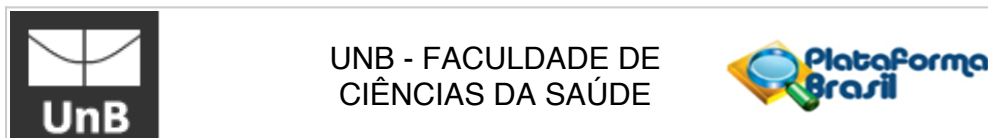
ANÁLISE-Parecer No. 1.645 797: O pesquisador acrescentou a informação solicitada. PENDÊNCIA ATENDIDA.

7.1.1) Solicita-se esclarecer se o “tempo estimado de 10 a 15 minutos” se refere aos três instrumentos de coleta de dados.

RESPOSTA-Parecer No. 1.645 797: Ainda no quarto parágrafo o tempo estimado foi aumentado para 15 a 20 minutos, considerando o preenchimento dos três instrumentos.

ANÁLISE-Parecer No. 1.645 797: O pesquisador modificou a redação, conforme solicitado.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.852.717

PENDÊNCIA ATENDIDA.

7.1.2) De acordo com a Resolução n. 466/12 (item IV.6, subitem b), “a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles participantes de pesquisa que, embora plenamente capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos, ou à influência de autoridade, caracterizando situações passíveis de limitação da autonomia, como estudantes [...]”. Solicita-se esclarecer como será assegurada a liberdade do consentimento, uma vez que os estudantes irão preencher o questionário “durante atividade em sala de aula”.

RESPOSTA-Parecer No. 1.645 797: O parecer destacou a necessidade de assegurar a liberdade de consentimento. Tal tema já constava no termo, mas considerando a sugestão do parecer foi ressaltado no sexto parágrafo do TCLE, que faz referência sobre a participação voluntária em sala de aula.

ANÁLISE-Parecer No. 1.645 797: O pesquisador acrescentou o seguinte trecho: “mesmo que o questionários sejam aplicados durante atividade em sala de aula o(a) senhor(a) tem total liberdade para não responder”. **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

7.2) De acordo com a Resolução n. 466/12 (item IV.3, subitem a), o TCLE deve, necessariamente, conter “os procedimentos que serão utilizados na pesquisa”. No entanto, não consta, no TCLE, a informação de que haverá seguimento, ou seja, de que eles serão procurados, novamente, no oitavo semestre.

RESPOSTA-Parecer No. 1.645 797: O parecer recomendou constar a informação no TCLE de que haverá seguimento da pesquisa, com nova etapa, conforme agora esclarecido no nono parágrafo do termo.

ANÁLISE-Parecer No. 1.645 797: O pesquisador modificou a redação, conforme solicitado. **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

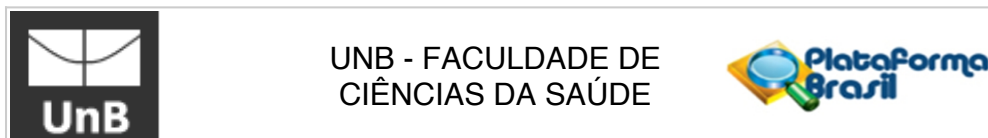
7.3) Solicita-se incluir número de telefone móvel.

RESPOSTA-Parecer No. 1.645 797: Foi incluído telefone móvel conforme demandado no décimo primeiro parágrafo do termo.

ANÁLISE-Parecer No. 1.645 797: O pesquisador incluiu número de telefone móvel. **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

7.4) O TCLE apresenta mais de uma página, o participante da pesquisa ou responsável e o

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.852.717

pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo sua assinatura na última página do mesmo. Solicita-se que campos para rubrica sejam criados em cada folha do documento, e para preservar a integridade do documento as páginas deverão ser numeradas como, por exemplo, página 1 de 3, página 2 de 3.

RESPOSTA-Parecer No. 1.645 797: O TCLE foi numerado e incluído campo para rubrica do pesquisador.

ANÁLISE-Parecer No. 1.645 797: O pesquisador modificou o TCLE, conforme solicitado. PENDÊNCIA ATENDIDA.

8) Nesta versão do TCLE, o pesquisador afirma: "Não existem riscos decorrentes de sua participação na pesquisa". De acordo com a Resolução n. 466/12 (item V), "toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". Solicita-se adequação (sugere-se manutenção da redação da versão anterior do TCLE).

RESPOSTA-Parecer No. 1.830.952: Conforme novo arquivo anexado do TCLE, foi retomado o parágrafo onde se evidencia a existência de riscos no estudo, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde. É o quinto parágrafo do termo.

ANÁLISE-Parecer No. 1.830.952: O pesquisador modificou o TCLE, conforme solicitado. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Não há mais pendências. Protocolo de pesquisa em conformidade com a Res. CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1 - 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_689275.pdf	23/11/2016 19:10:20		Aceito
Outros	Cartarespostaaosegundoparecer.pdf	23/11/2016 19:09:54	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLEversaoapossegundoparecer.pdf	23/11/2016	FELIPE PROENÇO	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

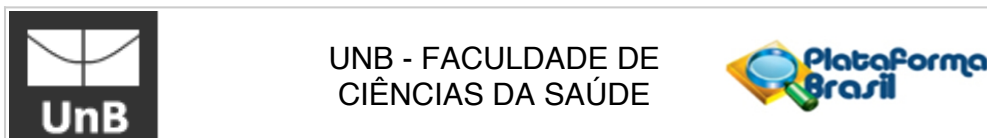


Continuação do Parecer: 1.852.717

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLeverSaoapossegundoparecer.pdf	19:09:15	OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Doutorado_novembro2016.docx	23/11/2016 19:08:54	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoConcordUFPE.pdf	23/09/2016 17:00:23	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoConcordanciaassinadoUFPE.pdf	23/09/2016 16:59:42	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Cartarespostaoparecer.pdf	23/09/2016 16:58:49	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoConcordCoparticpCEPFSUFPB.pdf	19/09/2016 13:30:27	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermodeConcordanciaUFPB.pdf	19/09/2016 13:29:36	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoUFMAPinheiro.pdf	08/06/2016 16:38:35	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoRespCompromPesqpassinar.pdf	08/06/2016 16:37:23	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoConcordUFMAPinheiroparaassinar.doc	08/06/2016 16:35:15	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostook.pdf	08/06/2016 16:29:10	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	termoUFRN.PDF	02/06/2016 09:25:35	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoConcordCoparticpUFRNpassinar.pdf	02/06/2016 09:24:04	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoConcordCoparticpUFPIParnaibapassar.pdf	02/06/2016 09:23:43	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoConcordCoparticpUFPECaruarupassar.pdf	02/06/2016 09:22:30	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoConcordCoparticpUFMApassinar.pdf	02/06/2016 09:22:04	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaencaminhprojtopassar.doc	02/06/2016 09:21:11	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termocompromissoatualizado.pdf	01/06/2016 13:32:15	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoUFRNcaico.pdf	31/05/2016 16:26:52	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoUFPIParnaiba.PDF	31/05/2016 16:26:09	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoUFMA.pdf	31/05/2016 16:25:08	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoUFPECaruaru.pdf	31/05/2016 16:24:43	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	cv_Felipe_Proenco.pdf	31/05/2016	FELIPE PROENÇO	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.852.717

Outros	cv_Felipe_Proenco.pdf	16:19:28	OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	31/05/2016 16:17:41	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartaEncaminhamento.pdf	31/05/2016 16:09:16	FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 06 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com

Anexo III – Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa

60 ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa*

Analysis of the parliamentary amendments to the Mais Médicos Program: the medical training model in dispute

Felipe Proenço de Oliveira¹, Ana Maria Costa², Antonio José Costa Cardoso³, Josélia de Souza Trindade⁴, Iêda Maria Ávila Vargas Dias⁵

*Também contribuíram para o artigo Natália Regina Alves Vaz Martins e Leonor Maria Pacheco Santos.

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências Médicas, Departamento de Promoção da Saúde - João Pessoa (PB), Brasil. proenco@hotmail.com

²Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS) - Brasília (DF), Brasil. dotorana@gmail.com

³Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências - Itabuna (BA), Brasil. antoniojcardoso@gmail.com

⁴Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva - Brasília (DF), Brasil. joselia.trindade@gmail.com

⁵Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva - Brasília (DF), Brasil. iedavargasdias@gmail.com

RESUMO Pesquisa documental quali-quantitativa que analisa o processo legislativo e atos normativos do Programa Mais Médicos. O estudo categoriza 575 emendas apresentadas e as alterações na Medida Provisória. Evidencia o conjunto dos interesses e disputas envolvidos no processo, seja aperfeiçoando ou desvirtuando. Ressalta os confrontos nas emendas que atendem a interesses corporativos e aquelas aliadas ao princípio constitucional da universalidade, resultando em mudanças principalmente no Capítulo da Formação Médica. Conclui que a polêmica e o acirramento entre posições ideológicas não comprometeram a iniciativa governamental de diminuir a carência de médicos e fixá-los em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE Saúde coletiva. Médicos de atenção primária. Médicos graduados estrangeiros.

ABSTRACT Qualitative-quantitative documentary research, which aimed to analyze the Mais Médicos (More Doctors) Program legislative process and normative acts. The study categorizes the 575 amendments submitted and the changes in the Provisional Measure. It shows the set of interests and disputes involved in the process, resulting in changes mainly in the Medical Education Chapter. It highlights the clashes in the amendments that serve corporate interests and those allied to the constitutional principle of universal health. It concludes that the controversy, interests and dispute among ideological positions did not compromise the governmental initiative to reduce the shortage of doctors for the Public Health System (SUS).

KEYWORDS Public health. Physicians primary care. Foreign medical graduates.

Introdução

Segundo pesquisa domiciliar realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011) em todas as unidades da federação no período de 3 a 19 de novembro de 2010 com amostra de 2.773 pessoas, a falta de médicos era considerada o principal problema do Sistema Único de Saúde (SUS) por 58,1% dos entrevistados, enquanto aumentar o número de médicos foi a principal medida sugerida para melhorar o atendimento em centros de saúde (46,9%), serviços especializados (37,3%) e de urgência e emergência (33,0%).

O Programa Mais Médicos (PMM) integra um conjunto estratégico de ações do governo federal para melhorar o acesso e a qualidade do SUS por meio de mudanças na formação médica, investimentos em infraestrutura das unidades básicas de saúde e provimento de médicos para atuação nas regiões subservidas, de grande vulnerabilidade social e sanitária, seja em municípios pequenos ou médios, seja na periferia dos grandes centros (OLIVEIRA ET AL., 2015; SANTOS ET AL., 2015).

Segundo a pesquisa Demografia Médica no Brasil, publicada em 2013, havia uma razão média de 1,95 médico por mil habitantes (SCHEFFER, 2013). Esse número, porém, contabilizava médicos com duplo registro e sem limite de idade; o Ministério da Saúde utilizava a estimativa de 1,83 médico por mil habitantes (BRASIL, 2015). Esse indicador (seja 1,83 ou 1,95 médico por mil habitantes) é bem inferior ao de outros países da América do Sul, de Portugal e da Espanha (CARRYL; ROSSATO; PRADOS, 2016).

Com base nessas estimativas, o governo federal traçou metas e definiu estratégias para ampliar o provimento de profissionais médicos para atuação na atenção básica, visando atingir 2,7 por mil habitantes em 2026.

O PMM foi proposto pelo governo federal por meio da Medida Provisória (MP) nº 621, de 08 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União em 09 de julho de 2013 (BRASIL, 2013B). Em 10 de julho, houve a republicação do inciso II do *caput* do art. 4º dessa MP, por ter sido

constatada incorreção (ANDRÉS; CARVALHO, 2013). Após publicação, a MP passou a ser debatida pelo Congresso Nacional, tendo recebido 575 propostas de emendas. No dia 22 de outubro do mesmo ano, a MP foi aprovada com alterações, passando então à condição de Lei nº 12.871 (BRASIL, 2013A).

O Programa tem oito objetivos relacionados com a formação e desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, a saber: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médica no País e propiciar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013A).

As chamadas para contratação de médicos, realizada por meio de editais, permitem a participação tanto de médicos brasileiros, formados no Brasil e em outros países, quanto de profissionais estrangeiros. Para atuar nos municípios que aderiram ao PMM, os médicos selecionados recebem uma bolsa mensal, que é paga pelo Ministério da Saúde, ficando o município responsável pelas despesas de moradia e alimentação, além de transporte para a realização das atividades de atenção à saúde (OLIVEIRA ET AL., 2015).

O contrato tem duração de três anos, podendo ser renovado apenas uma vez, por igual período, para os médicos com registro no Brasil previamente ao Mais Médicos (BRASIL, 2013A). A possibilidade de prorrogação foi estendida para os médicos estrangeiros posteriormente, em 2016, por meio de nova MP apresentada pelo Governo Dilma

Rousseff. A MP foi aprovada sem modificações, tendo sido convertida na Lei nº 13.333, de 12 de setembro de 2016, possibilitando a permanência de todos os médicos por três anos além do período previsto inicialmente. No caso da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que viabilizou a participação dos médicos cubanos, decidiu-se pela prorrogação somente no caso de médicos que se casaram com brasileiros.

O médico estrangeiro selecionado pelo PMM desenvolve suas atividades autorizado por registro provisório que, segundo a MP nº 621, deveria ser fornecido pelos Conselhos Regionais de Medicina (CRM). Todavia, durante os debates para sua conversão na Lei nº 12.871, isso passou a ser responsabilidade do Ministério da Saúde. A licença permite atuar somente durante o prazo estabelecido no Programa e restringe o exercício das atividades clínicas às unidades básicas de saúde do município onde o profissional foi alocado.

Desde o início, quando da publicação da MP nº 621, determinou-se que as vagas seriam primeiramente destinadas aos médicos com registro no Brasil, ou seja, formados em instituições nacionais ou com diploma revalidado. Em um segundo momento, as vagas seriam ofertadas para médicos de nacionalidade brasileira com atuação profissional em outros países. As vagas restantes deveriam ser preenchidas por médicos estrangeiros que se formaram no exterior; e, somente em última instância, deve ser acionada a cooperação internacional com a Opas, que estabeleceu uma parceria com o governo cubano para essa finalidade.

O PMM estabelece ainda que os médicos selecionados devem obrigatoriamente participar de curso de especialização em saúde da família buscando integrar ensino e serviço. O Curso é oferecido na modalidade de educação a distância por meio da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). O acompanhamento do desempenho dos médicos, bem como o apoio à sua participação na especialização, é realizado por tutores e supervisores vinculados às universidades públicas que

aderiram à iniciativa. Os médicos devem cumprir 32 horas semanais de atividades práticas nas unidades básicas de saúde e 8 horas de atividades teóricas no curso de especialização (BRASIL, 2013A).

No primeiro ano de implantação, de agosto de 2013 a setembro de 2014, houve o provimento de 14.462 médicos, sendo 1.846 médicos formados no Brasil, 1.187 intercambistas formados em outros países e 11.429 cooperados vindos de Cuba (BRASIL, 2015). O Programa atraiu médicos de 47 diferentes nacionalidades no período 2013-2014 (OLIVEIRA ET AL., 2015). Completados dois anos, em 2015, havia 18.240 médicos atuando em 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros) e nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2015). Se em um primeiro momento 85% das vagas demandadas pelos municípios foram preenchidas por médicos estrangeiros, a fase seguinte mostra um perfil com composição diferente, traduzindo a mudança de aceitação dos profissionais nacionais ao referido Programa, de início duramente criticado pelas entidades médicas (CARVALHO, 2014). Dessa forma, os médicos com registro no Brasil, que em 2014 eram 6,5% dos participantes no Programa, passaram a representar 29% em 2015 (BRASIL, 2015).

Diversos estudos que avaliaram o provimento de médicos pelo Programa demonstraram que houve redução no número de municípios com escassez de médicos, ocorreu uma expansão no acesso aos serviços de saúde nas regiões mais vulneráveis e houve redução nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios participantes, com satisfação bastante positiva dos usuários e gestores (COMES ET AL., 2016; GIRARDI ET AL., 2016; SANTOS ET AL., 2017).

Com o intuito de incidir sobre o processo de formação de profissionais médicos no Brasil, foi elaborado um plano de expansão de vagas na graduação e na residência em medicina em todo o País, envolvendo instituições públicas e privadas, proporcionando a descentralização da formação e a interiorização

das Instituições de Ensino Superior (BRASIL, 2015). Essas ações estão sob a responsabilidade do Ministério da Educação (MEC) em conjunto com o Ministério da Saúde.

Entretanto, nem todas as características do PMM relacionadas nos parágrafos acima integravam a redação do texto da MP nº 621. As emendas apresentadas para alteração da MP modificaram aspectos do Programa tanto no provimento emergencial de médicos, representado pelo Capítulo IV da Medida, quanto na abertura de cursos de medicina e formação médica no Brasil (Capítulos II e III), tendo sido incorporadas à versão final do texto da Lei nº 12.871.

Dessa forma, este artigo tem como objetivo analisar os avanços e retrocessos registrados nos atos normativos que instituíram o Programa, ou seja, os interesses em disputa identificados na análise das emendas à MP nº 621 até sua conversão à Lei nº 12.871, à luz dos princípios constitucionais do SUS.

Metodologia

Para realizar esta pesquisa documental, optou-se por abordagens quantitativa e qualitativa. Para fins de análise, o núcleo temático das 575 emendas propostas à MP foi classificado, de modo independente, por dois pesquisadores. Um terceiro autor deste estudo ajuizou os casos de classificação divergente. Os dados foram tabulados, e a frequência simples foi calculada.

O método qualitativo é adequado quando o objetivo é conhecer, descrever e interpretar um fenômeno. Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa constitui uma possibilidade para conseguir não só uma aproximação com aquilo que se deseja conhecer e estudar, mas também de criar o conhecimento partindo da realidade.

Realizou-se a análise das peças legislativas a partir da sua estrutura: epígrafe (natureza, número e data); ementa (descrição sucinta do seu conteúdo); preâmbulo (justificativa); corpo da norma (texto relacionado

com a matéria); fecho (medidas necessárias à implementação, disposições transitórias, cláusula de vigência e cláusula de revogação); assinatura e anexos.

A análise da forma das emendas apresentadas à MP nº 621/2013 e da Lei nº 12.871/2013 foi orientada pela Lei Complementar nº 95/1998, que define o modo como devem ser grafados a epígrafe, a ementa e o preâmbulo de leis, decretos e demais atos de regulamentação expedidos por órgãos do Poder Executivo (BRASIL, 1998).

Quanto à análise do conteúdo, foram realizadas leituras sucessivas, identificação de núcleos de conteúdo, comparação, quantificação quando pertinente e interpretação (MINAYO, 2010). O objetivo da interpretação foi tentar perceber os significados muitas vezes não expressos no corpo da norma, à luz do contexto histórico e institucional, no cenário da dinâmica política registrada no processo parlamentar que tratou do PMM.

Resultados e discussão

O PMM foi instituído por MP sob a justificativa de relevância e urgência. Segundo o art. 62 da Constituição Federal (CF) de 1988, o Presidente da República pode adotar esse dispositivo, mas tais medidas perdem sua validade se não forem convertidas em lei no prazo de 60 dias. Houve pedido de solicitação do prazo inicial, fazendo com que a Lei fosse aprovada em outubro de 2013 em tempo hábil.

Identificaram-se significativas alterações entre os atos normativos referidos, evidenciando o conjunto dos interesses envolvidos no processo tanto no sentido de seu aperfeiçoamento como do seu desvirtuamento. Tais mudanças serão apresentadas conforme a ordem em que aparecem na Lei, acompanhadas de discussão sobre as emendas relacionadas e as motivações que levaram à redação final.

Os temas abordados pelas emendas propostas à MP foram classificados utilizando os passos descritos na metodologia e estão apresentados na *tabela 1* e na *tabela 2*:

Tabela 1. Emendas apresentadas à Medida Provisória nº 621/2013 segundo o Capítulo no qual a alteração foi proposta. Brasil, 2013

Capítulo da Medida Provisória	Nº de Emendas	Percentual
II Autorização para Funcionamento dos Cursos de Medicina	65	11,3
III Formação Médica no Brasil	95	16,5
IV Projeto Mais Médicos para o Brasil	357	62,1
V Disposições Finais	42	7,3
Emendas não relacionadas com o Programa Mais Médicos	16	2,8
Total	575	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2. Emendas apresentadas à Medida Provisória nº 621/2013 segundo o núcleo temático de seu conteúdo e em ordem decrescente de ocorrência. Brasil, 2013

Capítulo	Núcleo Temático da Emenda	Quantidade	Percentual
IV	Exige revalidação dos diplomas médicos obtidos no exterior	90	15,6
II	Modifica critérios para os novos Cursos de Medicina	65	11,3
III	Modifica ou regulamenta o Segundo Ciclo do Curso de Medicina	64	11,1
IV	Veda a prorrogação do período de participação	37	6,4
IV	Dispõe sobre outras propostas relacionadas com o Projeto Mais Médicos para o Brasil	36	6,3
IV	Regulamenta valores de Bolsas e Ajudas de Custo para os Integrantes do PMM	34	5,9
IV	Garante direitos trabalhistas	32	5,6
III	Suprime o Segundo Ciclo do Curso de Medicina	31	5,4
IV	Responsabiliza o supervisor pelas ações do médico	28	4,9
Diversos	Dispõe sobre outras propostas não relacionadas com o Programa Mais Médicos	24	4,2
IV	Exige do médico intercambista proficiência em língua portuguesa	20	3,5
V	Retira do Ministério da Saúde e Ministério da Educação a possibilidade de acordos ou transferências para entidades privadas	18	3,1
IV	Institui por Lei o Revalida e o regulamenta	17	3,0
IV	Modifica documentação exigida para ingresso no programa	17	3,0
IV	Retira a obrigação do CRM de expedir o registro provisório	16	2,8
V	Suprime Bolsa da EBSERH	16	2,8
IV	Propõe critérios para Supervisão e Tutoria do Médico Intercambista	15	2,6
IV	Exige respeito aos Princípios de Reciprocidade entre os países	15	2,6
Total		575	100

Fonte: Elaboração própria.

Agregadas no núcleo temático 'Dispõe sobre outras propostas relacionadas ao Projeto Mais Médicos para o Brasil', encontram-se emendas com objetivos diversos: emendas que pretenderam modificar o mecanismo de avaliação no ingresso do médico intercambistas no Projeto, proibir que os dependentes legais do médico intercambista exercessem atividades remuneradas no Brasil e duas emendas que visavam substituir o Segundo Ciclo do Curso de Medicina por 'serviço social profissional obrigatório'.

Quanto ao 'serviço social profissional obrigatório', Rezende (2013) reconhece a validade da criação, por lei, de serviços civis obrigatórios, mas argumenta que a instituição de treinamento em serviço para estudantes de medicina desenvolvido exclusivamente no âmbito do SUS com um caráter híbrido de requisito de formação profissional e serviço civil obrigatório padeceria de vício de inconstitucionalidade por ausência do pressuposto de urgência, ao qual se refere o art. 62. da CF.

Já entre as emendas agrupadas no núcleo temático 'Dispõe sobre outras propostas não relacionadas ao PMM', chamou a atenção a diversidade das propostas do tipo 'jabuti' (como são tratados no jargão da Câmara), ou seja, aquelas emendas em completa dissonância em relação ao objeto da MP. Nesse grupo, destacam-se a 'isenção de multas de dívidas de estados e municípios' e a 'extinção do Exame da Ordem dos Advogados do Brasil', sendo esta última de proposição do Deputado Eduardo Cunha.

Ao comparar o texto da MP com a Lei, observa-se que, na epígrafe da Lei, foram introduzidas referências às modificações nas Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que não existiam na MP. Os aspectos de acréscimos ou mudanças de legislação anterior que a MP incorporou são inerentes ao processo legislativo que sempre deve cuidar de verificar como o tema é tratado em outras leis para que não ocorram incoerências ou contradições.

Na Lei nº 8745, que dispõe sobre a

contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, foi acrescida no art. 2º a admissão de professores para suprir demandas excepcionais de programas e projetos que visam ao aperfeiçoamento de médicos de atenção básica. A inclusão foi fruto de emendas que discutiam a necessidade de mais docentes em instituições federais de ensino superior para viabilizar a abertura de vagas em cursos públicos de medicina. Projetava-se na época a abertura de mais 38 cursos públicos de medicina, especialmente em regiões interioranas e de fronteira (COSTA ET AL., 2015).

Na Lei nº 6.932, que dispõe sobre as atividades do médico residente, foi acrescido no art. 1º o parágrafo 3º que especifica que a residência médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil e determina regras para as instituições certificadoras. Essa inclusão está diretamente relacionada com emendas que extinguíram o Segundo Ciclo formativo no PMM e que tiveram como consequência mudanças no formato de ingresso na residência médica por meio da especialidade de Medicina Geral de Família e Comunidade.

Apresenta-se a seguir a análise do corpo das normas.

Ao comparar o corpo da MP com a Lei, não se observam alterações no texto no Capítulo I – Disposições Gerais, tendo em vista que não foram apresentadas emendas relacionadas com esse capítulo.

No Capítulo II, que trata 'Da Autorização para o Funcionamento de Cursos de Medicina', foram acrescentados parágrafos que reafirmaram o disposto na MP sobre a obrigatoriedade de critérios de necessidade social para a oferta do Curso de Medicina, mas que se diferenciaram da MP ao permitir: a abertura de cursos a partir da iniciativa de unidades hospitalares que fossem certificadas como de ensino ou que possuísem pelo menos dez programas de residência médica; e ao estender os parâmetros de rede de serviços de saúde aos cursos já existentes por

meio da incorporação desses requisitos no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes). Tais conteúdos foram incorporados a partir de emendas que geraram o segundo principal núcleo temático analisado, relativo a modificações na abertura dos cursos de medicina.

Essas modificações definiram um novo marco regulatório para a abertura de cursos de medicina no Brasil, pois passaram a exigir que sejam avaliados critérios relacionados com a necessidade social dessa formação médica e a condicionar a criação do curso de graduação à estrutura da rede de serviços de saúde. Com isso, estabeleceu-se regulamentação específica para os cursos de graduação de medicina que extrapola a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Tais mudanças estão em consonância com a proposição de uma comissão internacional de especialistas em educação médica que sugere uma terceira geração de reformas na educação médica, evoluindo de um primeiro modelo, fortemente influenciado pelo Relatório Flexner, em que os currículos são baseados no paradigma científico, passando por uma geração na qual as escolas adotam a formação baseadas em problemas e chegando no modelo mais atual de sistemas de educação integrados aos sistemas de saúde e de ciência, tecnologia e inovação, dialogando com a importância do desenvolvimento de competências locais que tenham um olhar global (FRENK ET AL., 2010). Mesmo assim, as entidades corporativas foram contrárias às mudanças propostas, defendendo que novos cursos de medicina deveriam ser criados somente se houvesse hospitais universitários.

No Capítulo III, 'Da Formação Médica no Brasil', o texto sofreu significativas alterações. O art. 4º teve seu *caput* alterado, e foram retirados os incisos I e II, seguidos dos parágrafos 1º, 2º e 3º. Os parágrafos eliminados referiam-se à proposta de um Segundo Ciclo na formação médica envolvendo treinamento em serviço, exclusivamente na atenção

básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos. Nessa segunda fase, além da supervisão acadêmica da instituição de educação superior, o estudante se submeteria à supervisão técnica de médicos detentores de título de pós-graduação e receberia bolsa custeada pelo Ministério da Saúde (art. 4º, §§ 2º e 3º). A proposição do Segundo Ciclo foi uma das principais motivações para a Associação Brasileira de Educação Médica ter se posicionado contra a MP (GOMES; MEHRY, 2017).

Mesmo com a retirada do Segundo Ciclo, a Lei incorporou a necessidade de pelo menos 30% das atividades do internato ocorrerem em serviços de atenção básica e urgência e emergência no SUS (como previa o desenvolvimento de todo o novo ciclo de formação) e tornou obrigatório o cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as quais anteriormente só estavam previstas em portarias do MEC. Respeitou-se, ainda, o tempo mínimo de dois anos de internato, a ser disciplinado nas DCN.

Apesar da publicação por portaria das DCN de 2001 que preveem uma maior inserção dos estudantes na atenção básica, concluiu-se que ainda era insuficiente a atuação nesses serviços, mesmo em cursos orientados por essas diretrizes anteriores implantadas (ALMEIDA ET AL., 2007). Portanto a disposição de um percentual em lei do período mínimo de atividades nesse nível de atenção configurou-se como uma nova iniciativa de regulação da inserção nos serviços que precisará ser avaliada quanto a sua efetividade, ainda mais considerando as resistências quanto a práticas inovadoras de ensino.

O *caput* do art. 5º que trata sobre a residência médica foi modificado, e foram retirados os parágrafos 1º, 2º, 3º, 4º, mudanças realizadas com a finalidade de excluir o Segundo Ciclo da redação da Lei e incorporar as propostas relativas à formação no ingresso da residência médica. Dessa forma, manteve-se a duração do curso de medicina, que habilita o médico para o exercício

profissional, em seis anos, mas modificou-se o percurso para a formação do especialista, que passa a ter uma inserção importante na atenção básica com a Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC) e previsão de oferta de vagas para todos os concluintes da graduação, meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Estimava-se que o *deficit* na oferta de vagas para ingresso na residência médica no Brasil era de cerca de 4 mil em 2013 (BRASIL, 2015). Após a discussão no Congresso, a redação da Lei modificou a MP e incorporou um componente inédito na formação de especialistas médicos que é a universalização da residência médica, seguindo o exemplo do percurso formativo de outros países com sistemas universais de saúde onde há vagas de residência para todos os médicos que concluem a graduação (OECD, 2011).

Além disso, dialoga-se com a constatação de necessidade urgente de regular o acesso aos programas de residência médica, modificando a disponibilidade de vagas nos programas (AMORETTI, 2005). Dentro da estratégia discutida por Amoretti (2005), cita-se justamente a necessidade de ampliação de vagas na área de Medicina de Família e Comunidade (que na redação da Lei teve incluído o termo 'Geral' durante a relatoria do Congresso) já que o número de médicos com formação em atenção básica estava em patamares inferiores ao total de 5% dos médicos no Brasil (BRASIL, 2015).

O novo texto do art. 6º que orienta sobre as metas para a oferta de residência médica excluiu o parágrafo único e acrescentou os incisos I e II com as respectivas alíneas. Destaca-se a obrigatoriedade da residência em MGFC como critério de acesso à boa parcela das demais especialidades médicas. Os parlamentares, entretanto, mantiveram outras nove especialidades como de acesso direto, cabendo considerar que essas especialidades respondem por um número relativamente pequeno de vagas de residência:

Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades: I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades: a) Genética Médica; b) Medicina do Tráfego; c) Medicina do Trabalho; d) Medicina Esportiva; e) Medicina Física e Reabilitação; f) Medicina Legal; g) Medicina Nuclear; h) Patologia; e, i) Radioterapia. (BRASIL, 2013A).

Acrescentou-se, ainda, o art. 7º que definiu que o 'Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos' (BRASIL, 2013A), mas como pré-requisito para algumas especialidades consideradas básicas, definiu que somente o primeiro ano dessa residência será obrigatório:

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica: I - Medicina Interna (Clínica Médica); II - Pediatria; III - Ginecologia e Obstetrícia; IV - Cirurgia Geral; V - Psiquiatria; VI - Medicina Preventiva e Social. (BRASIL, 2013A).

Para as demais especialidades, deixou-se a critério do MEC, ouvidos a Comissão Nacional de Residência Médica e o Ministério da Saúde, o tempo de pré-requisito de MGFC, se um ou dois anos. Foi disciplinado ainda que o pré-requisito da MGFC seria válido somente a partir do momento em que houvesse a universalização da residência e que as atividades na rede saúde-escola dessa especialidade seriam coordenadas pelo Ministério da Saúde, que em conjunto com o MEC poderia complementar as bolsas de residência.

Ainda nesse Capítulo, outra importante mudança proposta pela relatoria do Congresso ao ouvir a Comissão de

Especialistas do MEC foi introduzida: as avaliações seriadas, a cada dois anos para o Curso de Graduação em Medicina e anualmente para os Programas de Residência Médica, sob responsabilidade de realização do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), órgão vinculado ao MEC. Essas mudanças estão em consonância com preocupações atuais na gestão acadêmica, a exemplo da implantação de instrumentos processuais como o teste de progresso (PINHEIRO ET AL., 2015).

Por fim, no Capítulo III, vale destacar a inserção da Seção Única que criou o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), também uma demanda apresentada pela Comissão de Especialistas do MEC à Relatoria do Projeto de Conversão em Lei com o objetivo de elencar diretrizes de pactuação entre as instâncias do SUS e as instituições de ensino, sob coordenação dos Ministérios da Educação e da Saúde:

Art. 12º. As instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica. (BRASIL, 2013A).

Conforme a *tabela 1*, 62% das emendas foram relativas ao Capítulo IV, 'Do Projeto Mais Médicos para o Brasil', tema de grande polêmica naquele momento por permitir o ingresso de médicos estrangeiros sem a realização do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida). Esse foi o Núcleo Temático com mais proposições conforme a *tabela 2*, com um total de 90

emendas solicitando a obrigatoriedade do exame. A exigência do Revalida foi um dos temas principais de mobilização das entidades médicas, que defendiam o exame como garantia de qualidade do médico que seria inserido no mercado de trabalho brasileiro (GOMES; MEHRV, 2017). Mesmo assim, a Lei não incluiu o Revalida, modificando somente o tempo de duração e o formato de avaliação do módulo de acolhimento e avaliação realizado quando do ingresso de médicos com registro no exterior.

O argumento que embasou a negativa dessas emendas era de que o Revalida era um exame de caráter restritivo, que não possuía um parâmetro de comparação com a formação no Brasil e que, ao mesmo tempo, autorizava para o médico aprovado o exercício da medicina em qualquer serviço e localidade, favorecendo assim a má distribuição de profissionais (BRASIL, 2015).

Também no que se refere ao ingresso do médico com registro no exterior, foi incluída a necessidade de que este, além de possuir conhecimento em língua portuguesa, deverá também, de acordo com inciso específico, conhecer as normas que organizam o SUS e os protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da atenção básica. Tais necessidades apresentadas por emendas, ao serem incorporadas na Lei, geraram modificações no Módulo de Acolhimento e Avaliação, etapa inicial obrigatória para todos os médicos com registro no exterior que ingressam no Mais Médicos.

O art. 16. teve os parágrafos 2º, 3º, 4º e 5º alterados e excluiu o parágrafo 6º da MP, retirando o papel dos CRM na emissão do registro para exercício profissional dos médicos provenientes do exterior, ficando assim redigido:

§ 2º A participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, atendida pela coordenação do Projeto, é condição necessária e suficiente para o exercício da Medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável o art. 17 da

Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

§ 3º O Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da Medicina nos termos do § 2º. (BRASIL, 2013A).

Segundo essa nova redação, ao emitir o registro único do médico intercambista, o Ministério da Saúde passa a reconhecer o exercício profissional da medicina no Brasil, prerrogativa que era exclusiva dos CRM. Mesmo assim, o Ministério da Saúde tem a obrigatoriedade de informar aos CRM os registros emitidos, que seguem com a prerrogativa de fiscalização do exercício médico. O fato de o registro profissional deixar de ser prerrogativa exclusiva dos conselhos de medicina enfrentou resistência por parte das entidades médicas inicialmente, mas acabou sendo aceito durante a negociação do texto final da Lei (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2013).

Foi acrescentado um artigo relativo à concessão de pontuação adicional nos processos seletivos da residência médica para profissionais que tivessem inserção na atenção básica. Isso fez reconhecer o que já ocorria na prática com o desenvolvimento de ações como o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (Provab), principal iniciativa de provimento do Ministério da Saúde antes do Mais Médicos e que foi incorporado a esse programa.

O Capítulo V, de 'Disposições Finais', teve somente 7,2% de emendas apresentadas ao texto da MP, mas acabou tendo acréscimos diversos, a exemplo do art. 26. que possibilita que, além da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) também possa conceder bolsas para ações de saúde.

No art. 27., foram acrescentados dois parágrafos que regulamentaram as atividades de fortalecimento da preceptorial já propostas na MP, mas que com a Lei também passaram

a ser contabilizadas na avaliação de desempenho docente e na previsão de medidas que ampliam a formação de preceptores da residência médica.

A partir das emendas, foi incluído no art. 30. da Lei o número máximo de médicos estrangeiros no Programa, que não pode exceder o equivalente a 10% dos médicos com registro no Brasil inscritos nos CRM. Além disso, estabeleceu-se um prazo de cinco anos para qualificar as unidades básicas de saúde com equipamentos e infraestrutura.

Finalizando a comparação do Capítulo V, registra-se que foram acrescidos mais três artigos que tratavam da supervisão dos médicos no Programa e do Cadastro Nacional de Especialistas. Considerando o papel do supervisor e do tutor de acompanhar as atividades dos médicos na atenção básica, foi garantida na Lei a defesa desses profissionais pela Advocacia Geral da União como representação judicial e extrajudicial.

O Cadastro Nacional de Especialistas já estava previsto em portaria do Ministério da Saúde, mas, ao ser incluído na Lei (já que não constava na MP), dispôs que a certificação de especialistas médicas se submete às necessidades do SUS e obrigou as entidades médicas a encaminhar seus registros de especialistas para o Ministério da Saúde. Entende-se que a disponibilidade dessas informações é um passo fundamental para o planejamento da gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2015).

Cabe ressaltar também um dispositivo proposto na Relatoria e presente no Projeto de Lei de Conversão da MP nº 621 que é o Fórum Nacional de Ordenação de Recursos Humanos na Saúde, o qual acabou não sendo incluído no texto final da Lei por demanda das entidades médicas. O Conselho Federal de Medicina (CFM) apoiou a aprovação da Lei em virtude da retirada do Fórum (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2013), que teria composição multiprofissional, com caráter consultivo e teria a finalidade de propor diretrizes para a competência de cada profissão em saúde no Brasil.

A Associação Brasileira de Medicina defendeu que o PMM criava uma 'Medicina dos Pobres', e o CFM caracterizou a MP como a maior agressão sofrida pelos médicos do Brasil, representando grave risco à saúde da população e piora da formação médica. Avalia-se que a mobilização das entidades não foi suficiente para deter o Programa, e o apoio do CFM ao texto final gerou cisão no movimento médico (GOMES; MEHRY, 2017).

Para ter validade, os atos normativos devem ser assinados pela autoridade competente. Os dois textos jurídicos foram assinados pela Presidente Dilma Rousseff, pelo Ministro da Educação Aloízio Mercadante, pelo Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha e pela Ministra do Planejamento, Orçamento e Gestão Miriam Belchior, e a Lei também foi assinada por Luís Inácio Lucena Adams, Advogado Geral da União do Brasil.

Considerações finais

À guisa da conclusão, pode-se aludir que a baixa razão de médicos por habitante e sua má distribuição nas regiões e municípios brasileiros são importantes desafios à universalização do acesso ao SUS e que o PMM representou uma vigorosa iniciativa governamental voltada a sanar essa carência histórica de médicos em dezenas de regiões subservidas e/ou de grande vulnerabilidade social e sanitária.

O SUS constitucional tem como princípio a universalização e a integralidade da assistência à saúde, o que exige a conformação de redes de serviços acessíveis em todo o território nacional. Entretanto, registra-se a dificuldade de garantir a presença e a fixação de médicos e de outros profissionais da equipe de saúde em muitas regiões do País. Diagnosticada a escassez, o PMM incide sobre a falta de médicos em curto e médio prazo, ao associar o provimento à ampliação e mudanças na formação do profissional,

o que parece essencial para a prestação de cuidados de forma continuada aos usuários e suas famílias.

A permanência de tais profissionais facilita a criação de vínculo com as comunidades, contribuindo para que a atenção primária se consolide e favorecendo que se torne a ordenadora do cuidado e a coordenadora das redes integrais. Também favorece a compreensão dos processos de saúde e doença, permitindo aos serviços incidir sobre o conjunto de seus determinantes sociais e culturais, auxiliando na formulação de estratégias mais adequadas às necessidades da população.

Os resultados deste estudo apontam que, a despeito de ter sido duramente criticada pelas entidades médicas por ocasião do debate parlamentar, o processo desenvolvido no Congresso Nacional permitiu avanços na legislação do PMM. Destaque particular deve ser dado às DCN e à interiorização das escolas médicas, que poderá contribuir para a fixação de médicos nos respectivos territórios. A Lei do Mais Médicos estabelece-se, assim, como marco para a criação ou aperfeiçoamento de condições para um maior acesso da população brasileira aos serviços de saúde.

Com disputas que seguiram além daquele momento, as mudanças na formação curricular também foram significativas na Lei, com acréscimos importantes após a MP. Elas passaram a ter uma quase exclusividade no debate a partir do momento em que o provimento se consolidou e recebeu a aprovação da sociedade. Com isso, setores que não concordavam com as mudanças na formação, e principalmente com a regulação da formação de especialistas no País, passaram a questionar mais fortemente as disposições da Lei nesse campo, as quais evidentemente apontam para uma escola médica vinculada ao sistema de saúde e, portanto, em consonância com o debate internacional. Proposições que excluem mecanismos de regulação da formação na Lei levariam a retrocessos importantes na gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS.

Apesar de a legislação ser estanque e a realidade dinâmica, o aprimoramento do processo de construção social e da cidadania demanda o exercício democrático do debate e do contraditório, em nome do interesse público. O árduo caminho do processo legislativo no caso da MP nº 621, orientado por forte tensão corporativa e por posições

francamente contrárias à estratégia de prover profissionais médicos aos municípios, representou um momento culminante do acirramento entre posições ideológicas antagônicas que sucederam naquela casa e no País. Por isso o tema aqui abordado merece mais estudos, sob outras perspectivas e olhares. ■

Referências

- ALMEIDA, M. J. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.
- AMORETTI, R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.
- ANDRÉS, A.; CARVALHO C. V. *Medida Provisória 621, de 2013*. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnotec/notas-descritivas-sobre-medidas-provisorias/2013>>. Acesso em: 16 fev. 2016.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- _____. Lei nº 6.932, de 7 de julho 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 7 jul. 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6932.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- _____. Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 9 dez. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8745cons.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- _____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 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] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 out. 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 16 fev. 2016.
- _____. Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos que menciona. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF,

- 26 fev. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp95.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- _____. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 9 jul. 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. *Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/03/livro-maismedicos-2015.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Relator da MP do Mais Médicos fecha acordo com Conselho Federal de Medicina, 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/454027-RELATOR-DA-MP-DO-MAIS-MEDICOS-FECHA-ACORDO-COM-CONSELHO-FEDERAL-DE-MEDICINA.html>>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- CARRYL, J. A. M.; ROSSATO, L.; PRADOS, R. M. N. Programa Mais Médicos. *Revista Diálogos Interdisciplinares*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 1-8, 2016. Disponível em: <<https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/161>>. Acesso em: 26 jan. 2017.
- CARVALHO, F. C. A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística. In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO SUL, 15., 2014, Palhoça, *Anais...* Palhoça: Unisul, 2014. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu/documents/37695555/INTERCOM_SUL_2014_-_MAIS_MEDICOS_E_OPINIAO_PUBLICA_-_FERNANDA_CAVASSANA.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2017.
- COMES, Y. et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016.
- COSTA, A. M. et al. Mais (e Melhores) Médicos. *Tempus, actas de saúde coletiva*, Brasília, DF, v. 9, n. 4, p. 175-181, dez, 2015.
- FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, Londres, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.
- GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação*, Botucatu, jul. 2017.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Sistema de Indicadores de Percepção Social: Saúde*. Brasília, DF: IPEA, 2011. Disponível em: <http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em 26: jan. 2017.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Health at a Glance 2011*. [S. l.]: OECD, 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en>. Acesso em: 15 mar. 2016.
- OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.
- PINHEIRO, O. L. et al. Teste de Progresso: uma Ferramenta Avaliativa para a Gestão Acadêmica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 68-78, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02182013>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

REZENDE, R. M. A *Constitucionalidade dos Serviços Obrigatórios e o Programa Mais Médicos*. Brasília, DF: CONLEG, 2013. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/496330>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

SANTOS, L. M. P. *et al.* Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*, [S. l.], v. 95, p. 103-112, 2017.

_____. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.

Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/12/artigo28_12-2015.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2017.

SCHEFFER, M. (Coord.). *Demografia Médica no Brasil*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2013.

Recebido para publicação em fevereiro de 2017
Versão final em agosto de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Pesquisa financiada no Edital nº 41 CNPQ/MCT/Decit/MS. Processo número 40351/2013

Anexo IV – Representações Sociais de estudantes de medicina com as mudanças na formação do Programa Mais Médicos

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ESTUDANTES DE MEDICINA: MUDANÇAS INTRODUZIDAS PELO PROGRAMA MAIS MÉDICOS*

SOCIAL REPRESENTATIONS OF MEDICAL STUDENTS AFTER CHANGES IN MEDICAL TRAINING INTRODUCED BY THE MORE DOCTORS PROGRAM

Felipe Proença de Oliveiraⁱ

Leonor Maria Pacheco Santosⁱⁱ

Helena Eri Shimizuⁱⁱⁱ

***Artigo aprovado para a Revista Trabalho, Educação e Saúde, em fase final de editoração**

Resumo

Há iniciativas, em diversos países, de adequar a formação médica às necessidades dos sistemas de saúde. No Brasil, o Programa Mais Médicos introduziu as modificações mais recentes estabelecendo um novo marco regulatório na formação médica exposto nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais, enfatizando o desenvolvimento de capacidades profissionais na atenção básica. Neste estudo, buscou-se analisar as representações sociais de estudantes de medicina sobre o trabalho na atenção básica no contexto de implantação das referidas diretrizes. Para tanto, 149 estudantes de medicina de cursos públicos ‘tradicionais’ e ‘novos’ da Região Nordeste responderam a um questionário sociodemográfico e a um roteiro de evocação livre no segundo semestre de 2017. Os resultados demonstram um perfil de estudantes correspondente à ‘primeira geração universitária’ nas escolas ‘novas’. Nestas escolas, as representações sociais dos estudantes de medicina são mais condizentes com as novas diretrizes, com destaque para a evocação de termos como ‘vínculo’, ‘responsabilidade’ e ‘comunidade’. Nas escolas ‘tradicionais’, os termos mais destacados foram ‘desvalorizado’ e ‘precariedade’, sugerindo uma vivência insuficiente destes estudantes na atenção básica. Espera-se que as experiências inovadoras analisadas possam ser multiplicadas e aprofundadas na radicalidade necessária para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde em uma formação de acordo com as necessidades sociais.

Palavras-chave Programa Mais Médicos; educação médica; atenção básica; atenção primária; diretrizes curriculares.

Palabras clave Programa Mais Médicos; educación médica; atención básica; atención primaria; directrices curriculares.

Abstract

Several initiatives seek to adapt medical training to the needs of health systems. In this sense, the More Doctors Program established a new regulatory framework in medical education with new curriculum guidelines. This study aimed to analyze its influence on social representations of medical students in relation to the work performed in primary care. For this reason, 149 students in the 7th semester of 'traditional' courses and 'new' courses from federal universities answered a socio-demographic questionnaire and a free recall script, with subsequent hierarchy of items. The results show social representations that are more consistent with the new curriculum guidelines regarding the work performed in primary care among students from 'new' schools, with special attention to the recall of "bond," "responsibility," "community," and "care." These experiences should be reproduced and deepened in the radicality required to strengthen the Unified Health System in Brazil.

Keywords More Doctors Programs; medical training; primary health care; primary attention; curriculum guidelines.

Introdução

Em todo o mundo, os sistemas de saúde têm passado por profundas mudanças, fruto de transições demográficas, epidemiológicas e econômicas (Crisp e Chen, 2013). Um dos componentes críticos para garantir um sistema de saúde universal é o da formação e alocação dos trabalhadores em saúde. Nesse contexto, vários países sofrem com a escassez de médicos: a disponibilidade desses profissionais em número suficiente, e alocados nas regiões necessárias, é um importante desafio que se impõe (Póvoa e Andrade, 2006; Grobler, 2009).

A literatura aponta que as estratégias para enfrentar a problemática de atrair e fixar médicos em áreas remotas incluem diferentes dimensões, entre elas o desenvolvimento de políticas educacionais (Lehmann et al., 2008; Chen, 2010; Viscomi et al., 2013). Nesta dimensão, destaca-se o trabalho elaborado por uma comissão independente de 20 pesquisadores de diversos continentes em 2010, que fez uma análise crítica dos avanços e limites do Relatório Flexner, cem anos após o seu lançamento. Intitulado *Educational of Health Professionals for the 21^o Century*, o relatório desta comissão, publicado na Revista *The Lancet*, destaca que as mudanças na formação desencadeadas pelo Relatório Flexner possibilitaram melhorias nos indicadores de saúde. Entretanto, não conseguiram enfrentar as iniquidades desse setor e necessitam de revisões com bases em novos problemas de saúde enfrentados no século atual (Frenk et al., 2010).

Ao mesmo tempo em que se faz a análise dos limites do modelo de formação baseado no Relatório Flexner, a comissão recomenda reformas da educação médica que possibilitem a sinergia das ações das instituições de ensino com as iniciativas dos sistemas de saúde. O relatório aponta a falta de sintonia da formação com as mudanças ocorridas nos sistemas de saúde, enfatizando que os cursos de medicina apresentam, em geral, currículos fragmentados,

desatualizados e estáticos, não conseguindo enfrentar as iniquidades persistentes nos sistemas (Frenk et al., 2010).

A necessidade de mudanças na formação em saúde no Brasil foi motivação para uma série de ações governamentais nos últimos anos. A iniciativa de maior abrangência nessa área, contemplando aspectos regulatórios e normativos, foi o Programa Mais Médicos (PMM), criado por meio da Medida Provisória n. 621/2013, posteriormente convertida na lei n. 12.871/2013 (Brasil, 2013b). Entre as iniciativas para a mudança da formação médica, o PMM propôs reordenar a oferta de cursos de medicina e de vagas de residência médica; estabelecer novos parâmetros para a formação médica no Brasil; e promover aperfeiçoamento de médicos na área da atenção básica por meio de iniciativas de integração ensino-serviço (Brasil, 2015).

São recorrentes as análises e relatos de que a formação médica não está de acordo com as necessidades sociais e, portanto, não consegue corresponder ao que é preconizado para o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao observar a atitude do estudante de medicina no Brasil, Feuerwerker (2002) critica o modelo pedagógico da graduação e as dificuldades de estabelecer atividades práticas que reflitam a realidade do sistema de saúde. Na referida obra, a autora menciona que “quase ninguém examina, nem conversa, nem se responsabiliza pelos pacientes, esse é o modelo de prática que tem sido oferecido aos estudantes” (Feuerwerker, 2002, p. 12-13).

Amoretti (2005) descreve a formação como essencialmente positivista, centrada na competência profissional e na busca de qualificação somente em determinada especialidade. Ele entende que o paradigma biomédico vigente insiste em privilegiar as tecnologias em detrimento aos exames clínicos na definição dos diagnósticos. Além disso, cria-se na formação uma expectativa liberal e autônoma da profissão médica, que pode corresponder à realidade de alguns poucos professores, mas não encontra sustentação na atual situação do mercado de trabalho

médico para a imensa maioria dos profissionais. Os estudantes formados nesse modelo são críticos ao SUS e defendem posturas corporativistas (Amoretti, 2005). Uma das consequências da formação médica centrada no olhar de especialistas em detrimento de generalistas, associada ao envelhecimento da população, seria uma escalada nos custos para os sistemas de saúde, sem proporcional melhoria das condições de saúde da população (Batista et al., 2015).

Além disso, o processo de formação ocasiona distorções com a transição de uma representação idealista da profissão médica ao início da formação, intrinsecamente humanista, para uma representação tecnicista-cientificista, voltada para uma atuação profissional especializada. Esta concepção pode explicar, entre outras consequências, uma especialização precoce do futuro médico, contribuindo ainda mais para o distanciamento entre a formação e as necessidades do sistema de saúde (Aguilar, 2001).

Baseado em elaborações que propõem a transformação da educação médica, como as da Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), a formulação do PMM dedicou atenção especial para a formação médica. Foi elaborado um capítulo específico sobre o tema na medida provisória n. 621/2013. Suas propostas geraram grande discussão, que culminaram na conversão da medida provisória na lei n. 12.871/2013 (Oliveira et al., 2017). Entre as medidas propostas, estava a publicação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Graduação em Medicina.

As novas DCNs foram aprovadas pela resolução do Ministério da Educação n. 3, de 20 de junho de 2014 (Brasil, 2014), tendo como principal eixo a aproximação do processo de formação com as necessidades de saúde da população e ao modo de organização do SUS. Tradicionalmente, Instituições de Ensino Superior compatibilizavam os currículos acadêmicos de maneira incipiente com as DCNs, comprometendo a inserção de novos profissionais no sistema

público de saúde (Miranda et al., 2009). Somente a partir da promulgação da Lei do Mais Médicos, a adoção das DCNs tornou-se obrigatória (Oliveira et al., 2017).

Entre os destaques das novas DCNs estão a necessidade de uma maior inserção do estudante na Atenção Básica (AB), a exemplo do que é proposto no internato. Nesta situação, há uma carga horária de 30% que engloba AB e urgência e emergência. Outros destaques das novas DCNs são o desenvolvimento do perfil de competência do graduando nas dimensões de gestão, atenção e educação em saúde, bem como a adoção de metodologias centradas no aluno, tendo o professor como mediador do processo ensino-aprendizagem (Brasil, 2014). É possível que a combinação dessas disposições viabilize a formação de um médico mais adequado às necessidades do SUS, considerando que mudanças isoladas, a exemplo de cursos que adotaram a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) demonstraram limitações em atingir as transformações esperadas (Gomes e Rego, 2011).

Além das DCNs, o PMM propôs critérios para a abertura de cursos de medicina em municípios do interior de estados com baixo número de vagas por habitante, bem como dispôs sobre uma avaliação progressiva dos estudantes de medicina realizada ao longo do curso. Do mesmo modo, trouxe um novo percurso formativo para a especialização do profissional, por meio da residência de medicina de família e comunidade com a criação de vagas de residência médica em número suficiente para todos os egressos da graduação (Brasil, 2015). Espera-se, com esse novo marco regulatório, que ocorram mudanças nas concepções que os estudantes de medicina têm sobre a prática médica e o sistema público de saúde, principalmente em cursos cuja criação foi impulsionada pelo PMM e que observaram as DCNs de 2014 desde o início do seu desenvolvimento.

Busca-se, neste trabalho, analisar como os estudantes de medicina estão percebendo essas modificações e compreendendo a importância na sua formação (vislumbrando a futura prática profissional) da temática sobre o trabalho na atenção básica. Para tanto, interessou estudar as representações sociais dos estudantes de medicina, em cursos ‘tradicionais’ que formam médicos há décadas e cursos ‘novos’, criados em iniciativas potencializadas pelo PMM.

Procedimentos Metodológicos

Este estudo é uma das dimensões da pesquisa intitulada Impacto das Diretrizes Curriculares Nacionais na formação de médicos: atitudes e representações sociais de estudantes de medicina no interior e capitais da Região Nordeste, cujo objetivo é avaliar em que grau os efeitos pretendidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 provocaram diferentes representações sociais e atitudes acerca da formação e do trabalho médico no SUS, em Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) da Região Nordeste.

Neste artigo, analisa-se uma parte da pesquisa que dialoga com as representações sociais, na medida em que buscam compreender o significado e a intencionalidade de forma inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais. Desse modo, trabalha-se um universo de significados, aspirações, sentimentos, crenças e valores (Minayo, 2013). Busca-se, portanto, compreender as representações sociais dos estudantes de medicina em determinadas IFES da Região Nordeste.

Em um primeiro momento, foi realizado um estudo descritivo para conhecimento do perfil dos estudantes e, em seguida, um estudo qualitativo, baseado na grande teoria das representações sociais (Moscovici, 2010) e na teoria complementar do núcleo central (Abric, 1993).

As representações sociais são elementos simbólicos que as pessoas expressam mediante o uso das palavras e gestos. Também podem ser definidas como mensagens mediadas pela linguagem, construídas socialmente e, necessariamente, ancoradas no âmbito do contexto do indivíduo que as emite (Minayo, 2013). Enquanto se cria a representação de um objeto, também o sujeito se constitui. Quando o sujeito expressa uma opinião sobre um objeto, supõe-se a contribuição para a elaboração de uma representação (Franco, 2004).

As representações sociais não são necessariamente conscientes. Perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual, que se reproduz e se modifica a partir das estruturas e das relações coletivas e dos grupos. Nelas estão presentes elementos tanto da dominação como da resistência, tanto das contradições e dos conflitos como do conformismo (Shimizu et al., 2015).

Ao abordarem-se as representações sociais, dois conceitos são importantes: a objetivação e a ancoragem (Minayo, 2013). A objetivação pode ser definida como a transformação de uma ideia, de um conceito ou de uma opinião em algo concreto. Cristaliza-se a partir de um processo figurativo e social e passa a constituir o núcleo central de uma determinada representação, seguidamente evocada, concretizada e disseminada como se fosse o real daqueles que a expressam. A ancoragem constitui-se na parte operacional do núcleo central e na sua concretização, mediante apropriação individual e personalizada por parte de diferentes pessoas constituintes de grupos sociais diferenciados.

Para os objetivos desta pesquisa, também foram empregados os conceitos de núcleo central e núcleo periférico, definidos por Sá (1996). O núcleo central é marcado pela memória coletiva, refletindo as condições históricas, sociológicas e ideológicas do grupo; constitui base comum, consensual coletivamente partilhada das representações, propiciando homogeneidade do

grupo social. É estável, coerente, resistente à mudança, assegurando, assim, a continuidade e a consistência da representação; é relativamente pouco sensível ao contexto social e material imediato no qual a representação se manifesta. Já o núcleo periférico permite a integração das experiências e histórias individuais; suporta a heterogeneidade do grupo e as contradições; é evolutivo e sensível ao contexto imediato.

Com vistas à exequibilidade da pesquisa, foram estudados quatro cursos de medicina de IFES da Região Nordeste, sendo dois criados antes da década de 60 (grupo ‘tradicional’) e dois criados no ano de 2014 (grupo ‘novo’). A escolha da Região Nordeste justifica-se pelo histórico de carência de médicos. Seus estados apresentam baixas taxas de médicos por mil habitantes. Foram selecionados, por sorteio, dois cursos ‘novos’ em regiões do interior (sem oferta anterior de medicina) e, posteriormente, escolhidos os cursos das capitais dessas regiões, da mesma IFES do curso do interior, correspondendo ao grupo ‘tradicional’.

Foi realizada a análise do Projeto Político Pedagógico desses cursos, por meio da qual foi possível observar que, nos ‘tradicionais’, não havia reformas curriculares recentes. Verificaram-se disciplinas isoladas de inserção na atenção básica; já a metodologia apresentava um predomínio de uso da transmissão. Nos cursos ‘novos’, o currículo foi estruturado a partir do preconizado nas DCNs de 2014, com metodologias ativas de ensino-aprendizagem e inserção semanal e longitudinal na atenção básica.

A pesquisa ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2017 e foram convidados a participar todos os estudantes do sétimo semestre desses cursos. O referido semestre correspondia à etapa em que se encontravam a primeira turma dos cursos ‘novos’, sendo, portanto, a turma mais avançada em que seria possível desenvolver os instrumentos da pesquisa. Para tanto, o pesquisador esteve presente em um dia de aulas dos estudantes no curso, sem aviso prévio e com

a anuência do professor responsável pela disciplina ou módulo. Na ocasião, explicou sobre a participação voluntária e o sigilo dos dados individuais conforme termo de consentimento livre e esclarecido.

Entre os 198 estudantes matriculados no sétimo semestre desses cursos, 159 compareceram à aula no dia da aplicação do instrumento, dos quais 149 aceitaram participar voluntariamente do estudo, sendo 68 dos cursos ‘tradicionais’ e 81 dos cursos ‘novos’. Em um primeiro momento, os participantes responderam a um questionário sociodemográfico, baseado em perguntas semelhantes às aplicadas no questionário do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE). No segundo momento, preencheram um roteiro de evocação livre, em que citavam três palavras que lhe ocorressem, imediatamente, em relação ao termo ‘trabalho em atenção básica’. Em seguida, os estudantes enumeraram, em ordem de importância, as palavras ou expressões escritas para a hierarquização dos itens (Abric, 1993; Shimizu et al., 2015).

Os dados do questionário sociodemográfico foram sistematizados no Microsoft Excel 2011 e com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0. Foi realizada a análise univariada com a construção da distribuição de frequências.

As palavras citadas no roteiro de evocação livre foram analisadas com o auxílio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq), que permite, através do uso de tabelas com palavras, identificar a estrutura das representações sociais. A hierarquização também foi processada com auxílio do *software*, sendo utilizada de modo a reforçar ou reavaliar a colocação desses termos. Desse modo, foram priorizadas categorias e palavras em coerência com a análise desenvolvida na pesquisa qualitativa, buscando sintetizar as estruturas mais relevantes apresentadas pelos entrevistados e realizar um esforço de síntese que não desprezasse a riqueza das informações (Minayo, 2012).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, através do Parecer de n. 1.852.717.

Resultados e Discussão

Num primeiro momento, busca-se caracterizar quem são os sujeitos da pesquisa. Os itens questionados no perfil dos participantes estão dispostos na Tabela 1, a seguir, conforme divisão entre participantes de escolas ‘tradicionais’ e ‘novas’. Percebe-se uma série de semelhanças entre os grupos. Ao mesmo tempo, destaca-se a existência de diferenças em variáveis como idade, renda familiar, ocupação no momento, ingresso por política afirmativa, presença de médicos na família e motivo de escolha da IFES. Essas diferenças serão destacadas ao longo da discussão.

Visando aprofundar a reflexão no âmbito desta pesquisa, buscou-se analisar essas características com base nos dados nacionais do ENADE sobre os respondentes dos cursos de medicina. Os últimos dados disponibilizados são do ano de 2016, tendo a limitação de terem sido respondidos somente pelos estudantes de cursos com concluintes, não tendo, portanto a participação de estudantes das escolas ‘novas’, criadas em 2014. Mesmo assim, entende-se que tais dados podem auxiliar, na análise geral, por traçarem um perfil abrangente dos estudantes de medicina brasileiros no ano em que é aplicado.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos estudantes participantes da pesquisa em escolas ‘tradicionais’ e ‘novas’. Brasil 2017.

Tipo de Escola de Medicina Variáveis	Escola ‘tradicional’ (N=68)		Escola ‘nova’ (N=81)	
	Frequência (n)	Proporção (%)	Frequência (n)	Proporção (%)
Sexo				
Feminino	33	48,5	42	51,9
Masculino	35	51,5	39	48,1
Idade				

20 a 24 anos	50	73,6	49	60,5
25 anos ou mais	12	17,6	31	38,3
Não respondeu	6	8,8	1	1,2
Estado Civil				
Casado	1	1,5	9	11,1
Solteiro	66	97,1	69	85,2
União Estável	1	1,5	3	3,7
Escolaridade da Mãe				
Nenhuma	0	0,0	1	1,2
Ensino Fundamental	6	8,8	15	18,5
Ensino Médio	16	23,5	22	27,2
Ensino Superior	27	39,7	26	32,1
Pós-Graduação	19	27,9	17	21,0
Escolaridade do Pai				
Nenhuma	1	1,5	2	2,5
Ensino Fundamental	6	8,8	22	27,2
Ensino Médio	22	32,4	24	29,6
Ensino Superior	26	38,3	24	29,6
Pós-Graduação	13	19,1	9	11,1
Renda Familiar				
Até 1,5 salário mínimo	8	11,8	11	13,6
1,5 a 3 salários mínimos	8	11,8	16	19,8
3 a 4,5 salários mínimos	9	13,2	15	18,5
4,5 a 6 salários mínimos	9	13,2	15	18,5
6 a 10 salários mínimos	19	27,9	8	9,9
Acima de 10 salários mínimos	15	22,1	16	19,8
Financiado por programa governamental				
Sim	10	14,7	7	8,6
Não	58	85,3	74	91,4
Trabalha				
Sim	6	8,8	12	14,8
Não	62	91,2	69	85,2
Ingresso por política afirmativa				
Sim	19	27,9	37	45,7
Não	49	72,1	44	54,3
Escola predominante do Ensino Médio				
Privada	47	69,1	56	69,1
Pública	21	30,9	25	30,9
Tem familiar médico				
Sim	11	16,2	22	27,2
Não	57	83,8	59	72,8
Principal motivo para escolher medicina				
Influência Familiar	3	4,4	4	4,9
Mercado de Trabalho	16	23,5	15	18,5
Valorização Profissional	15	22,1	10	12,3
Vocação	34	50,0	52	64,2
Principal motivo para ter escolhido a IFES				
Facilidade de Acesso	0	0,0	2	2,5
Gratuidade	15	22,1	34	42,0
Proximidade	5	7,4	14	17,3
Qualidade	46	67,6	25	30,9
Única que obteve aprovação	2	2,9	6	7,4

Fonte: Os autores.

Com relação à renda e escolaridade dos pais, no grupo de escolas ‘novas’, há uma maior concentração nas faixas abaixo de seis salários mínimos e na conclusão de ensinos fundamental e

médio. No grupo de escolas ‘tradicionais’, há uma maior concentração nas faixas acima de seis salários mínimos e na conclusão dos ensinos superior e pós-graduação, mais semelhante ao perfil geral dos estudantes de medicina conforme relatório do ENADE. Para Ristoff(2013), as situações em que ocorre uma correlação entre essas variáveis socioeconômicas são importantes na análise da possibilidade de mobilidade social e na redução da desigualdade social baseada nos anos de escolaridade. Desse modo, os estudantes das escolas ‘novas’ aproximam-se do que o autor denomina de ‘a primeira geração universitária’.

As políticas afirmativas são consideradas decisivas para esse fenômeno e, mais uma vez, observa-se a diferença entre os dois grupos: enquanto 45,7% dos estudantes dos cursos ‘novos’ ingressaram por essa modalidade, o mesmo só ocorreu com 27,9% dos cursos ‘tradicionais’. Entende-se que as políticas públicas de acesso e permanência assumem papel central na inclusão dos grupos historicamente excluídos (Ristoff, 2013) e, portanto, têm uma atribuição decisiva nas escolas ‘novas’. Apesar disso, não se percebe uma maior participação de estudantes oriundos de escolas públicas no grupo de cursos ‘novos’, já que a distribuição entre formação pública e privada entre os dois grupos é exatamente igual. Para Ristoff(2013), a participação de estudantes oriundos de escolas públicas nas universidades ainda está muito aquém do necessário e, portanto, merece mais atenção, mesmo de universidades que dispõem de políticas afirmativas. Esse quadro pode ser modificado com a efetivação da chamada Lei das Cotas, vigente a partir de 2012.

Nesse ínterim, é vista, de forma paradoxal, a presença de maior número de médicos na família no grupo de estudantes de escolas ‘novas’. Esse dado sugere uma maior heterogeneidade entre os participantes desse grupo e também deve ser considerado na análise das representações sociais pela influência do familiar médico, na percepção dos participantes, sobre a escolha da profissão e o trabalho médico (Moreira et al., 2006).

Mesmo assim, não parece que a influência familiar foi tão decisiva na escolha pelo curso de medicina, já que essa motivação foi citada por menos de 5% dos participantes em ambos os grupos. Em consonância com outros estudos na área (Moreira et al., 2006; Fiorotti et al., 2007), a vocação foi o principal motivo para os participantes, com índice de resposta acima de 50%. Há uma pequena predominância no grupo de escolas ‘tradicionais’ pelo mercado de trabalho como motivação para a escolha da medicina. Esse item, somado à ideia de valorização profissional, atinge percentuais superiores aos encontrados em estudos anteriores (Ferreira et al., 2000; Fiorotti et al., 2007), sugerindo que essa possa ser uma tendência crescente a ser estudada.

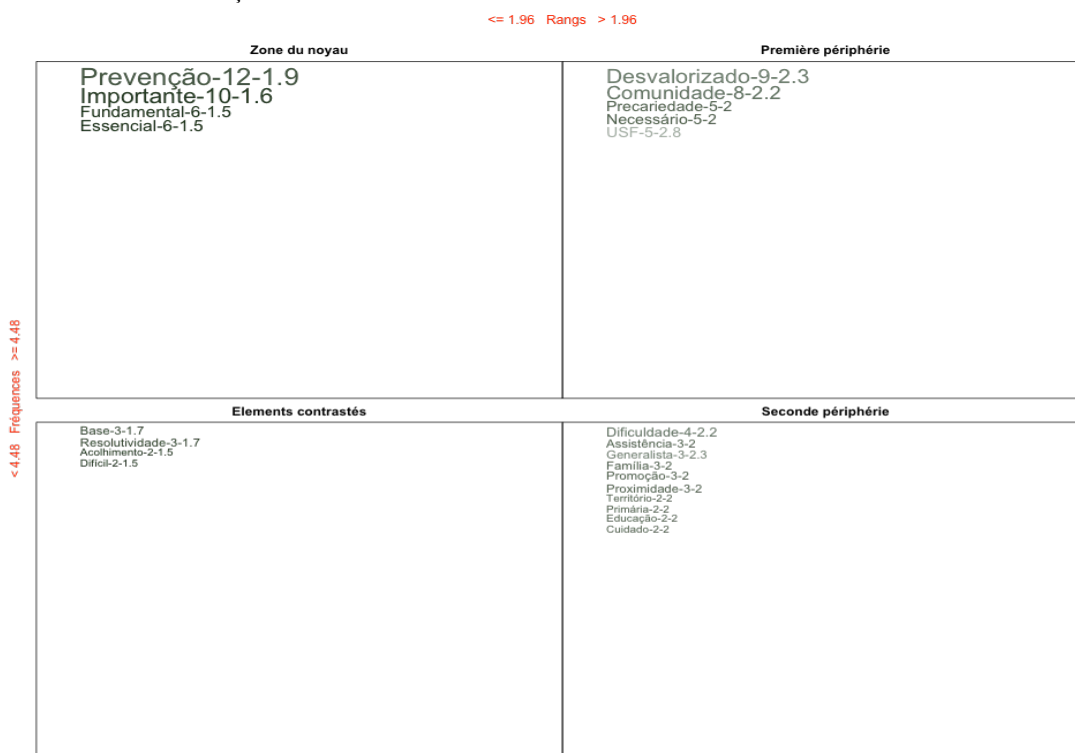
No que se refere ao motivo de escolha da instituição, percebe-se diferentes motivações entre os grupos. Os estudantes das escolas ‘tradicionais’ reforçam uma reputação positiva da sua instituição, tendo 67,6% destacado a qualidade como fator determinante. Já os estudantes das escolas ‘novas’ destacam, também, a oportunidade de ingressarem em uma instituição pública em uma região que anteriormente não possuía um curso de medicina. Tal fato reforça fatores como a gratuidade (42%) e a proximidade (17,3%), em consonância com a política proposta pelo Programa Mais Médicos de interiorização da formação médica (Brasil, 2015).

As Figuras 1 e 2 sintetizam os achados de evocação livre e hierarquização de itens no momento em que o participante se deparava com o termo ‘trabalho na atenção básica’, para os cursos ‘tradicionais’, e ‘novos’, respectivamente.

O quadrante superior esquerdo indica palavras mais frequentes e prontamente evocadas, sendo indicadoras do núcleo central da representação. O quadrante superior direito é o da primeira periferia, em que, mesmo com alta frequência, as palavras não foram tão prontamente evocadas. No quadrante inferior esquerdo, tem-se a zona de contraste com elementos de baixa frequência,

mas prontamente evocados. No quadrante inferior direito está a segunda periferia, com menores evocação e frequência (Camargo e Justo, 2016).

Figura 1. Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos ‘tradicionais’ de medicina quando questionados sobre o ‘trabalho na atenção básica’. Brasil 2017



Fonte: Os autores

Figura 2. Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos ‘novos’ de medicina quando questionados sobre o ‘trabalho na atenção básica’. Brasil 2017

<= 1.96 Rangs > 1.96

Zone du noyau	Première périphérie
Prevenção-13-1.8 Acesso-10-1.9 Vínculo-10-1.8 Importante-6-1.5 Responsabilidade-5-1.8	Vocação-10-2 Equipe-9-2 Longitudinalidade-9-2.2 Cuidado-8-2 Comunidade-6-2
Elements contrastés	Seconde périphérie
Resolutividade-4-1.8 Necessário-4-1.2 Atenção-4-1.8 Universalidade-3-1 Desafio-3-1 Entrada-2-1.5 Multiprofissionalidade-2-1 Amor-2-1.5 Abrangente-2-1 Assistencialismo-2-1	Saúde-4-2.5 Promoção-4-2.2 Interdisciplinariedade-4-2.2 Acolhimento-3-3 Dedicção-3-2.3 Carência-2-3 Dificuldade-2-2.5 Família-2-2 Integralidade-2-2.5 Trabalho-2-2 Planejamento-2-3 Árido-2-2 Sobrecarga-2-2 Desvalorização-2-2.5 Tranquilo-2-3 Chato-2-2 Temporário-2-2 Multiprofissional-2-2.5 Proximidade-2-2 Capacitação-2-3

< 4.05 Freqüências >= 4.05

Fonte: Os autores

Para fins de análise, trabalhou-se, principalmente, com os termos do núcleo central e da primeira periferia, por sua relevância na formação das representações sociais dos estudantes que apresentam relação com as DCNs. Em ambos os grupos, ou seja, tanto no núcleo central dos estudantes dos cursos ‘tradicionais’ como dos cursos ‘novos’, o termo mais destacado é a ‘prevenção’, o que indica o reconhecimento, por parte dos estudantes, da atenção básica como o lócus para essa forma de cuidado.

Para Starfield (2004), a prevenção é uma das dimensões da atenção básica, mas não é prerrogativa exclusiva desse nível de atenção, já que, ao abordar os problemas mais comuns de saúde, também devem ser desenvolvidas ações de cura e reabilitação. Em estudo realizado nacionalmente, no âmbito da Saúde da Família, constatou-se que a maior parte dos profissionais refere desenvolver atividades de prevenção, mas, principalmente, entre os médicos, foi baixa a

proporção de quem a realizou (Escorel et al., 2007), o que evidencia a distância entre o que é preconizado e o que é desenvolvido na atenção básica (Lentsck et al., 2010).

Entende-se que “... a atenção básica, para ser resolutiva, reconhecida e ter legitimidade, não pode ser o lugar onde se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo.” (Brasil, 2013a, p. 14). Ainda na implementação do Programa Saúde da Família, Franco e Merhy (1999) alertavam para o risco da separação entre a atenção coletiva e a individual. Portanto, esse resultado sugere a incorporação, ao longo da graduação, de uma visão baseada no modelo médico-privatista que não considera a capacidade de resolução da atenção básica. Esse olhar tende a ser reforçado durante o curso de medicina, em que há uma fragmentação da formação pelo olhar das especialidades (Amoretti, 2005).

Ambos os grupos de estudantes destacam a relevância do trabalho na atenção básica através de termos bastante frequentes como ‘importante’, ‘fundamental’ e ‘essencial’. Esses termos estão ancorados nas DCNs de 2014, as quais destacam a necessidade de inserção dos estudantes na atenção básica e refletem o resultado de diversos estudos sobre o impacto da atenção básica na melhoria de indicadores do sistema de saúde (Paim et al., 2011).

Registradas as principais semelhanças nas representações entre os grupos, cabe analisar as diferenças. Considerando o núcleo central, destaca-se no grupo de escolas ‘novas’, a presença de termos como ‘vínculo’ e ‘responsabilidade’. Em uma revisão sistemática, foi demonstrado como uma série de publicações tem abordado o tema do vínculo na atenção básica, considerado como fator relevante para a atenção à saúde. Graças ao vínculo, é possível melhorar o conhecimento dos reais problemas das pessoas atendidas pelos serviços e facilitar o relacionamento dos usuários com os profissionais que os atendem (Brunello et al., 2010).

O vínculo é um dos princípios da atenção básica dentro da perspectiva da longitudinalidade do acompanhamento dos usuários e famílias (Starfield, 2004). É tido, também, como ferramenta terapêutica, ao ser listado como um dos elementos essenciais do método da Medicina Centrada na Pessoa (Stewart, 2017). Desse modo, dialoga com o outro termo destacado nas escolas ‘novas’, que é o de ‘responsabilidade’, e aponta para a perspectiva de mudança do modelo assistencial no SUS através da organização de Redes de Atenção à Saúde. Nesse formato, é fundamental a responsabilização da equipe e do profissional com o cuidado do usuário, sendo entendida, também, como ferramenta de gestão da clínica (Mendes, 2010).

Sugere-se que exercitar o vínculo e a responsabilidade seja mais viável em currículos que propiciem um contato maior e mais frequente do estudante com a atenção básica. Muitas vezes, nos currículos tradicionais, o estudante tem contatos pontuais com as pessoas por ele atendidas e, geralmente, não consegue observar o desfecho das ações propostas para o usuário em virtude da rotina de troca de estágios. Nos currículos novos, diferentemente dos tradicionais, os estudantes participam do cuidado de pessoas e famílias ao longo do tempo, corresponsabilizando-se pelo seu acompanhamento no período mínimo de um semestre. Desse modo, podem vivenciar, intensamente, a responsabilização pelo cuidado com as pessoas e elaborar uma representação mais significativa sobre esse tema. Nesse contexto, inclusive, há indícios de que a inserção dos estudantes nas equipes de saúde da família pode melhorar a qualidade da assistência à saúde das pessoas do território onde estão (Caldeira et al., 2011).

Ademais, na análise da primeira periferia dos cursos ‘novos’, aparecem os termos ‘comunidade’ e ‘cuidado’. Novamente, a maior vivência na atenção básica possibilitada pelos currículos ‘novos’ parece ser decisiva para as representações sociais dos estudantes. O cuidado pode ser visto sob a perspectiva emancipatória, explicitando as relações de poder existentes no

processo de trabalho em saúde e contribuindo, portanto, para a autonomia das pessoas que procuram os serviços de saúde (Pires e Gottems, 2009). Essa perspectiva está em consonância com as competências da dimensão de atenção à saúde dispostas nas DCNs de 2014. Nas referidas diretrizes, valoriza-se não só os desejos e interesses dos usuários do SUS, bem como se estimula a autonomia intelectual do educando (Brasil, 2014).

A competência cultural e, portanto, a capacidade de conhecimento e interlocução com a comunidade e suas famílias, é tida como uma das ferramentas essenciais para o trabalho na atenção básica (Oliveira e Pereira, 2013). Ao destacar o termo ‘comunidade’, os estudantes demonstram que a vivência curricular na atenção básica não ficou restrita ao serviço de saúde e possibilitou, também, um entendimento do papel da comunidade no cuidado em saúde. Demonstra-se, portanto, uma visão bem abrangente da atenção básica, com a incorporação, nas representações sociais, de características que extrapolam a concepção teórica da AB.

Na primeira zona periférica, novamente, são percebidas diferenças entre as escolas. Para os estudantes das escolas ‘tradicionais’, passam a predominar termos como ‘desvalorizado’ e ‘precariedade’. Uma série de estudos tem demonstrado que a forma de vinculação dos profissionais na atenção básica tem sido uma de suas principais fragilidades (Facchini et al., 2006; Gonçalves et al., 2009; Girardi et al., 2017). Ao mesmo tempo, refere-se que a prática clínica na atenção básica tem má reputação entre médicos que atuam em outros serviços, inclusive, pela fragilidade de instrumentos que os médicos sem formação para trabalhar na AB têm ao se depararem com a realidade dos serviços (Oliveira e Pereira, 2013). Cabe destacar que os usuários da atenção básica têm uma percepção diferente. Ao analisar as suas representações sociais, foram mais evidenciadas percepções favoráveis sobre o acesso e a resolutividade da Estratégia de Saúde da Família (Martins et al., 2011). Mesmo assim, não deixa de haver

correlação com um processo de precarização na atenção básica que gera desgaste para os profissionais os quais atuam nestes serviços (Affonso e Bernardo, 2015).

Esta representação social, mais frequente nos estudantes de escolas ‘tradicionais’, pode estar relacionada à vivência desses discentes ao longo do curso de medicina com professores que pouco conhecem o SUS e não têm a experiência de acessar os serviços públicos. Reforçam-se, assim, ao longo da formação, visões negativas do sistema sem ao menos procurar conhecê-lo, tendência acentuada pelo cidadão que não utiliza o SUS, pois, possivelmente, terá uma visão mais pessimista do sistema em função de diversas influências, entre elas, a mídia (Moraes et al., 2017).

Para Caldeira et al. (2011), é necessária uma maior integração entre estudantes, equipe e comunidade. Dessa forma, é possível alcançar um serviço mais efetivo e de qualidade, com aumento da satisfação dos profissionais e diferencial positivo na formação dos estudantes. Os autores defendem que, para isso ocorrer, é necessário ver o estudante como integrante da equipe de saúde e, portanto, sua inserção no serviço desde o início do curso pode facilitar este processo.

Gonçalves et al. (2009) reforçam o pressuposto de que a falta de destaque para a AB e o exercício da profissão na saúde da família se correlacionam com a falta de interesse pelo trabalho na atenção básica. Em estudo realizado pelas autoras, os médicos trabalhando na saúde da família foram unânimes em dizer que não tiveram incentivo para a atenção básica durante a formação.

Compreende-se, com essas análises, que a inserção do estudante a partir do primeiro ano do curso na atenção básica, em consonância com as DCNs de 2014, tem um potencial importante para a mudança da formação e para criar uma nova concepção do estudante sobre o trabalho na AB. Nas análises dos Projetos Político-Pedagógicos (PPPs) dos cursos ‘novos’, ficou perceptível uma maior carga horária de atividades na atenção básica. Estes também se caracterizavam por

currículos com metodologias ativas que podem possibilitar uma atitude mais reflexiva (Lima, 2017), apesar de se admitir a necessidade de novos estudos sobre esse tema (Gomes e Rego, 2011) e do entendimento de que somente mudanças metodológicas não são suficientes (Silva et al., 2018).

Destacando essas questões, consegue-se perceber as diferenças nas representações sociais de estudantes de escolas ‘novas’ e ‘tradicionais’, possivelmente, influenciadas pela organização do currículo e consequente inserção nas atividades da AB. Sugere-se que os termos mais significativos para os estudantes das escolas ‘novas’ refletem mais a realidade da AB do que os termos dos estudantes das escolas ‘tradicionais’. Somam-se a isso as diferenças sociodemográficas entre os estudantes dos dois tipos de escola destacados anteriormente: os das instituições ‘novas’ aproximam-se do perfil chamado de ‘a primeira geração universitária’.

Em artigo que analisa a experiência de um curso inovador de medicina, Melo et al. (2017) referem que novas experiências político-pedagógicas em curso no Brasil foram impulsionadas pelo PMM e referendam a potência do Programa. Entre as inovações descritas, está a fundamentação do curso no uso de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem e no ensino baseado na comunidade, proporcionando a inserção do estudante na atenção básica desde os anos iniciais do curso. Destaca-se, ainda, a utilização de uma política de ação afirmativa nesse curso, a qual possibilitou o acréscimo de pontuação na seleção de ingresso no curso para os estudantes provenientes de escolas públicas das cidades da região no interior do estado onde o curso está sediado. Avalia-se que as situações reais, vivenciadas pelos estudantes, têm fortalecido o desenvolvimento de competências mais ajustadas à realidade dos serviços de saúde e da população, bem como possibilitado a reflexão-ação-reflexão dos trabalhadores sobre seus processos de trabalho.

Ao analisar a repercussão das Diretrizes Curriculares Nacionais anteriores, de 2001, apesar de destacar a relevância crescente da atenção básica nesse documento, Nogueira (2009) ainda denomina a inserção na AB como sendo precoce. A autora entende que, para mudar a formação, faz-se necessária a emergência de um novo estilo de pensamento médico, visando a mudanças na prática clínica e na produção da atenção à saúde. Esta pesquisa retrata como estudantes de currículos ‘novos’, criados a partir das DCNs de 2014, podem estar traçando esse novo caminho, com representações sociais que se aproximam mais do cotidiano da atenção básica.

Conclusão

A pesquisa possibilitou percepções importantes sobre a formação em escolas criadas em um contexto de diversas mudanças propostas pelo Programa Mais Médicos no âmbito da formação – entre elas, a publicação de novas DCNs. Destacaram-se, nas escolas ‘novas’, a concepção dos estudantes de medicina sobre o trabalho na atenção básica a partir de termos como ‘vínculo’, ‘responsabilidade’, ‘comunidade’ e ‘cuidado’. Os termos citados demonstram maior vivência e aprendizado na atenção básica, conforme preconizado nas DCNs. Nas escolas ‘tradicionais’, os termos mais destacados foram ‘desvalorizado’ e ‘precariedade’, de modo a sugerir que não houve uma vivência mais contínua destes estudantes na atenção básica. Para tanto, deve-se considerar a existência de proposições que apontem para a necessidade de uma maior aproximação com as necessidades sociais e o que está disposto no Sistema Único de Saúde.

Este artigo buscou fazer essa análise no âmbito das representações sociais dos estudantes de medicina sobre o trabalho na atenção básica e, portanto, fez um recorte bem específico em um determinado contexto de escolas criadas recentemente. Faz-se necessário observar como essas experiências se comportarão de maneira mais ampla, inclusive nos mecanismos de avaliação, de âmbito institucional ou processual, propostos no Programa Mais Médicos, para que sejam possíveis novas conclusões sobre o tema.

O momento exige atenção às modificações as quais estão sendo discutidas e que descaracterizam as propostas do Programa Mais Médicos para a formação em medicina. Existem iniciativas que modificam o seu marco regulatório e retornam à perspectiva da formação médica distante das necessidades do sistema de saúde. Recentemente, a lei n. 13.530, de dezembro de 2017, retirou a obrigatoriedade de avaliação a cada dois anos da graduação em medicina e a avaliação específica anual da residência médica. As entidades médicas e representações de cursos de medicina têm apoiado essas ações de forma conservadora, buscando manter um marco ultrapassado nas gerações de reformas necessárias para o ensino médico.

Espera-se que exemplos como os analisados aqui, os quais indicam o potencial das escolas novas no estímulo de representações sociais dos estudantes de medicina mais próximas das necessidades do sistema de saúde, possam ser multiplicados e aprofundados na radicalidade necessária para o fortalecimento do SUS. Mesmo em um contexto de retrocessos, fica a percepção de que é importante seguir buscando transformações na formação médica.

Colaboradores

Felipe Proenço de Oliveira participou da concepção e delineamento do trabalho, da redação do manuscrito e da aprovação da versão final do manuscrito. Leonor Maria Pacheco Santos e Helena

Eri Shimizu participaram da concepção e delineamento do trabalho e da revisão crítica dos resultados e da versão final do manuscrito.

Referências

ABRIC, Jean C. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on Social Representations*, v. 2, n. 1, p. 75-78, 1993.

AFFONSO, Pedro H. B.; BERNARDO, Márcia H. A vivência dos profissionais do acolhimento na Atenção Básica: uma acolhida desamparada. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl.1, p. 23-43, 2015.

AGUIAR, Adriana C. Implementando as novas Diretrizes Curriculares para a educação médica: o caso de Harvard. *Interface*, Botucatu, 2001, v.5, n.8, p. 161-166, 2001.

AMORETTI, Rogério. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.

BATISTA, Nildo A.; VILELA, Rosana Q. B.; BATISTA, Sylvia H. S. S. *Educação médica no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2015, 360 p.

BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 28 abr. 2018.

BRASIL. Lei n. 13.530, de 7 de dezembro de 2017. Altera a lei n. 10.260, de 12 de julho de 2001, a lei complementar n. 129, de 8 de janeiro de 2009, a medida provisória n. 2.156-5, de 24 de agosto de 2001, a medida provisória n. 2.157-5, de 24 de agosto de 2001, a lei n. 7.827, de 27 de setembro de 1989, a lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), a lei n. 8.958, de 20 de dezembro de 1994, a lei n. 9.766, de 18 de dezembro de 1998, a lei n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, a lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009, a lei n. 12.688, de 18 de julho de 2012 e a lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 7 dez. 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13530.htm>. Acesso em: 28 abr. 2018.

BRASIL. 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*. Poder Executivo, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea*: Volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRUNELLO, Maria E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.
- CALDEIRA, Érika R.; LEITE, Maisa T. S.; RODRIGUES-NETO, João F. Estudantes de medicina nos serviços de Atenção Primária: percepção dos profissionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 4, p. 477-485, 2011.
- CAMARGO, Brígido V.; JUSTO, Ana M. Tutorial para uso do software Iramuteq. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 30 mar. 2018.
- CHEN, Lincoln. Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*, v. 88, n. 5, p. 323, 2010.
- CRISP, Nigel; CHEN, Lincoln. Global supply of health professionals. *New England Journal of Medicine*, v. 370, n. 10, p. 950-7, 2013.
- ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica*, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, 2007.
- FACCHINI, Luís A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.
- FERREIRA, Roberto A. et al. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 46, n. 3, p. 224-31, 2000.
- FEUERWERKER, Laura C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. 1. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.
- FIOROTTI, Karoline P.; ROSSONI, Renzo R.; MIRANDA, Angélica E. Perfil do estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 355-362, 2010.
- FRANCO, Maria L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. *Cadernos de Pesquisa*, v. 34, n. 121, p. 169-186, 2004.
- FRANCO, Tulio; MERHY, Emerson E. PSF: contradições e novos desafios. [documento na internet]. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Campinas, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 10 out. 2017
- FRENK, Julio et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.
- GIRARDI, Sábado 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. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 8, e00075316, 2017.

- GOMES, Andréia P.; REGO, Sérgio. Transformação da educação médica: É possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 557-566, 2011.
- GONÇALVES, Rebeca A.; TROLL, Taís; CYRINO, Eliana G. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n.3, p. 382-403, 2009.
- GROBLER, Liesl et al. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 1, CD005314, 2009.
- LEHMANN, Uta; DIELEMAN, Marjoleian; MARTINEAU, Tim. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*, v. 8, n. 19, p 1-10, 2008.
- LENTSCK, Maicon H. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3455-3466, 2010.
- LIMA, Valéria V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface*, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, 2017.
- MARTINS, Poliana C. et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1933-1942, 2011.
- MELO, Lucas P. et al. A escola multicampi de ciências médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. *Interface*, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1333-1343, 2017.
- MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MINAYO, Maria C. S. Análise qualitativa: teorias, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2013.
- MIRANDA, Silvana M. et al. Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, p. 104-110, 2009.
- MORAES, Janaíne C. O. et al. A mídia e sua relação com a formação de opiniões sobre o Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 21, n. 2, p. 103-110, 2017.
- MOREIRA, Simone N. T. et al. Processo de significação dos estudantes do curso de Medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 14-19, 2006.
- MOSCOVICI, Serge. *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010, 404 p.

- NOGUEIRA, Maria I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.
- OLIVEIRA, Felipe P. et al. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 60-73, 2017.
- OLIVEIRA, Maria A. C.; PEREIRA, Iara C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, p.158-164, 2013.
- PAIM, Jairnilson et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*, v. 377, p. 1778-1797, 2011.
- PIRES, Maria R. G. M.; GOTTEMS, Leila B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 2, p. 294-299, 2009.
- PÓVOA, Luciano; ANDRADE, Mônica V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1555-64, 2006.
- RISTOFF, Dilvo. Perfil socioeconômico do estudante de graduação: uma análise de dois ciclos completos do ENADE (2004 a 2009). *Cadernos do GEA*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 5-32, 2013.
- SÁ, Celso P. Teoria das representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 19-33, 1996.
- SILVA, Rafael A. et al. Ciências Sociais em saúde, educação médica e a concepção intervencional e colonialista da prática médica. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 39-56, 2018.
- SHIMIZU, Helena E. et al. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2899-2910, 2015.
- STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- STEWART, Moira et al. *Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2017.
- VISCOMI, Marco; LARKINS, Sarah; GUPTA, Tarun S. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Canadian Journal of Rural Medicine*, v. 18, n. 1, p. 13-23, 2013.

Notas

ⁱ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, Departamento de Promoção da Saúde, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

<proenco@ccm.ufpb.br>

Correspondência: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, Campus I, Castelo Branco, CEP: 58051-900, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

ⁱⁱ Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva, Brasília, Brasil.

<leopac.unb@gmail.com>

ⁱⁱⁱ Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva, Brasília, Brasil.

<helena.eri.shimizu@gmail.com>

Recebido em 02/05/2018

Aprovado em 03/07/2018