



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Alexandre Oliveira Telles

A expansão de escolas médicas e o Programa Mais Médicos

Rio de Janeiro

2020

Alexandre Oliveira Telles

A expansão de escolas médicas e o Programa Mais Médicos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidados em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro.
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a. Maria Helena Machado.

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: The expansion of medical schools and the Mais Médicos Program

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

T274e Telles, Alexandre Oliveira.
A expansão de escolas médicas e o Programa Mais Médicos /
Alexandre Oliveira Telles. -- 2020.
89 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientador: José Mendes Ribeiro.
Coorientadora: Maria Helena Machado.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Educação Médica. 2. Faculdades de Medicina. 3. Mão de Obra
em Saúde. 4. Consórcios de Saúde. 5. Expansão de Escolas Médicas.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 610.7

Alexandre Oliveira Telles

A expansão de Escolas Médicas e o Programa Mais Médicos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidados em Saúde.

Aprovada em: 05 de junho de 2020.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Sérgio de Almeida Rego
Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Marcio Neves Boia
Faculdade de Ciências Médicas – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr^a Eleny Guimarães Teixeira (suplente externo)
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Assis Mafort Ouverney (suplente interno)
Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro (Orientador)
Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a. Dr^a. Maria Helena Machado (Coorientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2020

Dedico esta dissertação a todos os profissionais de saúde que em meio a uma pandemia tem sido resistência e lutado para prestar uma assistência à saúde de qualidade para população brasileira. Por um Sistema Único de Saúde forte e uma saúde sem iniquidades.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço por todo o apoio aos meus orientadores do Mestrado, Professor José Mendes Ribeiro e Professora Maria Helena Machado, pela paciência e por me mostrarem o caminho a se seguido durante a construção deste trabalho.

Agradeço também aos meus familiares, em especial minha mãe, irmã e meu pai, por todo carinho e suporte dedicados a mim durante toda a minha vida. Aos meus amigos por meu ouvirem e pelos conselhos em muitos momentos difíceis durante a elaboração desta dissertação.

RESUMO

O Programa Mais Médicos (PMM), lançado em 2013 pelo Governo Federal, apresentou como um dos objetivos a expansão de vagas para graduação em Medicina no Brasil. O país até então, apesar do dever legal de ordenação da formação de recursos humanos pelo Sistema Único de Saúde, não tinha uma política para aumentar o número de médicos no país. O provimento adequado de recursos humanos em saúde, em especial médicos, é um desafio para diversas nações, pois a maior concentração tende a acontecer nas maiores cidades, ocasionando escassez de profissionais em áreas remotas. **Objetivo:** analisar a política pública do Programa Mais Médicos, com foco no eixo de expansão das escolas médicas e vagas de graduação em medicina. **Metodologia:** análise de política pública, utilizando dados oficiais como editais do Ministério da Educação, legislação relativa à expansão de vagas, a repercussão de tal eixo na mídia e as disputas relativas, considerando como atores importantes entidades médicas e de gestores. **Resultados:** O PMM estimulou a criação de 14 mil novas vagas de Medicina no país entre os anos de 2013 e 2018, com grande expansão em regiões antes sem cursos de formação e estimulou a integração ensino-serviço, com o objetivo de qualificar a rede de saúde. As entidades médicas se posicionaram contra a expansão de vagas, que alegaram ser descontrolada e sem critérios, por outro lado as entidades dos gestores e da saúde coletiva apontavam para a necessidade de expansão de vagas para superar a escassez de médicos. **Conclusão:** A expansão de escolas médicas privilegiou o setor privado, que obteve a maior parte das novas vagas autorizadas. É importante frisar também que a mudança de governo representou uma ruptura na política, o que impede de analisar por inteiro seus resultados. Apesar da expansão de vagas de graduação em medicina se pode afirmar que não foi plural e inclusiva, pois ocorreu em maior parte na rede particular de ensino com mais de 70% das vagas oferecidas em universidades privadas. É necessário superar a escassez de profissionais, sem deformar a formação profissional, para que possamos garantir o acesso à saúde a toda população brasileira.

Palavras-chave: educação médica; escolas médicas; recursos humanos em saúde; Programa Mais Médicos; expansão de escolas médicas

ABSTRACT

The *Mais Médicos* Program, launched in 2013 by the Federal Government, was challenged to increase the number of positions and subsequently increase the number of graduating physicians in Brazil. The country until then, despite the legal mandate to increase the training of physicians by the *Sistema Único de Saúde*, did not have a policy to actually increase the number of physicians in the country. Adequate numbers of healthcare providers, especially physicians, is a challenge for most nations, as the greatest concentration of professionals tends to occur in the largest cities, causing a shortage of professionals in rural areas. **Objective:** to analyze the public policy of the *Mais Médicos* Program, focusing on the expansion of medical schools and consequently increase the number of positions of students in medical school. **Methodology:** analysis of public policy using official data such as notices from the Ministry of Education and evaluation of legislation to expand the number of medical students. We also analyzed the repercussion of such policies in the media and the related areas and considering important parts of medical organizations and managers **Results:** The *Mais Médicos* Program stimulated the creation of 14.000 new medical student positions in the country between the years 2013 and 2018. There was especially a marked increase in under-served, rural areas. The program also stimulated integration of academic and clinical medicine, with the goal of improving the quality of the health system. Many medical organizations were against the expansion of the number of medical students, claiming the policy to be uncontrolled and without objective criteria. On the other hand, managers and public health officials pointed to the need to expand the number of medical students to overcome the shortage of doctors. **Conclusion:** The expansion of medical schools favored the private sector which obtained most of the new positions authorized. It is also important to emphasize that the change of government represented a disruption in the established policy, which prevents the full analysis of its results. Despite the expansion of undergraduate medical positions, it can be said that it was important as it included mainly the private school system. More than 70% of the increased positions were offered at private universities. It is necessary to overcome the shortage of health care professionals without degrading professional training, so that we can guarantee access to health for the entire Brazilian population.

Keywords: medical education; medical schools; human resources in health; Mais Médicos Program; expansion of medical schools

LISTA DE TABELAS

Gráfico 1 – Evolução de vagas de graduação em Medicina ao decorrer dos anos	Página 48
Gráfico 2 - Novas vagas em Medicina – 2013 até janeiro/2018	61
Quadro 1 – Número de escolas médicas e vagas ofertadas	47
Quadro 2 – Vagas e Escolas de Graduação em Medicina por Estado conforme Edital 06/2014 SERES/MEC	53
Quadro 3 – Vagas e Escolas por Estado no Edital 01/2017 SERES/MEC	54
Quadro 4 – Vagas e Escolas por Estado conforme Edital 01/2018 SERES/MEC	55
Tabela 1 - Vagas do curso de Medicina originária do PMM	57
Tabela 2 - Vagas por estado segundo interior capital – PMM (2013 até janeiro/2018)	59

LEGENDA DAS ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

ABMES – Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AIS – Ações Integradas de Saúde

AMB – Associação Médica Brasileira

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIT – Comissão Inter gestora Tripartite

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

COAPES – Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPC – Conceito Preliminar de Curso

CREMESP – Conselho Regional de Medicina de São Paulo

DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais

DENEM – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

E-MEC – Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Ensino Superior

ENADE – Exame Nacional de Desempenho de Estudantes

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FENAM – Federação Nacional dos Médicos

FGV – Fundação Getúlio Vargas

FIES – Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior

FMB – Federação Médica Brasileira

FNP – Frente Nacional de Prefeitos

FUNRURAL – Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural

GES – Grupo Especial de Supervisão (Mais Médicos)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IES – Instituição de Ensino Superior

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PET – Programa de Educação Tutorial

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PISUS – Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde

PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica

PMM – Programa Mais Médicos

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

RCTS – *Rural Clinical Training and Support*

SERES – Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior

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

SINMED/RJ – Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro

SISCNRM – Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica

SUS – Sistema Único de Saúde

UERR – Universidade Estadual de Roraima

UNASUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UnB – Universidade de Brasília

UNE – União Nacional dos Estudantes

UNI – Programa Uma Nova Iniciativa

UNIFAL-MG – Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	13
2.	METODOLOGIA.....	18
3.	PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....	23
3.1	O PMM – VISÃO GERAL.....	23
3.2	A ATENÇÃO PRIMÁRIA: FOCO DO PMM.....	29
3.3	O EIXO DE PROVIMENTO.....	33
3.4	O EIXO DE REESTRUTURAÇÃO.....	36
4.	EXPERIÊNCIAS DE PROVIMENTO DE MÉDICOS EM PANORAMA GERAL.....	38
4.1	EXPERIÊNCIA DE POLÍTICA DE PROVIMENTO NO BRASIL.....	38
4.2	EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS.....	41
5.	A EDUCAÇÃO MÉDICA E A EXPANSÃO DE ESCOLAS MÉDICAS.....	45
5.1	IMPLICAÇÕES DO RELATÓRIO FLEXNER PARA A FORMAÇÃO MÉDICA – O ANTES E O APÓS AS DCNS DE 2014.....	58
5.2	AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE MEDICINA DE 2014.....	60
5.3	A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO.....	63
6.	AS DISPUTAS RELATIVAS AO EIXO DE EXPANSÃO NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA.....	66
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
	REFERÊNCIAS.....	78
	ANEXO.....	89

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 e implantado após a sanção da Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 e Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, alterou significativamente as políticas públicas em saúde no Brasil. O SUS é fruto da grande pressão da sociedade civil e dos movimentos democráticos. Após o regime autoritário militar, uma coalização na sociedade brasileira mobilizou forças para, na Assembleia Constituinte de 1988, garantir a saúde como direito universal fundamental do ser humano e dever do Estado (SCOREL, 2014; NORONHA; PEREIRA 2013).

A Lei nº 8080 de 1990 (BRASIL, 1990) estabeleceu que o SUS é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições das três esferas de governo e determinou o caráter complementar da iniciativa privada ao SUS, remunerada pelos tributos destinados à saúde. O subsistema de saúde privado, em que os usuários pagam pelos serviços, abrange cerca de 25% da população brasileira, principalmente na região Sudeste, por meio de planos de saúde empresariais, devido a relação trabalhista do assegurado com empresa que oferece tal benefício (SCOREL, 2014; NORONHA; PEREIRA, 2013).

Dentre os gargalos observados no SUS, existe um padrão elevado de gastos *auto pocket* em saúde, ou seja, dinheiro que os cidadãos empregam pagando consultas, remédios e planos de família. Em contrapartida, temos um gasto público proporcionalmente pequeno para um sistema universal de saúde. Em dados de 2018, a proporção de gastos público e privado é de 45% de gastos públicos e 55% de gastos privados, percentual inferior a países como Canadá e o Reino Unido, que possuem sistemas universais e tem mais de 70% de gastos públicos em saúde. Tal assimetria de gastos se torna mais evidente quando constatado que a economia do setor de saúde do Brasil é maior que a média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), mas o gasto público é parco.

Apesar do subfinanciamento, o novo modelo assistencial se desvincula do modelo médico previdenciário, vigente no período anterior à Constituição de 1988. O antigo modelo era meritocrático, centrado no Governo Federal e contributivo. O advento do SUS transforma a rede de saúde no país com descentralização, com ênfase nos municípios. A descentralização dos serviços de saúde para os municípios veio acompanhada da descentralização de recursos financeiros, com repasses fundo a fundo, garantidos pela Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990 e, junto à descentralização, a perspectiva de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde (BRASIL, 1990; PAIM, 2018).

O SUS tem por objetivo prover cuidados em saúde às pessoas por meio de ações em caráter integral, ou seja, abrangendo a promoção, prevenção, proteção e recuperação e, como medida estruturante, a ordenação da formação de profissionais (BRASIL, 1990). Entre os princípios norteadores do SUS, podemos destacar a universalidade do acesso em todos os níveis de assistência que se entende como obter acesso aos serviços de saúde, independentemente da complexidade, custo e natureza, com financiamento solidário entre todos os cidadãos. A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. De modo similar devemos destacar a igualdade no acesso à saúde e equidade, participação da comunidade, representada principalmente pelos órgãos deliberativos de controle social, como as Conferências e Conselhos de Saúde, constituídos por gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários, com a finalidade de formular diretrizes e prioridades para política de saúde e realizar a fiscalização e controle do SUS (NORONHA; PEREIRA, 2013).

As mudanças geradas pelo novo sistema, no que dizem respeito à assistência de saúde e o arcabouço jurídico, demandaram uma expansão dos serviços de saúde. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), o país possuía em 1980 10.045 estabelecimentos públicos de saúde, sendo 1.575 administrados pelo governo federal, 5.768 pelos estados e 2.712 pelos municípios. Já em 2009, o cenário constatado foi de 52.021 estabelecimentos públicos de saúde no território nacional, sendo 950 desses sob administração federal, 1.318 pela administração estadual e 49.533 municipais. Foi inegável, portanto, que os municípios passaram a gerir a grande parte dos serviços de saúde. Houve então, uma diminuição do número de serviços em âmbito federal acompanhada de uma mudança estrutural no papel do Ministério da Saúde. Coube ao Ministério a partir de então, formular a nível nacional políticas públicas de saúde, indução e incentivo financeiros aos entes que aderirem ou atingirem as metas propostas.

A expansão dos serviços de saúde nos municípios provocou aumento dos postos de trabalho; situação essa que tende manter-se em crescimento. Os avanços nos diversos setores no país, como o próprio SUS e expansão de universidades e cursos técnicos, influenciaram a mudança no perfil dos trabalhadores. Segundo Machado, Wuo e Heinzle (2018), em 2015, o Brasil possuía dois milhões e quinhentos mil trabalhadores de nível de qualificação técnico e auxiliar e 870.361 trabalhadores de nível universitário, sendo a maioria, trabalhadores com múltiplos empregos.

Apesar do aumento da demanda de médicos com a expansão de serviços, o Brasil apresentava em 2013 um *déficit* de médicos e má distribuição dos profissionais pelo território nacional, concentrados nas capitais dos estados e nas regiões Sul e Sudeste. É importante relembrar a trajetória da expansão das escolas médicas no Brasil, que nos auxiliará a

compreender o fenômeno em questão, em especial sobre o quantitativo de médicos e sua distribuição. As duas primeiras escolas médicas brasileiras foram criadas apenas em 1808, nos atuais estados da Bahia e do Rio de Janeiro. Isto é um contraste com relação aos países vizinhos da América Latina. No mesmo século, quase todas as nações vizinhas já possuíam, ao menos, duas dezenas de universidades com formação médica espalhadas por seus respectivos territórios (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

O Governo Federal, atendendo ao clamor popular e a pressão da Frente Nacional de Prefeitos (FNP), editou a Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, convertido na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013), instituindo o Programa Mais Médicos (PMM). Tal programa tem como objetivo superar os desafios de *déficit* de médicos e desigualdade da alocação destes profissionais no território nacional, sobretudo em áreas vulneráveis. Seus eixos principais são: a provisão emergencial de profissional, o investimento em estrutura física na Atenção Básica e a reordenação da formação médica na graduação e na residência médica, visando suprir a deficiência de médicos e alterar o perfil do egresso dos cursos de Medicina e das especializações (ACIOLE, 2017; SANTOS *et al*, 2015).

O presente estudo analisou a política pública do PMM, com foco na autorização e expansão de vagas em cursos de graduação em Medicina. O fenômeno passou a ocorrer nas instituições privadas, por meio de editais de chamamento público, visando à expansão em municípios com maior necessidade de médicos, mas que possuam estrutura adequada para servir de cenário de prática para os ingressantes. A nova legislação previu que as instituições mantenedoras privadas deveriam oferecer contrapartidas ao SUS ao nível municipal.

Importante ressaltar que o PMM foi alvo de diversas disputas políticas no eixo educacional por parte das instituições privadas, que tinham interesse em aumentar o número de vagas na graduação, secretários de saúde, prefeitos e as entidades médicas. Por um lado, as instituições de ensino superior que queriam ofertar o curso de graduação de medicina, por outro, os representantes municipais pressionaram o governo federal para suprir o *déficit* de profissionais em suas respectivas regiões. Ao mesmo tempo, as entidades médicas alegavam que o exercício da medicina por profissionais não revalidados poderia ser prejudicial à população. A preocupação por parte das mesmas entidades no aumento da oferta de cursos de graduação em medicina sem observada qualidade de formação do médico sempre foi uma questão de grande tensão entre governo e entidades médicas.

Oportuno ressaltar que o PMM não foi completamente implementado, em especial nos eixos de Graduação e de Residência Médica. Podemos citar, como um dos fatores que justificaram a mudança na política pública é a interrupção de um ciclo de governo, com o

impeachment da presidenta Dilma Rousseff em 2016 e a posse de Michel Temer. Portanto, esta Dissertação buscou analisar a política governamental PMM. O recorte temporal se deu entre o início da implantação do Programa, até a interrupção do lançamento de editais com a moratória decretada pelo presidente Michel Temer, em 2017.

Queremos aqui destacar meu interesse especial pela área da educação médica e em atenção primária à saúde, que nortearam minha trajetória profissional e acadêmica até o presente momento. Após o término do bacharelado, cursei Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e exerço a função de supervisor acadêmico do Programa Mais Médicos no Grupo Especial de Supervisão (GES), vinculado à Universidade de Brasília (UnB). No âmbito do movimento sindical, exerço a função de Presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (SINMED/RJ). Tenho vivenciado o impacto do PMM em minha vida profissional, pois fui professor do Internato de Saúde Coletiva, Saúde Mental e Medicina de Família e Comunidade, inserido com base nas DCNs de 2014, na Universidade Federal do Rio de Janeiro e atualmente sou professor efetivo do Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), criada em 2014 com recursos e incentivo do PMM.

A Dissertação intitulada: **A expansão de Escolas Médicas e o Programa Mais Médicos**, está dividida em seis capítulos, que buscam dar uma visão geral sobre o PMM e adentra especificamente no componente de formação na graduação em Medicina.

Inicia-se a Dissertação, o Capítulo 1 com a apresentação da Metodologia do estudo.

O Capítulo 2 trata do Programa Mais Médicos, resgatando as motivações para sua criação, sua tramitação no Poder Legislativo e discorre sobre os eixos de provimento e infraestrutura das Unidades de Saúde.

O Capítulo 3 analisa experiências anteriores implementadas no Brasil para provimento de médicos. Apresenta também experiências em outros países, demonstrando que o desafio para alocação e provimento não é exclusividade brasileira. Diferentes ações foram tomadas no Brasil, entretanto, nenhuma que alterasse de maneira basilar e que buscasse suprir o *déficit* estrutural de médicos, atuando diretamente na autorização das Escolas Médicas e em seus currículos, por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs).

O Capítulo 4 discute a Educação Médica e apresenta o cenário das vagas em graduação de Medicina antes do PMM e as expansão ocasionada pela política, debatendo as novas DCN's e o importante desafio governamental que foi a integração ensino-serviço.

No Capítulo 5, o eixo de formação foi alvo de grandes disputas por parte das entidades da categoria médica, instituições formadoras e outros órgãos da sociedade civil. Este capítulo

apresenta o posicionamento destas entidades e as disputas que foram realizadas relacionadas a graduação em Medicina.

E no Capítulo 6, apresentamos as considerações finais de nosso estudo.

Esperamos que este estudo, além de cumprir os requisitos acadêmicos para obtenção do grau de mestre, contribua para o entendimento de uma importante política de provimento de médicos no território nacional, haja vista a escassez destes profissionais em lugares de difícil acesso cujo resultado é o desamparo histórico à assistência médica.

2. METODOLOGIA

A Saúde Coletiva se constitui em um campo de conhecimento interdisciplinar. O foco de nossa Dissertação de Mestrado foi a análise de política governamental. Para tanto, foram utilizados métodos quantitativos e qualitativos, pois, além de verificar a expansão de vagas em seu aspecto quantitativo, busca entender os fenômenos e as disputas políticas e institucionais travadas na efetivação desta política. Para Minayo (2008), ambos os métodos podem ser complementares e auxiliares nas análises de política pública, propiciando a um resultado sobre a realidade social, sem atribuir superioridade de um método em relação ao outro.

É um estudo que analisa as alterações na autorização das novas escolas médicas, expansão de vagas e reativação de vagas, baseado nas mudanças no processo autorizativo, conforme editais do Ministério da Educação e nos pré-requisitos e contrapartidas determinadas no processo de seleção. É importante frisar que, ao analisar apenas os editais de chamamento para autorização de novos cursos de medicina, são excluídas deste escopo as Universidades Públicas, tendo em vista que tais editais se destinam a mantedoras privadas. Desta forma, procedeu-se a análise da expansão em instituições de ensino superior públicas tomando como base o documento de expansão (planilha) disponibilizado pelo MEC.

O passo inicial foi a revisão bibliográfica com uso das palavras-chave “mais médicos, escolas médicas, faculdades de medicina e expansão de escolas médicas. para tal, foi utilizada a base Scielo (www.scielo.org) com objetivo de realizar uma revisão crítica dos artigos nacionais relacionados ao Programa Mais Médicos, publicados entre os anos de 2013 e 2019. Ainda citando Minayo (2008), uma boa análise se inicia pela compreensão e interiorização dos termos filosóficos e epistemológicos que fundamentam a investigação. Em segundo momento, foram selecionados os artigos que relacionem o PMM à expansão de vagas em cursos de Medicina e alterações na educação médicas, oriundas da Lei nº 12.871 de 2013 (BRASIL, 2013).

Quanto aos dados e informações vistos e analisados na nossa Dissertação, foram consultadas fontes primárias, tais como entrevistas com atores chave, legislação, atas, notas e editais e fontes secundárias como artigos e notícias da mídia. Utilizou-se como parâmetro o período entre os anos de 2013 a 2018, com acesso público irrestrito.

Na análise de políticas públicas é essencial verificarmos a legislação e os documentos normativos que regem a política, sendo assim, utilizei do portal “Saúde Legis” (<https://www.saude.gov.br/legislacao-da-saude>) para selecionar os principais, no meu entendimento. Os termos “Programa Mais Médicos” e “Sistema Único de Saúde” e “Escolas

Médicas” foram utilizados como *screenig* para obter os documentos selecionados. Foram incluídos ainda os documentos que tratam da temática expansão de vagas e contrapartidas das mantenedoras. Além disso, a legislação básica do SUS, como as Leis Orgânicas nº 8080 de 1990 (BRASIL, 1990) e nº 8142 de 1990 (BRASIL, 1990), e a Lei do Programa Mais Médicos para o Brasil de nº 12.871 de 2013 (BRASIL, 2013), são parte integrantes deste estudo por serem canônicas para as análises e por serem estruturais para nosso Sistema de Saúde e para o PMM. Semelhantemente, é importante ressaltar que foram analisados os Editais de Abertura de novas escolas médicas privadas disponíveis no sítio eletrônico do Ministério da Educação (MEC), por meio do sub-portal da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (SERES), que pode ser acessado pelo link <http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-regulacao-e-supervisao-da-educacao-superior-seres/apresentacao>. O objetivo da análise dos editais foi verificar os critérios de seleção, a saber: a) Contrapartidas das universidades privadas para o SUS; b) Leitos SUS disponíveis por vaga autorizada; c) Existência previa de vagas na localidade.

Além disso, o Ministério da Educação disponibiliza em seu sítio eletrônico Planilha com as vagas expandidas nos cursos de Medicina, por tipo de ato, seja ele de autorização de novo curso, expansão de vagas em cursos existentes ou reativação de vagas, ocorridas entre o ano de 2013 e janeiro de 2018. (http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=81121-dados-expansao-medicina-janeiro-2018-xlsx&category_slug=janeiro-2018-pdf&Itemid=30192). A partir dessa planilha foi possível quantificar as vagas expandidas, por estado e região geográfica, além de aferir se o aumento que ocorreu em cidades do interior ou capital.

As fontes secundárias dos Sistemas de Informação em Saúde, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Ensino Superior (e-MEC) e o cadastro do SISCNRM foram utilizadas para verificar que os requisitos constantes nos editais de autorização e aumento de vagas tais como a relação de leitos por vagas, existência de outros cursos utilizando os mesmos leitos e se foram expandidas e ofertadas vagas de Residência Médica foram de fato concretizados pelas mantenedoras privadas selecionadas nos editais.

Também foram vistos e analisados os posicionamentos institucionais de entidades médicas, publicados em seus sites oficiais, entre os anos de 2013 e 2018, com a temática expansão de vagas e/ou escolas médicas relacionados ao Programa Mais Médicos. Foram as seguintes entidades médicas segundo a relevância destas na disputa dos rumos do Programa:

- ✓ **Conselho Federal de Medicina – CFM.** Autarquia federal, instituído pelo Decreto-Lei n 7.955, de 13 de setembro de 1945, tendo a função de ser o órgão supervisor da ética profissional, bem como julgadores e disciplinadores da categoria médica (<http://www.cfm.org.br>);

- ✓ **Associação Médica Brasileira – AMB.** Entidade sem fins lucrativos, criada em 26 de janeiro de 1951 com a missão de defender a dignidade profissional. Tem em seu Conselho Científico as Sociedades de Especialidades Médicas reconhecidas no país (<http://www.amb.org.br>);

- ✓ **Federação Nacional dos Médicos – FENAM.** Entidade que congrega parte dos Sindicatos médicos do país, fundada em 30 de novembro de 1973. É considerada, nos termos da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), entidade sindical de grau superior. O Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro - RJ, encontra-se filiado a esta entidade (<http://www.fenam.org.br>);

- ✓ **Federação Médica Brasileira – FMB.** Entidade que congrega parte dos Sindicatos Médicos do País, fundada em 27 de novembro de 2015, por divergências com a FENAM sobre a representação a pauta do PMM (FMB, 2018). É considerada, nos termos da CLT, entidade sindical de grau superior (<http://www.portalfmb.org.br>).

Por serem atores com papel importante na disputa na política do PMM, inclusive como membros do Comitê do COAPES (Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde), também foram analisados os posicionamentos oficiais, constantes nos *sites* oficiais entre os anos de 2013 e 2018, das seguintes entidades:

- ✓ **Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM.** Entidade que congrega as Escolas de Medicina no País, fundada em 21 de agosto de 1962, e que tem como principal missão a Educação Médica e seu Aperfeiçoamento (<http://www.abem-educmed.org.br>);

- ✓ **Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS.** Entidade de direito privado, que congrega todos os Secretários de Estado da Saúde. Fundada em 3 de fevereiro de 1982 (<http://www.conass.org.br>);

- ✓ **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS.** Fundado em 1988, congrega os Secretários Municipais de Saúde do país (<http://www.conasems.org.br>);

- ✓ **Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina.** Entidade nacional de representação dos Estudantes de Medicina. Fundada em 1986 (<http://www.denem.org.br>).

Outro recurso metodológico utilizado, tendo em vista a necessidade de estudar as disputas e as repercussões a nível nacional sobre o PMM, foi a análise de matérias publicadas entre os anos de 2013 e 2018 em jornais de circulação nacional nos seus sítios eletrônicos. Tal pesquisa se fez necessária devido a política em curso recente de implantação ser dinâmica e com constantes disputas sobre seu rumo, que ocasiona com que a produção científica não capte o cenário até o presente momento. Foram analisados os seguintes jornais de abrangência nacional: “O Globo”, “Folha de São Paulo” e “Estadão”.

Por fim, se fez uma reflexão sobre a educação médica e a profissão médica antes do PMM e após a sua vigência, tendo em vista que, como mencionado, o Programa alterou substancialmente o trabalho médico e interiorizou as universidades. Tais mudanças ainda estão em curso, mas ao analisar o PMM, não há como descontextualizar do cenário prévios e das metas a que o Programa se propôs.

Mais especificamente, para mapear as Escolas Médicas do Brasil, separando-as por natureza (pública ou privada), número de vagas, região e município foram utilizados dados oriundos do Ministério da Educação, disponíveis no portal “e-MEC” que possui como sítio eletrônico o endereço <http://emec.mec.gov.br>. Tal ferramenta foi importante para mapear as escolas médicas reconhecidas e autorizadas, categorizar se são de natureza pública ou privada, a quantidade de vagas autorizadas, data da autorização ou reconhecimento, localidade em que está funcionando, periodicidade de ingresso (semestral ou anual) e conceito no ENADE e no Conceito Preliminar de Curso (CPC), por meio do Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Ensino Superior (Cadastro e-MEC). Já para averiguar o resultado parcial da expansão de vagas em IES públicas e a abertura de escolas médicas públicas com incentivo do PMM foi

utilizada a plataforma SERES, um banco de dados alocado em um sítio de domínio público existente desde janeiro de 2018. Nele é possível obter informações sobre a expansão de vagas após a entrada em vigor do PMM, seja por aumento, abertura de novo curso ou reversão de penalidade. Os dados são distribuídos por cidade, região geográfica e data da concessão. O acesso consta no link http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=81121-dados-expansao-medicina-janeiro-2018-xlsx&category_slug=janeiro-2018-pdf&Itemid=30192 (acesso em 20 de março de 2019). Com uso do referido Banco de Dados de domínio público, foram listadas as vagas pela natureza das instituições de ensino, modalidade do aumento de vagas, região geográfica e quantitativo.

Por fim, os dados foram cruzados com os do Cadastro e-MEC para verificar a existência de outras instituições de ensino que ofereçam o curso de Medicina na mesma localidade. E os dados da Demografia Médica do Conselho Federal de Medicina de 2018 com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para verificar a relação de médicos por habitante da localidade e comparar com a taxa nacional e a média dos países da OCDE. Por outro lado, para analisar as disputas relativas à expansão de vagas em cursos de Medicina foram analisadas, por meio da imprensa, ou seja, matérias publicadas em jornais de circulação nacional, disponíveis por meio virtual, os embates entre o governo, entidades médicas, prefeitos e instituições de ensino superior. Para isso, também foram utilizados posicionamentos que constam nos sítios oficiais das instituições já listadas acima. À luz destas disputas, constantes nos meios de comunicação, foram analisadas as publicações oficiais, como a Moratória de escolas médicas decretada pelo Presidente Michel Temer.

Importante registrar que esta Dissertação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), nos termos da Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada e recebendo o número de Protocolo: 14515019.3.0000.5240.

3. PROGRAMA MAIS MÉDICOS

3.1 O PMM – VISÃO GERAL

No Brasil, o termo “análise de políticas” públicas é utilizado de modo indistinto e a pesquisa não é definida por metodologia própria, possibilitando aos autores e pesquisadores trilharem caminhos diversos. O processo de pesquisa na área da análise de políticas exige autorreflexão, reflexão sobre o objeto, mas em especial sobre o processo de construção do objeto (MATTOS; BAPTISTA, 2015; VAITSMAN; RIBEIRO; LOBATO, 2019).

Ao se referir ao termo “políticas públicas”, de modo geral correlaciona às ações dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Sendo assim, por diversas vezes, se afastam do papel de protagonistas na construção, disputa e avaliação das políticas públicas. A expansão do campo de análise de políticas ocorre entre os séculos XIX e XX, com foco na ação dos governos e visando auxiliar o processo de tomada de decisão pelos governantes. No processo de análise, devemos levar em conta que o Estado é mediador de interesses sociais e é modificado ou mantém processos a partir de movimentos diversos que se estabelecem na sociedade. Para além dos discursos e documentos oficiais, existem relações de embates e conflitos de interesses na construção das políticas, portanto, é necessário realizar um mergulho no processo de construção da política, inclusive utilizando informações obtidas por meio de entrevistas e da mídia (MATTOS; BAPTISTA, 2015; VIANA, 1997).

Mattos e Baptista (2015), ao refletirem sobre a análise de políticas, ressaltam o reconhecimento de que as políticas estão associadas a construções históricas e modos de operar de cada Estado; o que torna necessário conhecer a História Geral e a História Específica da política pública. Devemos levar em conta que a história é construída por atores, estes têm o poder de criar situações no processo de construção das políticas e influenciar em seus rumos. Além disso, deve-se reconhecer a interferência de participantes externos no processo decisório. Importante ressaltar que o autor de uma pesquisa também é fruto de um processo histórico e, portanto, sua análise é por ele influenciada (MINAYO, 2008).

No caso da Saúde, no Brasil, a aprovação de uma política, em geral, passa por arenas de negociação formais, como o Poder Legislativo, órgãos do Poder Executivo, e Comissão Inter gestora Tripartite (CIT) e arenas informais como os movimentos sociais e instituições formais, como as entidades médicas, que é o caso do Programa Mais Médicos (PMM), que foi amplamente disputado na tramitação no Congresso Nacional e continuou a ser alvo de críticas

e pressões por parte das entidades médicas até ser decretada a moratória de abertura de escolas médicas (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

A análise da expansão e mudanças na autorização das escolas médicas devido ao PMM não pode ser descontextualizada de uma análise setorial da saúde e do contexto do Estado brasileiro (MATTOS; BAPTISTA, 2015). Em relação a análise da política pública, é importante ressaltar que o Programa teve seu início no ano de 2013, com as primeiras autorizações de cursos de Medicina com a nova legislação ocorrendo no ano de 2014. Pelo fato do curso de Medicina ter duração de seis anos, nosso estudo teve como fator limitante a ausência de turmas formadas pelo PMM. Entretanto, é importante no contexto desta política pública, extremamente controversa na sociedade e na categoria médica, analisar as disputas e a expansão de escolas médicas realizada pelo programa.

Além disso, é relevante refletir na construção deste projeto sobre a origem da escassez de médicos, a distribuição de vagas de Medicina antes do PMM e os locais de maior vulnerabilidade e com estrutura, nos termos dos editais de chamamento público, que devem ter obtido a abertura de vagas de Medicina.

O Programa Mais Médicos foi efetivado com a publicação da Medida Provisória nº 621, convertida na Lei nº 12.871 de 2013 (BRASIL, 2013), de autoria da Presidenta da República Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT). Aciole (2017) e Santos *et al* (2015) destacam que dentre os fatores que incentivaram a nova política foi a necessidade de garantir atenção à saúde às populações que vivem em área de difícil acesso ou locais de maior vulnerabilidade e a dificuldade de alocação de médicos em áreas de maior vulnerabilidade social e econômica, em um país com dimensões continentais e desigualdade na distribuição de médico por habitante.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) após estudos, concluiu que em 2013 o Brasil possuía uma proporção de médicos por habitante inferior às necessidades da população e do Sistema de Saúde, tendo como base para comparação os países com sistemas universais de saúde da OCDE, como Canadá e Inglaterra (ACIOLE, 2017).

É importante ressaltar que a alocação e fixação de médicos são elementos de desigualdade social, impactando negativamente na vida das populações com piores indicadores em saúde, sociais e econômicos. Apesar de serem detentoras do direito à saúde, vivem sem o pleno exercício do direito, por *déficit* de médicos e sua má distribuição no território nacional que privilegia os grandes centros urbanos (ACIOLE, 2017; BRASIL, 2015; SANTOS *et al*, 2015).

Ao analisarmos a distribuição de médicos entre 2000 e 2010 feita pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFM) podemos observar claramente a diferenças de distribuição de médicos no país:

- a) A Região Norte, no ano de 2000, possuía 9.894 médicos com evolução de 50,64% dos médicos em 2010 chegando a 14.905. Neste período, a relação de médicos por 1.000 habitantes foi de 0,77 em 2000 para 0,94 em 2010, com evolução da população da região em 22,9%.
- b) A Região Nordeste, no mesmo ano (2000) tinha, 41.771 médicos com evolução de 48,63% dos médicos em 2010 chegando a 62.083. Neste período, a relação de médicos por 1.000 habitantes foi de 0,88 em 2000 para 1,17 em 2010, com evolução da população da região em 11,2%.
- c) No Sudeste em 2000, havia 152.052 médicos com evolução de 34,45% dos médicos em 2010 chegando a 204.438. Neste período, a relação de médicos por 1.000 habitantes foi de 2,10 em 2000 para 2,54 em 2010, com evolução da população da região em 11%.
- d) A Região Sul, no mesmo ano (2000), contava 40.549 médicos com evolução de 36,79% dos médicos em 2010 chegando a 55.467. Neste período, a relação de médicos por 1.000 habitantes foi de 1,62 em 2000 para 2,90 em 2010, com evolução da população da região em 9,1%.
- e) Já a Região Centro Oeste, em 2000, possuía 16.963 médicos com evolução de 56,45% dos médicos em 2010 chegando a 26.539. Neste período, a relação de médicos por 1.000 habitantes foi de 1,46 em 2000 para 1,55 em 2010, com evolução da população da região em 20,7

Como pode ser observado, em todas as regiões do país no período entre 2000-2010 ocorreu o aumento do número de médicos por 1.000 habitantes, representando um crescimento de 37,3%, entretanto, com variações regionais. Enquanto o Brasil possuía 1,93 médicos por habitante em 2010, a Região Norte apresentava 0,94 médico por habitante. O mesmo se repetia nas demais regiões, sendo que apenas Sudeste (2,54) e Sul (2,90) apresentavam relação médico por habitantes maior que a média nacional. Outro dado que pode ser obtido é que no Brasil como um todo ocorreu o aumento do número de médicos, com maior crescimento absoluto nas regiões Sul e Sudeste.

Nesta linha, Girardi *et al* (2016) analisaram que, no início dos anos 2000, o Brasil tinha um aquecimento da demanda por Força de Trabalho Médica, tanto no setor público quanto privado, mas, apesar do aumento do número de médicos formados na última década, este não foi capaz de saturar a demanda e havia sinais de escassez de médicos, em especial para atender a atenção primária à saúde. Entre 2000 e 2010 ocorreu um aumento de 67,6% do número de postos de trabalho para médicos, a maior parte deles no setor privado, com aumento de 211%, sendo o maior empregador de médicos no início da década de 2010 com 60% das vagas.

No mesmo período, apenas 0,5% dos médicos estavam desocupados, reforçando que o havia plenitude de emprego no Brasil. Um cenário de aumento de demanda, sem profissionais disponíveis para assumir novos postos, já que além de não haver desocupados os ocupados já praticavam carga horária em trabalho elevada, com múltiplos e diferente vínculos empregatícios, alguns até mesmo informais, impossibilitando assumir os novos postos de trabalhos gerados, portanto, demonstrando mais um indício de escassez de médicos no mercado de trabalho brasileiro.

Outro ponto relevante, foi a existência de uma má distribuição regional e entre as vagas para especialidades médicas, que não possuíam até o momento qualquer política de regulação, com baixo número de vagas e de ocupação em especialidades generalistas, em especial na Medicina de Família e Comunidade, especialidade com atuação na APS.

Em pesquisa realizada pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM, 2012), coordenada por Girardi, com entrevistas efetuadas com gestores municipais do SUS, identificou-se que 23,6% das cidades pesquisadas relatavam postos de trabalho vagos na APS, e 70,1% dos gestores declararam haver dificuldade para contratação de médicos, com demora entre 2-3 meses para preenchimento dos postos de trabalho, causando desassistência a população, com dificuldade maior relatada na região Norte. Os profissionais tendem a permanecer 3,9 anos nos postos de trabalho, indicativo de alta rotatividade de médicos.

A situação não é muito diferente quando os gestores são indagados sobre a situação dos médicos especialistas, apresentando igual dificuldade de contratação e fixação, com alto percentual de vacância nos municípios em áreas como: Neurologia (22,03%), Pediatria (14,03%), Neurocirurgia (13,24%).

Condizente com a pesquisa do ano anterior, a Frente Nacional de Prefeitos (FNP, 2013), em fevereiro de 2013, lançou a campanha “Cadê o médico?” Tal campanha, segundo a entidade, era movida pela carência generalizada de médicos no país, ou seja, os municípios, gestores do sistema de saúde, não conseguiam fixar médicos em seu território, em especial na APS. A campanha surge com reivindicações para além da resolução da ausência de médicos e

na dificuldade de contratá-los, mas propôs a abertura de novas vagas em cursos de Medicina, credenciamento de novos programas de Residência Médica e apoio à carreira do SUS nos municípios.

Silva *et al* (2018) relatam que o PMM surgiu com uma das respostas às manifestações populares realizadas em julho de 2013. A Presidenta Dilma Rousseff, em rede nacional, lançou os “Pactos em favor do Brasil”, incluindo nesses o PMM (SILVA *et al*, 2018). O Programa somou-se a outras iniciativas do governo federal que visavam formular políticas públicas para superar os desafios existentes para o desenvolvimento da atenção primária à saúde. O caso não é isolado do Brasil, pois em todo o mundo os sistemas de Saúde vêm passando por transformações devido as transições demográficas, epidemiológicas e econômicas (LISBOA, 2014; OLIVEIRA *et al*, 2015).

A “voz das ruas” apresentava consonância com a pesquisa do ano de 2011 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011), que constatou que 58,1% dos entrevistados, identificava que a falta de médicos era o principal problema do SUS. No mesmo sentido, a pesquisa *Escassez de Médicos* do Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas (FGV, 2008) de 2008 concluiu que existia uma assimetria na distribuição especial dos médicos, não apenas entre Estados, mas também entre as capitais e interiores.

Neste contexto, torna-se necessário apresentar a definição de escassez de médicos e seus impactos adotados nesta Dissertação. Portanto, por ser um precursor e autor relevante na área, adotei o conceito apresentado por Girardi *et al* (2016):

O conceito de escassez, mais afeito à economia, é normalmente usado com referência a situações nas quais os recursos disponíveis são insuficientes para atender as demandas. (...) No caso da demanda por assistência à saúde, especificamente de médicos, a escassez remete a situações de carência e privação que são incompatíveis com os estados democráticos, uma vez que descrevem desigualdades no acesso a recursos sociais que podem impactar o curso de vida das pessoas. (p. 2676)

O Programa representou uma estratégia para reorganizar o trabalho e a formação médica e segundo Machado, Borges e Heinzle (2018), o PMM fundamentou-se tecnicamente em dados comprovadamente científicos nos quais se evidenciavam a real escassez de médicos no país e a comprovada necessidade da população por assistência médica nos lugares longínquos e de difícil acesso. Neste cenário, podemos visualizar diversos interesses e disputas que impulsionaram a formação do PMM, como a pressão oriunda dos prefeitos e secretários de saúde, o interesse das universidades particulares obterem autorização para funcionamento de novos cursos médicos e a constatação do governo, alicerçada em estudos como de Campos,

Machado e Girardi (2009) sobre a necessidade de ordenar a formação de médicos e a autorização de cursos de graduação.

A análise de Girardi *et al.* (2016) traz pontos relevantes sobre os motivos da implantação do programa:

(...) evidências apontavam para um número insuficiente de médicos por habitante, quando comparado a outros países, má distribuição no território brasileiro, dificuldade de atração e fixação de profissionais em regiões de necessidade e uma percepção social de que essa carência era o principal problema do Sistema Único de Saúde (SUS). Somavam-se a este quadro os sinais relativos ao mercado de trabalho médico que, ao longo dos anos 2000 e início dos anos 2010, mostrou salários crescentes, formalização dos postos de trabalho, saldos positivos de empregos na economia formal, baixas taxas de desemprego e altas taxas de procura e aproveitamento das vagas nos cursos de formação (GIRARDI *et al.*, 2016, pág. 2).

Girardi *et al.* (2016) seguem sua análise dizendo que o programa foi implantado com o objetivo de superar a escassez de médicos no Brasil, que se agravou na primeira metade do século XXI, e sua desigualdade de distribuição. Antes da implantação do PMM cerca de 20% dos municípios apresentavam escassez de médicos, em especial os de mais difícil acesso e com piores índices de desenvolvimento, localizados nas regiões Norte e Nordeste.

De imediato, o PMM proveu 14 mil vagas de médicos na atenção primária em todo o território nacional, favorecendo o combate ao déficit de médicos. O relatório do Tribunal de Contas da União aponta que com o PMM, entre 2013 e 2015, ocorreu um aumento de 33% no número de consultas e de 32% nas visitas domiciliares (GIRARDI *et al.*, 2016).

O PMM foi dividido em três eixos, com estratégias de resolução a curto, médio e longo prazo: a) Eixo de Provimento Emergencial; b) Eixo de Estruturação Física dos Serviços de Saúde; c) Eixo de Alterações na Graduação e Residência Médica. É notória, ao analisar os eixos, a ênfase dada para a Atenção Primária à Saúde.

A Atenção Primária à Saúde, teve como seus precursores a nível nacional o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991 e o Programa de Saúde da Família de 1994. A expansão da Estratégia de Saúde da Família, sob administração dos municípios, ocorreu com indução financeira do Ministério da Saúde, por meio do Piso de Atenção Básica Fixo e o Piso de Atenção Básica Variável. Entretanto, tal expansão demandou um número maior de profissionais médicos, em especial os titulados em Medicina de Família e Comunidade, representando um verdadeiro desafio para a APS, que deve ser a principal porta de entrada para o SUS e responsável pelo primeiro contato com o usuário (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016; KEMPER, MENDONÇA, SOUZA 2016).

De acordo com dados da Demografia Médica do CFM (SCHEFFER, 2018), o Brasil possuía em 2018 apenas 5.486 médicos titulados em Medicina de Família e Comunidade, com

registro de especialidade efetuado no Conselho. As evidências disponíveis, conforme Kemper, Mendonça e Souza (2016), demonstram que os Sistemas de Saúde organizados a partir da atenção primária possuem melhores resultados, custos menores na assistência e diminuição nas desigualdades sociais.

Contudo, o PMM gerou inúmeras controvérsias na sociedade brasileira e, principalmente, entre os médicos e suas entidades representativas. Para Ribeiro (2015), o PMM surge em um esforço da presidenta Dilma Rousseff para as reivindicações populares, entretanto, representou um equívoco, já que a população não necessita de mais médicos e sim de mais saúde. Esse mesmo autor, analisa que uma política que incentive a promoção e a prevenção à saúde trará mais qualidade de vida aos brasileiros, com um impacto maior nos indicadores de saúde da população do que a presença de mais médicos. Alega inclusive que a proposta do PMM é baseada no determinismo farmacológico e cirúrgico, que visa apenas o indivíduo doente, que representa uma parcela pequena da população.

A visão de Ribeiro (2015) diverge de Pinto *et al* (2017) e Pinto e Giovanella (2018) que apresentam o PMM como estratégia importante para superar as desigualdades regionais de provimento de médicos, visando inicialmente populações marginalizadas e que não é previsto apenas a assistência médica, mas reformas estruturais nas Diretrizes Curriculares da graduação em Medicina, focando com competências de promoção, prevenção, cura e reabilitação e dando ênfase para a Medicina de Família e Comunidade e a Saúde Coletiva nos currículos, visando um novo perfil do egresso.

3.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA: FOCO DO PMM

A Atenção Primária à Saúde teve sua concepção moderna apresentada por *Lord Dawson of Penn*, em seu relatório de 1920 no Reino Unido, com proposta de organizar a rede de saúde, baseada em território definido e organizada com instrumentos de saúde de maneira hierarquizada em níveis de atenção, sendo a atenção primária o pilar do sistema, fortemente influenciado pelo Sistema de Serviços de Saúde Russo, criado no Pós Revolução de 1917 (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2017). Segundo Starfield (2004), a Atenção Primária tem como atributos essenciais o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado e como atributos derivados a orientação familiar, orientação comunitária e a competência cultural.

A compreensão de tais atributos apresentados por Starfield (2004) é fundamental para entender a dinâmica e a importância da APS. Sendo definidos os atributos essenciais da forma a seguir:

- a) Primeiro contato – O serviço de atenção primária à saúde é a unidade de saúde mais territorial e mais próxima as pessoas, sendo porta de entrada preferencial dos sistemas de saúde e devendo acolher as populações;
- b) Longitudinalidade – Esse atributo pressupõe a existência de vínculo entre os usuários, o serviço e a equipe de saúde, portanto, não são realizados atendimentos pontuais, mas a pessoa é cuidada em todas as fases de seu ciclo de vida;
- c) Integralidade – é a realização de ações integradas de promoção, prevenção, cura e reabilitação ao usuário e a comunidade;
- d) Coordenação do Cuidado – A APS deve ser resolutiva, devendo dar respostas a tratamento adequado para 80-90% das queixas de saúde mais prevalentes para população. Portanto, as demais questões de saúde (10-20%) devem ser referenciadas para serviços de especialidade, entretanto, o vínculo com a Unidade da APS é mantido durante todo o itinerário terapêutico, com estratégias de contrarreferência. Este atributo é importante visando diminuir os custos do sistema de saúde e a integração do cuidado, tendo em vista que, por diversas vezes, os usuários frequentam diversos especialistas e existe a necessidade de adequar as condutas médicas.

A professora Barbara Starfield (2004) aponta também que a APS aborda as questões de saúde mais comuns na comunidade, devendo ser resolutiva e incorporando no cuidado aos pacientes elementos como seu contexto familiar, social e psicológico para garantir o bem-estar e a integralidade do cuidado. Por ter uma estrutura menos hierarquizada e intensiva quando comparada aos outros níveis de atenção, é mais adaptável às demandas sociais dos usuários e pode ser desenvolvida com a participação comunitária.

Impulsionados pelas propostas de Dawson, durante a década de 1960, ocorre amplo debate em várias partes do mundo, com valorização dos determinantes econômica e social em relação a saúde. Isso levou a uma abordagem que visasse superar a orientação predominantemente centrada na enfermidade. Entre as várias iniciativas, merecem destaque a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior – com as primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sob a

liderança de Halfdan Mahler (1973-1974), e o movimento canadense a partir do Relatório “Lalonde” - *Uma Nova Perspectiva na Saúde* dos Canadenses de 1974, posteriormente reforçado com o Relatório “*Epp - Alcançando Saúde Para Todos*” de 1986 (BRASIL, 2002).

Estes acontecimentos estabeleceram as bases para um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978) com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e investimento na Atenção Primária à Saúde, que alcança destaque na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa (BRASIL, 2002).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, foi realizada na cidade de Alma Ata no atual Cazaquistão, promovida pela OMS em dezembro de 1978, e com ampla participação dos países, inclusive do Brasil, e definiu em sua Declaração a APS como:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, art. IX)

A Conferência enfatizou o conceito ampliado de saúde, que abrange o bem-estar físico, psíquico e social, com a compreensão da atenção primária à saúde como cuidado essencial e que abrange ações relativas ao cuidado integral do usuário em todas suas etapas de vida, sua família e a comunidade. A Declaração afirma ainda que a proteção e promoção de saúde dos cidadãos dos países signatários é parte integrante do desenvolvimento econômico e social. A Conferência de Alma Ata aponta que “uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000” (OMS, 1978, art. V), fato este não consolidado no Brasil até o presente momento, em especial em um cenário crônico de escassez de profissionais de saúde.

Entretanto, segundo Pires-Alves e Cueto (2017) o processo de expansão da APS e da Estratégia de Saúde de Família, enquanto política pública no Brasil teve um desenvolvimento lento, somente sendo implantado a nível nacional em 1994 com o Programa de Saúde da Família. Entretanto, segundo a visão desses autores, não ocorreu um processo robusto atrelado

a mudanças na formação dos médicos para atuar no novo contexto da atenção primária em um momento pré-PMM.

O Decreto da Presidência da República 7.508 de 2011 (BRASIL, 2011) regulamentou a Lei 8080/90 e, como defendido por Starfield (2004) e apontado já em 1910 por Dawson, a Atenção Primária deve ser a porta de entrada preferencial ao Sistema de Saúde e tem a competência de articular, coordenar e integrar os outros níveis de atenção.

Pinto e Giovanella (2018) ressaltam que antes da década de 1980 inexistia uma política nacional de Atenção Primária e que o cuidado, quando existente, era fragmentado e desarticulado com os demais níveis de atenção, em especial pelo modelo de sistema de saúde pré-SUS bismarckiano de seguro social. Os cuidados à saúde eram realizados em Pronto Atendimento e ambulatoriais, com menos de 50% da população coberta pelo sistema. Em meados da década 1980 surgem programas de assistência médica previdenciária, de cunho racionalizador, buscou-se promover a integração dos serviços de atenção individual da Previdência Social com os serviços de saúde pública de estados e municípios na Estratégia de Ações Integradas de Saúde (AIS).

O SUS, baseado no modelo beveridgeano, segundo Pinto e Giovanella (2018), modificou a lógica de assistência à saúde no país, com diretriz de municipalização dos serviços de saúde. Conforme a Constituição de 1988, o município foi constituído como ente federativo autônomo, portanto, foi um grande desafio de organizar um sistema de saúde que seja único, respeitando a liberdade de cada esfera de governo.

Em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com o intuito de aproximar o sistema de saúde dos territórios, em especial em áreas mais vulneráveis socialmente, com profissionais oriundos das próprias comunidades e que realizavam atividades de promoção e prevenção à saúde. Posteriormente, incorporando elementos do PACS e ampliando, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), modelo assistencial adotado pelo Ministério da Saúde para organização da APS no país, com a formação de equipes de saúde da família responsáveis por até 4.500 indivíduos e, posteriormente, diminuído para 3.000. Entretanto, o modelo não visava apenas, em contra posição ao modelo assistencial anteriormente vigente no Brasil, atividades de cura e reabilitação, mas a prestação de assistência baseadas nos atributos da atenção primária defendidos por Starfield (2004).

A consolidação da ESF, como modelo prioritário para prover atenção primária à saúde no Brasil, ocasionou a expansão da demanda por médicos na APS, tendo em vista que cada médico, conforme a Política Nacional de Atenção Básica, deve ser responsável por uma população adstrita de até 3.500 usuários e a cobertura deve ser em todo o território nacional.

3.3 O EIXO DE PROVIMENTO

A relação de médicos por habitantes no país em 2012 era de médico 1,8 médico para cada mil habitantes, relação inferior a países com sistemas universais de saúde como Canadá (2,4) e Reino Unido (2,7) e da média da OCDE de 3,1. Além disso, existia uma escassez de médicos em áreas rurais e em especial nas regionais Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil (PINTO e GIOVANELLA, 2018). Na publicação - *Demografia Médica de 2018*, publicada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), demonstra que em 2018 o Brasil possuía 2,1 médicos por mil habitantes, ou seja, abaixo da média da OCDE que é de 3,4 médicos por mil habitantes, mas um crescimento quando analisamos o início do PMM 2012 (SCHEFFER, M. et al, 2018)

É importante apontar que uma das estratégias utilizadas por alguns países para superar a escassez é a de atração de médicos formados no exterior, entretanto, no Brasil em 2012 apenas 1,9% dos médicos com registro ativo nos Conselhos Regionais de Medicina eram formados no exterior com diplomas revalidados. Um cenário que contrasta com países como o Reino Unido com 37% de seus médicos formados no exterior e os EUA com 22,4%, sendo o Brasil considerado por Pinto e Giovanella (2018) um país protecionista e restritivo em relação a autorização para atuação de médicos formados no exterior (OLIVEIRA et al, 2015; PINTO e GIOVANELLA, 2018).

Após a implantação do PMM, há evidências de aumento da cobertura da atenção primária à saúde no Brasil, nas diferentes regiões, com 80,6% de cobertura em 2013 expandindo para 88,8% de cobertura em 2015, o que representa uma cobertura anual quatro vezes maior do que o realizado desde a implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil em 1994. Além disso, é importante frisar o papel do PMM no enfrentamento as desigualdades regionais, a exemplo da região Norte que possui a menor cobertura de APS. Entretanto no período de 2013 a 2015 apresentou o maior crescimento com cerca de 13,7%, atingindo cobertura de 79,9% em 2015 (PINTO e GIOVANELLA, 2018).

O PMM surge com o intuito de superar a escassez e prover assistência à saúde com qualidade e obteve grande adesão com 73% dos municípios participantes do eixo de provimento e reestruturação em 2016 (OLIVEIRA et al, 2015; PINTO e GIOVANELLA, 2017). O provimento emergencial do PMM visa alocar médicos, por meio de bolsa de formação paga pelo Ministério de Saúde, auxílio moradia e deslocamento financiados pelos municípios, oferta

de curso de especialização *lato sensu* em Saúde da Família e Comunidade ofertado por Universidade e processo de supervisão acadêmica com Médico de Família e Comunidade titulado em regiões com carência de profissionais, realizando assim atividades de integração ensino-serviço (PINTO e GIOVANELLA, 2017).

O contrato dos médicos selecionados nesta modalidade tinha duração de três anos, prorrogável por igual período e a seleção é dividida em três etapas, com primeira convocação para médicos com registro profissional no Brasil, em segunda convocação brasileiros graduados em medicina no exterior sem registro profissional brasileiro e em último caso a seleção de médicos estrangeiros sem diploma revalidado (PINTO e GIOVANELLA, 2017).

Caso ainda restassem vagas, foi estabelecida Cooperação Internacional do Brasil com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Ministério de Saúde Pública de Cuba, para que as vagas fossem ocupadas por médicos intercambistas, tendo em vista que o número de brasileiros e estrangeiros que aderiram espontaneamente ao projeto foi muito menor que o necessário (GOMES e MERHY, 2017; PINTO e GIOVANELLA, 2017). A cooperação vigorou até o mês de dezembro de 2018, quando foi rescindida unilateralmente pelo governo cubano (G1, 2018).

A prioridade na alocação de vagas no PMM se deu com critérios que consideram a vulnerabilidade populacional e de grupos específicos, relacionando com as diferenças regionais e as características municipais. Para tanto, foram utilizados dados como população em condição extrema de pobreza, baixo índice de desenvolvimento humano (IDH), localização em regiões pobres, e os critérios do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, que realiza a distribuição per capita. A gestão do Ministério da Saúde em 2015 informou que à época 100% das solicitações de vagas de médicos pelos municípios foram providas (OLIVEIRA *et al*, 2015; PINTO e GIOVANELLA, 2018). Ao analisar os indicadores em saúde foi constatada a diminuição das internações por causas sensíveis à atenção primária, variando de 5,8% a 8,9%, conforme a cobertura da eSF no município (PINTO e GIOVANELLA, 2018).

Dentre as estratégias para atrair e fixar os profissionais existe o pagamento de bolsa de formação no valor de R\$ 10.513,01 para os médicos do Projeto, ajuda de custo no valor de até três bolsas de formação para o deslocamento de médicos que optarem por localidades diferentes das que residiam anteriormente, ajuda de custo para deslocamento do médicos e seus dependentes, todos pagos pelo Ministério da Saúde, por meio da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e auxílio alimentação e auxílio moradia a ser pago pelos municípios em que os médicos forem lotados (BRASIL, 2013).

O provimento emergencial não foi dissociado de estratégias de qualificação da força de trabalho dos médicos que assumiram vagas no âmbito do Projeto Mais Médicos. Ao se analisar o preâmbulo da Portaria Interministerial nº 1.369 de 8 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), em conjunto do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde que dispõe sobre a implementação do PMM verificamos que a justificativa do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação para o programa foi a competência de SUS em realizar a ordenação de recursos humanos da saúde, nos termos do inciso III do artigo 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e da Lei 8080 de 1990 (BRASIL, 1990), a necessidade de garantir atenção à saúde às populações em áreas de difícil acesso ou vulneráveis e a dificuldade de alocação de profissionais de saúde nestes locais.

Para tanto a própria composição da carga horária do médico atuante no Projeto foi estipulada de modo a contemplar 8 horas de atividades de educação e 32 horas de exercício da medicina na Unidade de Saúde designada.

Segundo a mesma Portaria o Projeto Mais Médicos, no âmbito do Programa, tem como finalidade:

(...) aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço. (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que os objetivos desta qualificação são: aprimorar a formação médica no Brasil, atrelando o processo formativo com a prática profissional em unidade básica de saúde; fortalecer a política de educação permanente; promover a troca de experiências e aperfeiçoar os médicos em relação as políticas públicas na área de saúde. Portanto, fica explicitada a preocupação de atividade de educação em serviço, sob supervisão de médicos titulados em especialidades generalistas, como Medicina de Família, Clínica Médica e Pediatria, que passaram a compor equipe de supervisão dos médicos que atuam no âmbito do Projeto.

Tais médicos foram divididos em duas categorias: médico tutor e médico supervisor. O supervisor é profissional médico que se responsabiliza pela educação permanente do médico bolsista do PMM e o tutor é docente da área médica, vinculado à Instituição de Ensino Superior conveniada à UNASUS, que realiza as atividades de acompanhamento do planejamento e suporte pedagógico aos supervisores. Ambas as categorias também foram contempladas com bolsas para estimular a adesão.

A supervisão do âmbito do PMM, obviamente, enfrenta diversas dificuldades a serem superadas. Prioritariamente essa supervisão é realizada *in loco* com o médico-supervisor visitando mensalmente a Unidade de Saúde do médico do PMM e realizando atividades educacionais e acompanhando atendimentos. Entretanto, em regiões de difícil acesso, não existem também profissionais com o perfil acadêmico para atuar com os supervisores, portanto, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação instituíram o Grupo Especial de Supervisão (GES), que realiza bimensalmente atividades de supervisão *in loco*, alternando com meses com supervisão a distância, denominada longitudinal.

Entretanto, Belisário *et al* (2017) ao realizarem grupo focal apontaram alguns desafios a serem superados no processo de supervisão do PMM, pois parte dos participantes ainda não consideravam que a supervisão constituía uma relação pedagógica e muitas das vezes era vista como um “apagar de incêndio”. Além disso, foi realizada oferta, por meio da UNASUS, de curso de especialização em Saúde da Família, em modalidade de ensino à distância, com provas presenciais, para que os médicos participantes do primeiro ano conhecessem a atenção primária, cuidado de linhas crônicas e doenças mais prevalentes e conceitos essenciais da Medicina de Família e Comunidade e de Saúde Coletiva. A frequência e aprovação neste curso constitui requisito obrigatório para que o médico permaneça no programa.

Estudo realizado por Girardi *et al* (2016) que analisou cidades com escassez demonstrou que o PMM contribuiu para reduzir tal deficiência de médicos no Brasil, introduzindo 3.688 médicos em 923 municípios que no início do programa apresentavam escassez de médicos.

Portanto, ao prover 13.800 médicos no primeiro ciclo do Programa o PMM, de modo emergencial, atuou para levar assistência à saúde para as populações mais vulneráveis, com o intuito de quebrar um ciclo de dificuldade destas populações em acessar os serviços de saúde e fortalecendo a APS como principal porta de entrada para o sistema.

3.4 O EIXO DE REESTRUTURAÇÃO

O PMM em sua implantação visou não apenas o preenchimento com rapidez de 14.000 vagas de trabalho para médicos no Brasil, mas, tendo em vista a atuação destes em Unidades Básicas de Saúde, com diferenças enormes entre si como unidades localizadas em áreas rurais, Amazônia, indígena, quilombolas e favelas, portanto, um dos eixos, do PMM visou a qualificação de Norte ao Sul do país das Unidades de APS, justamente, pois as condições

adequadas de infraestrutura, tem impacto positivo no cuidado dos indivíduos, famílias e comunidades.

A Lei do PMM determinou, no parágrafo segundo do artigo 30, que “o SUS terá o prazo de 5 (cinco) anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a serem definidas nos planos plurianuais”. Neto *et al* (2018) apontam que o PMM teve que travar o debate de investir em boas condições de trabalho nas unidades, pois um dos motivos alegados para dificuldade de interiorização de médico era justamente a inexistência de infraestrutura adequada. Tal situação foi constatada pela metassíntese de que indica que “que problemas relacionados à ambiência interferem no processo de trabalho, comprometendo a qualidade dos serviços prestados, gerando desmotivação em profissionais e gestores e desconforto aos usuários” (NORA e JUNGES, 2013, pág. 1189).

4. EXPERIÊNCIAS DE PROVIMENTO DE MÉDICOS EM PANORAMA GERAL

4.1 EXPERIÊNCIA DE POLÍTICA DE PROVIMENTO NO BRASIL

No Brasil, diferentes medidas de provimento foram adotadas, em especial a partir da década de 1960 em forma de programas governamentais, pois é claro que o Estado é uma das principais fontes normativas do trabalho médico, assumindo então papel crucial da ordenação de recursos humanos para a saúde.

Para Donnangelo (1975), o Estado tem a capacidade de intervir sobre a força de trabalho médico em dois aspectos: aumentando ou diminuindo a demanda por médico e pelo sistema de saúde, ou seja, a maneira como são ofertados os serviços de saúde. Um exemplo claro disso é quando se opta por expandir a Atenção Primária em Saúde, sendo assim, conforme a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, deve haver um médico por equipe de 3.000 pessoas, ou seja, abrindo inúmeros postos de trabalhos para os profissionais.

Maciel Filho (2007) aponta que foram quatro as principais estratégias adotadas pelo Brasil para superar a escassez de médicos no Brasil, sendo elas: 1) Projeto Rondon, 2) Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), 3) Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e 4) O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).

Durante o período de ditadura militar, em 1968, por meio do Decreto nº 62.927 (BRASIL, 1968), foi instituído sob o lema “Integrar para não entregar” o Projeto Rondon, com a finalidade promover estágios de serviços para estudantes universitários, com adesão voluntária, por meio de práticas de extensão universitária, para áreas de difícil alocação e provimento de profissionais. O projeto não era restrito aos médicos, mas acadêmicos de diversas áreas do conhecimento podiam participar, exercendo atividades inerentes a suas competências e habilidades, com estimativa que 350 mil universitários tenham participado do projeto ao longo dos 22 anos de existência (MACIEL FILHO, 2007).

No âmbito do Projeto não havia remuneração, mas os participantes, conforme artigo 11 do Decreto que o instituiu, podiam ter dispensa de ponto pelo prazo máximo de 30 dias ao ano, para servidores civis e militares e para os docentes e estudantes de graduação (BRASIL, 1968). Como se pode notar, a inserção por um período curto de 30 dias e com participações pontuais e não continuadas se demonstrou um entrave para o avanço da integração ensino-serviço.

A Lei nº 6.310 de 1975 (BRASIL, 1975) consolidou o projeto, instituindo uma Fundação responsável, vinculada ao Ministério do Interior, com a finalidade de motivar a participação voluntária dos estudantes no processo do Desenvolvimento, da Integração Nacional e da Valorização do Homem, em cooperação com o Ministério da Educação e Cultura. A legislação determinava que o Projeto tinha como uma das finalidades o conhecimento das condições do interior do país, com perspectivas para interiorização e fixação de profissionais de nível superior nestas regiões, abrindo novos mercados de trabalho.

Ne decorrer do projeto foram instituídos “Campus Avançados” como extensão das Universidades, sendo órgãos de assessoramento nos trabalhos de pesquisa, experimentação e execução dos projetos, em regiões menos desenvolvidas do país com objetivo de propiciar um aprendizado indireto e desenvolver nas regiões contempladas polos de desenvolvimento integrado (MACIEL FILHO, 2007).

Em fase seguinte o Projeto ofereceu aos servidores públicos e profissionais liberais a possibilidade de atuarem com remuneração paga pelo Projeto Rondon por até doze meses nos locais selecionados. O projeto lidou com os problemas da falta de rede e estrutura para prestação de serviços de saúde nos rincões do país, sendo preocupação também do extinto Conselho Federal de Educação debatido em Seminário que formulou o documento “*A dimensão atual do Projeto Rondon*”:

O problema do Brasil no setor de saúde, para exemplificar, não consiste em apenas formar mais médicos, mas distribuí-los de maneira adequada pelas regiões mais carentes desses profissionais. Mas o médico não atua sozinho, precisa apoiar-se numa infraestrutura operacional que envolve, além de outros, os Ministérios da Educação e Cultura, do Interior e da Saúde. O problema se coloca não apenas em relação à medicina, mas a várias áreas onde existem profissionais formados e sem emprego, concentrados nas grandes cidades, e, de outra parte, inúmeras regiões totalmente desassistidas. Esse é um aspecto que diz respeito a este Conselho - e é essa a tática que estamos procurando adotar - que é a de colocar os cursos onde profissionais respectivos devem ser formados, onde exista para eles, mercado de trabalho. (Conselho Federal de Educação, 1979, pág 35).

O documento faz propostas visando superar a deficiência de profissionais de saúde nas regiões vulneráveis do Brasil como o Serviço Civil Social para alunos oriundos do ensino universitário público e gratuito, como forma de fixação e alocação, a criação de incentivos financeiros para estas regiões (MACIEL FILHO, 2007). Entretanto, a proposta do Serviço Social não foi concretizada e o projeto Rondon foi extinto com o processo de retorno à democracia no país, finalizando sua existência em 1989, em meio a denúncias sobre desvirtuamento do projeto, loteamento de cargos e má utilização dos recursos financeiros.

Em 2005, por proposta da União Nacional dos Estudantes (UNE), o projeto é reativado, sob coordenação do Ministério da Defesa, entretanto, mantendo seu caráter de prestação de serviço por meio de estudantes universitários de maneira pontual (MACIEL FILHO, 2007).

Outra proposta adotada pelo regime militar foi o Programa de Interiorização das Ações de saúde e Saneamento (PIASS), criado em meio ao debate da V Conferência Nacional de Saúde que apontou a necessidade de ações de saúde em áreas rurais do país, onde residiam 50% da população brasileira, entretanto, com baixíssimo acesso aos serviços de saúde.

Portanto, em 1976 é publicado do Decreto 78.307 (BRASIL, 1976), instituindo o PIASS na região Nordeste do Brasil, com a finalidade de implantar estrutura básica de saúde pública em comunidades de até 20 mil habitantes e promover a melhoria do nível de saúde da população atendida e a instalação de saneamento básico. O projeto previa que as unidades itinerantes de saúde, existentes nestas localidades, fossem gradualmente substituídas por unidades permanentes.

Os recursos oriundos do Ministério da Saúde, Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e do Programa Nacional de Integração (PIN) e participação de recursos dos Estados e Municípios envolvidos, mas em menor escala. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL) também investiram recursos na assistência médica do programa.

Dentre elas, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento em 1979 (PIASS), que foi uma proposta de implantação da atenção primária com recursos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), do Ministério da Saúde e municípios, com ênfase em municipalizar a assistência no âmbito destes serviços, com objetivo de ênfase em estratégias de prevenção a doenças transmissíveis, no atendimento de questões de saúde frequentes e na detecção precoce de casos graves, que seriam referenciados para serviços de saúde mais complexos, com baixo custo e alta eficácia. O Programa foi implantado como projeto piloto em localidades de até 20 mil habitantes das Regiões Norte, Centro Oeste, Espírito Santo e nas regiões mineiras dos vales do Rio Jequitinhonha, Mucuri e Doce. (BRASIL, 1979; ESCOREL, 2014; OLIVEIRA *et al*, 2015).

Muito mais tarde, outro incentivo para interiorização feito pelo Governo Federal foi através da Lei 12.202/10, que instituiu abatimento de 1% ao mês na dívida dos médicos com o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) para estudantes graduados em medicina que optassem por atuar na atenção primária em regiões definidas pelo Ministério da Saúde como prioritárias devido a carência e dificuldade de retenção de profissionais. Essa é

uma das estratégias para proporcionar médicos em localidades vulneráveis sanitariamente, entretanto, não adentrou de modo profundo em questões de especialidade, apenas dilatando prazo de carência para egressos em especialidades estratégicas durante o período da residência médica (BRASIL, 2010; CARVALHO, 2016)

O Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), criado em 2011 com intuito de suprir a demanda por médicos na atenção primária, demonstrou avanço em alocar médicos em regiões há muito tempo desassistidas, mas pouco avançou sobre a residência médica, concedendo-se 10% de bonificação aos concluintes do programa nos processos seletivos de residência médica, por deliberação da Comissão Nacional de Residência Médica. A participação no programa passou de trezentos e cinquenta médicos em 2011 para 3550 médicos em 2013, com obrigatoriedade para que os ingressantes a partir de 2013 realizassem o curso de especialização em saúde da família, mas não foi o suficiente para suprir as necessidades dos municípios (BRASIL, 2010; CARVALHO, 2016; OLIVEIRA *et al*, 2015).

4.2 EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

A fixação de profissionais de saúde, em especial da categoria médica, é um desafio grave e persistente para quase todos os países do mundo independente de seu grau de desenvolvimento e riqueza. A responsabilidade para superar tal situação é do Estado, em especial nos países com sistemas universais de saúde, e diferentes estratégias vêm sendo adotadas pelas nações para enfrentar tal situação e garantir o acesso à saúde para suas populações (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI 2009).

Foi observado em diferentes países, de modo semelhante ao Brasil, a tendência de concentração da força de trabalho médica em cidades maiores, deixando locais remotos com uma insegurança em relação à assistência à saúde (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI 2009).

Portanto, dada a distribuição assimétrica de Força de Trabalho Médica em um país, não é satisfatório comparar apenas o número de médicos por habitantes devido ao fato de existirem extremas desigualdade regionais em que, por vezes existe saturação de médicos em grandes centros e em regiões mais pobres ocorre escassez total de profissionais. No caso brasileiro, início da década de 2010 as regiões Norte e Nordeste, com 8 e 28% da população, concentravam, respectivamente, 4,3 e 18,2% dos médicos (SCHEFFER, 2018)

É importante ressaltar que, ao analisarmos o PMM é fundamental resgatarmos outras estratégias de formação e provimento médico realizadas no Brasil e a nível internacional, com

o intuito não só de traçar uma perspectiva comparada, mas também verificar em quais nações o investimento ocorreu com incentivo na graduação em Medicina.

A Organização Mundial da Saúde estima que 50% da população mundial residem em áreas rurais remotas, mas estas têm apenas 25% da Força de Trabalho Médico. Para superar tal desafio de provimento, os países têm adotado medidas como políticas de regulação, a exemplo do serviço obrigatório, incentivo financeiros e concessão de vistos de permanência para médicos estrangeiros (OLIVEIRA *et al*, 2015).

A Índia, segundo país mais populoso do mundo, implantou em 2008, a revalidação automática de diplomas de graduados em Medicina em estabelecimentos reconhecidos da Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, visando enfrentar a escassez de médicos. A época o país possuía 115 médicos para 1000 habitantes (CAMPOS, MACHADO; GIRARDI 2009).

Os Estados Unidos da América (EUA), nação mais rica do mundo, possuía em 2012, 6700 pedidos de médicos em comunidades sem serviços de atenção à saúde, a maior parte destes em áreas rurais. O Governo, para estimular o suprimento de médicos nestes locais, passou a financiar a graduação em Medicina, através do Programa Integral de Seleção, Localização e Apoio. É importante frisar, entretanto, o sistema de saúde estadunidense não possui princípios adotados no Brasil, como a universalidade e a equidade, se baseando fortemente no eixo privado, sendo assim, as características de acesso possuem outras características e recortes (CAMPOS; MACHADO ; GIRARDI 2009; OLIVEIRA *et al*, 2015).

Nos EUA a formação médica é realizada na pós-graduação de duração de quatro anos, com necessidade de formação prévia em curso de graduação pré-médico. A maior parte das instituições formadoras são privadas, com mensalidades elevadas, o que gera um alto grau de endividamento dos egressos que optam pelos financiamentos estudantis. No país existem poucas medidas que visam superar a escassez de médicos em regiões remotas, dentre as existentes se destaca o “*National Health Service Corps*” (NHSC) e o “*Conrad 30 Program*”, implantado em 1972, e que concede bolsas de estudos e amortização da dívida do financiamento estudantil para médicos que se candidatem a prestar serviços de saúde de atenção primária em comunidades carentes selecionadas pelo Governo. Caso o médico com bolsa estudantil opte por não atuar na atenção primária à saúde ele deve reembolsar o Estado em valor de três vezes o investimento na formação, acrescido de juros. Já o egresso que deseja a amortização da dívida poderá abater até 170 mil dólares do valor total, valor que é atingido conforme o tempo de participação no programa (CAMPOS, MACHADO; GIRARDI 2009; OLIVEIRA *et al*, 2015).

O “*Conrad 30 Program*” permite que médicos estrangeiros com visto temporário para treinamento (Visto J-1) permaneçam nos EUA após a conclusão de seus treinamentos para atuar em regiões carentes, com vínculo estabelecido com empregador local, por um período de três anos. Superado este período o médico poderá solicitar a residência permanente (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Já o México, Peru, Equador, Costa Rica e Colômbia adotam uma estratégia de provimento que foi cogitada no Brasil e fortemente repudiada pelas entidades médicas brasileiras: o serviço civil obrigatório. No México, por exemplo, o requisito para habilitação profissional é que ao final do curso o estudante atue em região designada pelo governo pelo período de doze meses. O Chile estabeleceu a carreira de médico sanitaria, com estímulo considerando a região geográfica e as condições de trabalho, para prover as regiões de saúde remotas (CAMPOS, MACHADO; GIRARDI 2009; MACIEL FILHO, 2007).

Por outro lado, o Canadá é um país com sistema universal de saúde, com a atenção primária à saúde como eixo estruturante. Neste país, 55% dos médicos são generalistas, dado ao grande foco que a graduação em Medicina no Canadá atribui à atenção primária e ao fortalecimento e incentivo de programas de especialização que atendam as demandas do sistema de saúde. Nesse contexto, ainda sim, ocorre escassez de profissionais e uma alternativa governamental para as áreas rurais é a atração de médicos estrangeiros. No Canadá, o qual conta com aproximadamente 210 médicos por 100 mil habitantes, menos de 10% praticam em áreas rurais porquanto 21% dos canadenses vivem nestas áreas (TESSON, CURRAN, PONG, 2005). Regiões ricas como a província de Ontário, vêm desenhando e implementando políticas e programas para atrair e reter médicos em comunidades carentes e áreas remotas desde os anos 1960, quando da criação do Seguro Nacional de Saúde e suas contrapartes nas províncias. Mesmo assim, no início dos anos 1990 o problema ainda era apontado entre os cinco nós mais críticos do sistema de saúde, situação que persiste ainda hoje.

A Austrália possui um sistema de saúde misto com o setor público e privado. O *Medicare* é o principal provedor de atenção primária à saúde no País, que tem um terço de sua população residindo em áreas rurais, que são afetadas pela escassez de médicos, com 0,9 médico por mil habitante em áreas rurais e 1,8 em regiões urbanas. Dentre as medidas adotadas pela Austrália estão o “*Overseas Trained Doctors*” (OTD) e o “*Rural Clinical Training and Support*” (RCTS). O OTD implementado há 25 anos visa atrair médicos estrangeiros para as regiões de difícil provimento, com restrição do exercício da Medicina no âmbito do programa por um período de dez anos. O RCTS incentiva a formação de clínicos para áreas rurais com

seleção de alunos oriundos de áreas rurais e internato rural para todos os acadêmicos de medicina (OLIVEIRA *et al*, 2015).

Apesar de outras medidas de provimento e alocação de médicos já terem sido adotadas no Brasil, nenhuma teve o impacto e a celeridade do PMM, com ações que vão desde o provimento emergencial, criação e expansão de vagas em graduação de medicina e mudanças estruturais na formação médica, visando mudar o perfil do egresso e formar um médico generalista, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 (OLIVEIRA *et al*, 2015).

5. A EDUCAÇÃO MÉDICA E A EXPANSÃO DE ESCOLAS MÉDICAS

Apesar de o eixo do PMM que obteve maior destaque na mídia ser o de provimento emergencial, utilizando inclusive cooperados de Cuba e médicos de outras nações, o Programa tem em seu eixo de formação uma medida estruturante que causou maior impacto a longo prazo no país.

Para tanto, a Lei nº 12.871 de 2013, afirma que o Programa tem por objetivo diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS. Afim de reduzir as desigualdades regionais em saúde, determina em seu art. 2º a reordenação da oferta de cursos de Medicina e das vagas de Residência médica, com prioridade nas regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante, mas que tenham condições estruturais de ofertar campos de prática com qualidade aos ingressantes (BRASIL, 2013).

A Lei do Mais Médicos além disso, trouxe mudanças na Educação Médica, então regida pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina editada no ano de 2011, culminando na aprovação, pelo Conselho Nacional de Educação, das Diretrizes Curriculares no ano de 2014, determinando que ao menos 30% do internato médico deve ocorrer na Atenção Básica e em serviços de urgência e emergência. (BRASIL, 2013).

É fundamental analisarmos o cenário prévio ao Programa Mais Médicos relativo as Escolas Médicas. De acordo com Machado (1997, pág. 2), “a história das instituições e do próprio ensino médico no País é um elemento importante na compreensão da atual distribuição desses profissionais.”

Conforme Amaral (2007), no primeiro *boom* de escolas médicas em 1926 existiam dez escolas de medicina, sendo metade delas localizadas no Sudeste e em 1949. Durante o Governo Vargas, contávamos com 13 escolas de medicina, a maior parte públicas e todas localizadas em capitais. Em 1956, a 24ª Faculdade de Medicina foi inaugurada, já existindo em território nacional a educação médica há 149 anos. Em 1952, os primeiros cursos de Medicina foram instalados em cidades do interior, como em Minas Gerais e o Rio Grande do Sul, com início da existência de instituições privadas, mas mantendo a hegemonia das públicas, que detinham 87,5% das escolas médicas.

Amaral (2007) expõe também que em 1995 existiam 41 escolas médicas localizadas em capitais e 40 nos interiores do país. Ao analisar os dados de março 2019, já com a expansão devido ao PMM, constatamos a existência de 336 escolas médicas no território nacional, conforme podemos observar no quadro relativo ao número de escolas médicas e vagas de graduação em Medicina por período:

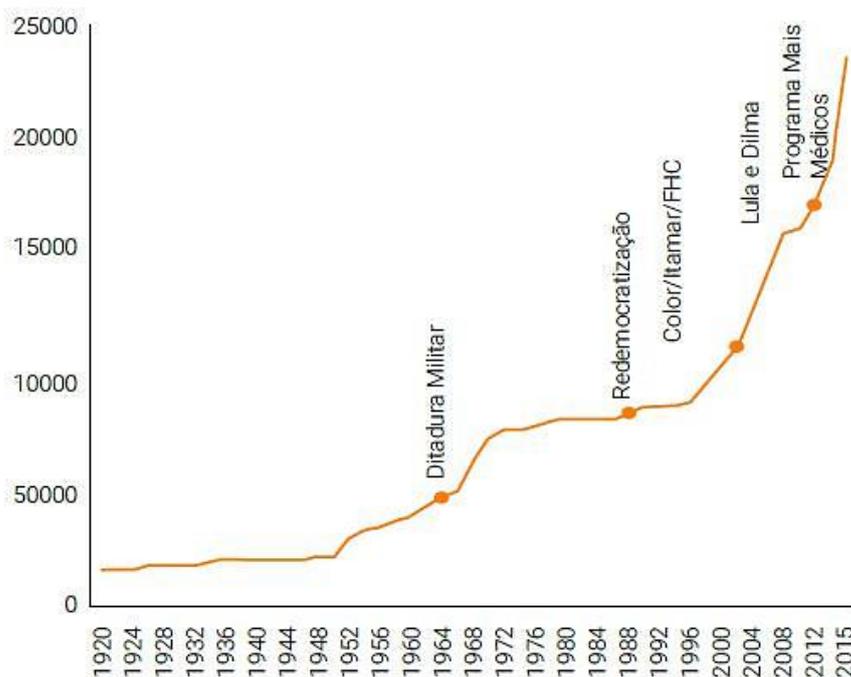
Quadro 1 – Número de escolas médicas e vagas ofertadas

Período	Nº Escolas	Nº Vagas	População Brasileira
Até 1994	83	10.394	159,7 mi (1994)
1995 – 2002	128	14.941	179,5 mi (2002)
2003 – 2010	179	21.123	195,7 mi (2010)
2011 – 2018	323	32.626	209,5 mi (2018)

Fonte: Oliveira et al (2019); IBGE (2020)

Segundo Oliveira (2019), a criação de vagas e escolas médicas no Brasil é um processo tardio quando comparado com outros países, necessitando de uma ampla expansão para superar o déficit histórico de profissionais oriundo da acanhada expansão de vagas em períodos anteriores (Quadro 1). É fato também que o PMM causou uma expansão de vagas em medicina 3,5 vezes maior que o período entre 2003 a 2012, conforme pode ser observado no Gráfico 1 que mostra a evolução histórica de vagas de graduação em Medicina a seguir em que o eixo x aponta os anos e o eixo y o número de vaga em graduação de medicina.

Gráfico 1 – Evolução de vagas de graduação em Medicina ao decorrer dos anos



Autor: Oliveira, 2019. Com dados do Deges e DDES de 2015.

Neste contexto, o governo federal adotou medidas para aumentar o número de vagas em graduação em Medicina, como observado no Gráfico 1, com a finalidade de atingir número de vagas por 100 mil habitantes similares a da OCDE.

Relevante ressaltar que, conforme apresentado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado no Brasil (2013) o Brasil, em sua série histórica entre os anos de 1990 e 2011, apresentou preenchimento de todas as vagas de graduação autorizadas, em alguns anos, possuindo, inclusive mais ingressantes do que vagas autorizadas. Portanto, é fator importante na análise que no Brasil, no período de proposição do PMM não havia vagas ociosas nos cursos de Medicina, pelo contrário, o cursos sempre apresentaram as maiores notas de corte para aprovação, tanto em instituições públicas como privadas, com uma elevada relação de candidatos por vaga de graduação, demonstrando que é uma profissão vem vista tanto do ponto de vista vocacional quanto econômico.

A entrevista dada a Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (MEC – FIOCRUZ, 2016) pelo então Diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde do Ministério da Saúde (2013-2016) Felipe Oliveira detalha a posição do governo naquele momento:

(...) E por que há escassez de médicos? Um dos motivos, evidentemente, era o da insuficiência de vagas em cursos de graduação aqui no Brasil. A corporação médica insiste em um argumento de que temos muitas escolas no país. É claro que o Brasil, um dos países mais populosos do mundo, na comparação com outros, possui muitas escolas médicas. A questão é a quantidade de vagas e a proporção dessas vagas em relação à população brasileira. Diferente de vários países da OCDE, temos cursos de medicina com entradas semestrais ou, às vezes, até anuais de só 40 ou 50 estudantes. Isso, até do ponto de vista da sustentação da instituição e da resposta para o sistema de saúde, é uma questão muito delicada. Enquanto o Brasil estava com 8 vagas de graduação para cada 100.000 habitantes, a OCDE já tinha 14. Então tinha uma insuficiência de vagas e também uma concentração importante dessas vagas que, ao meu ver, explica muito a concentração de médicos em determinadas áreas: o médico que faz graduação e residência numa mesma localidade apresenta 86% de chances de permanecer nessa mesma localidade. (...) Até 2015, por exemplo, tínhamos mais vagas de graduação em medicina nas capitais do que nos municípios do interior do país. (SOARES NETTO, 2017, pág. 446.)

Portanto, o PMM buscou enfrentar a escassez de médicos com diferentes eixos, sendo o considerado pelo governo como mais estruturante e duradouro a reforma na graduação em Medicina, ampliando as vagas e modificando o perfil do médico formado e aumentando as vagas de Residência Médica em áreas prioritárias

Com a vigência da Lei do PMM, o processo de autorização de novos cursos de Medicina, no âmbito do Ministério da Educação, foi alterado, instituindo editais de chamamento público com pré-seleção de municípios para autorização dos cursos, ouvido o

Ministério da Saúde neste processo de escolha. Na seleção de municípios, deve ser observada a relevância social da escola médica e a existência de redes de atenção à saúde do SUS suficientes para funcionamento do curso, com, no mínimo, os seguintes serviços de saúde: a) atenção básica; b) urgência e emergência; c) atenção psicossocial; d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e) vigilância em saúde. Devemos observar que o novo processo de autorização dos cursos de Medicina só é aplicado aos pedidos de autorização solicitados antes da vigência da Lei nº 12.871 de 2013, sendo assim, em período transitório, as autorizações se darão de ambos modelos autorizativos, tendo em vista a existência de pedidos pendentes de análise (BRASIL, 2013).

O Ministério da Educação por meio da Portaria Normativa nº 15 de 2013 instituiu no âmbito do PMM a Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Instituições Federais de Ensino Superior com o objetivo de criar novos cursos de Medicina e aumentar as vagas nos cursos existentes, sob responsabilidade da Secretaria de Regulação e Supervisão do Ensino Superior (SERES). Dentre os documentos necessários para autorização estão o Projeto Político Pedagógico, que deve ter inserção junto ao SUS, o perfil docente e o projeto de infraestrutura (BRASIL, 2013).

O Ministério da Educação modificou, dessa forma, a lógica de autorização de novos cursos de Medicina, baseando a abertura de novas vagas em critérios que, em tese, levam em conta a capacidade da rede instalada para servir como cenário de prática para os estudantes, a escassez e desigualdades na distribuição de profissionais, retirando assim os interesses meramente econômicos dos conglomerados educacionais na abertura de instituições de ensino superior.

O então, Diretor de Desenvolvimento da Educação em Saúde, Vinicius Ximenes Muricy da Rocha, da Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação (2013-2016) à época, em entrevista na Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (MEC – FIOCRUZ, 2016) faz uma análise sobre a mudança de requisitos para autorização dos novos cursos de Medicina privados nas instituições de ensino:

A nossa política dos editais para as instituições privadas é uma política muito ousada. Nós estamos trabalhando muito para dar certo, por que o setor público, mesmo com o crescimento que houve, tem um limite para fazer a expansão que precisamos. Vamos ter que usar o setor privado regulado para dar conta desse crescimento. O problema é que o setor privado da educação também é um ente política e economicamente, muito complexo. Então, impor uma lógica em que se cria um mínimo de regulação, que pode se espalhar para outros segmentos da educação superior, também provoca uma forte oposição. Os editais ordenam este processo: localiza-se o município, depois define claramente onde vão ser criadas escolas nesses lugares, com essa filosofia.

(...)As IES privadas, investem na rede. Elas – com o Fies, Prouni e bolsas próprias – vão garantir cerca de 30% dos estudantes sejam da região. É um investimento de muitos milhões, mas eles vão ter que fazer o menor valor de mensalidade possível. Essa é uma questão que ainda está por ser equacionada. (...) (SOARES NETTO, 2017, pág. 445.)

O edital nº 3 de 22 de outubro de 2013 do Ministério da Educação, foi o primeiro chamamento para pré-seleção de municípios que almejavam a autorização de um curso de Medicina de instituição de ensino superior privada. A pré-seleção foi constituída de três etapas. A primeira etapa analisou a relevância e necessidade social da oferta do curso de Medicina; a segunda etapa fez uma análise da estrutura de equipamentos públicos e programas de saúde no município e a terceira etapa foi feita uma análise do projeto de melhoria da estrutura de serviços e programas de saúde. Na primeira pré-seleção foram adotados critérios de relevância e necessidade social a população de no mínimo 70 mil habitantes, baseado nos dados do IBGE do ano de 2012, não ser capital de Estado e não possuir oferta de curso de Medicina em seu território. Em relação a segunda etapa foram analisados o número de leitos SUS por aluno maior ou igual a 5 (cinco), número de alunos por equipe de atenção básica menor ou igual a três, existência de leitos de urgência e emergência ou Pronto Socorro, existência de, pelo menos, três programas de residência médica em áreas prioritárias, adesão do município ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), existência de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital de ensino ou unidade hospitalar com potencial para credenciamento como hospital de ensino e existência de hospital com o no mínimo 100 leitos exclusivos para o curso. Ao final do edital, foram pré-selecionados quarenta e dois municípios, conforme portaria nº 646 de 2 de dezembro de 2013 da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (SERES).

Finalizada a etapa de pré-seleção de municípios, o Ministério da Educação abriu o primeiro edital de seleção de instituições mantenedoras de ensino superior privadas, sob o nº 6/2014 (BRASIL, 2014). É importante ressaltar que o processo de autorização de cursos de Medicina contou com três audiências públicas, com objetivo de divulgar os novos procedimentos para autorização e funcionamento de Curso de Medicina por Instituição de Ensino Superior Privada.

A Portaria Normativa nº 16, de 25 de agosto de 2014 do Ministério da Educação, estabeleceu os parâmetros para contrapartida a ser oferecida ao SUS para implantação e funcionamento de cursos de Medicina em instituições de ensino superior privadas, que tiveram sua autorização ou aumento de vagas devido ao PMM. Estas contrapartidas devem ser disciplinadas pelos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) e estar

em consonância com o programa de saúde do município. O art. 2º da Portaria prevê que as contrapartidas estão divididas nas seguintes modalidades:

- a) formação de profissionais da rede de atenção à saúde, nos termos da Resolução nº 3/2014 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina;
- b) construção e/ou reformas da estrutura dos serviços de saúde;
- c) aquisição de equipamentos para rede de atenção à saúde;
- d) pagamento de bolsas de Residência Médica em Medicina de Família e, no mínimo, dois outros das áreas prioritárias (Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia).

A competência para fiscalização da execução da contrapartida foi delegada ao gestor municipal do SUS, ouvida a Comissão de Especialistas do MEC. A Portaria Interministerial nº 10, de 20 de agosto de 2014 (BRASIL, 2014), do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, instituiu a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde e o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde. A Comissão Executiva dos COAPES teve por objetivo auxiliar os Ministérios na execução das ações necessárias para assegurar a pactuação dos COAPES, definindo padrões e diretrizes da contratualização e intermediando conflitos. Essa comissão era composta por representantes do MS e do MEC. O Comitê Nacional dos COAPES, é órgão consultivo, composto, além dos integrantes da Comissão Executiva, por representantes do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM).

Após a fase de seleção dos municípios o Ministério da Educação abriu o edital nº 06/2014 visando que instituições de ensino superior privadas se candidatassem para oferta do curso de Medicina. No Quadro 2, podemos observar a relação de municípios selecionados, sendo todos eles de cidades do interior:

Quadro 2 – Vagas e Escolas de Graduação em Medicina por Estado conforme Edital 06/2014 SERES/MEC

Estado	Novas Vagas autorizadas por estado	Número de escolas
Bahia	375	6

Espírito Santo	100	1
Minas Gerais	200	4
Pará	50	1
Pernambuco	100	1
Paraná	215	4
Rio de Janeiro	105	2
Rondônia	50	1
Rio Grande do Sul	230	4
Santa Catarina	50	1
São Paulo	985	14
Total	2.460	39

Fonte: Edital 06/2014 SERES/MEC

Como pode ser observada a maior parte das vagas foi concentrada em estados das Regiões Sul e Sudeste, que já concentravam a maioria das escolas médicas e de profissionais habilitados.

Indagado em entrevista à Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (MEC – FIOCRUZ, 2016) sobre este fato, o então diretor do MEC, Vinicius Ximenes Muricy da Rocha (2016) se posicionou dizendo que:

(...) Por exemplo, por que abrir mais escolas em São Paulo? Em São Paulo também tem desigualdades. É um estado que tem 25-30% da população do país e que tem desigualdades. A base desse nosso trabalho está utilizando a única evidência que temos – com exceção dos cubanos que são ponto “fora da curva” – e que consegue dar uma resposta para esse debate da formação-provimento-fixação, que é o estudo apontado pela medicina rural: havendo a abertura de uma escola em região de difícil provimento, uma área que vive a questão da desigualdade, associando-se com a abertura de vagas de residência médica e criando oportunidades para que pessoas da região possam entrar nesses cursos, cria-se um potencial de fixação maior desses profissionais.” (SOARES NETTO, 2017, pág. 446.)

Posterior ao primeiro edital de chamamento, foi autorizado pela Portaria Normativa nº 14 de 2 de junho de 2014 (BRASIL, 2014) do Gabinete do Ministro da Educação, que unidades hospitalares podem se habilitar para oferta de cursos de Medicina. São requisitos que a habilitada tenha residência médica em no mínimo dez especialidades, processo permanente de avaliação e certificação da excelência da qualidade de seus serviços e seja hospital de ensino ou com potencial para habilitação, sob a justificativa que tais hospitais eram serviços de excelência e poderiam ser espaços de formação e treinamento em serviço adequados para a graduação.

O segundo edital de chamamento para mantenedoras privadas (Edital nº 01/2017) manteve os critérios estabelecidos no primeiro edital, focando igualmente em cidades do interior, e objetivou a concorrência para três municípios, conforme Quadro 3:

Quadro 3 – Vagas e Escolas por Estado no Edital 01/2017 SERES/MEC

Estado	Novas Vagas autorizadas por estado	Número de escolas
Pará	50	1
Rio Grande do Sul	50	1
São Paulo	55	1
Total	155	3

Fonte: Edital 01/2017 SERES/MEC

O Edital 01/2018 SERES/MEC foi o terceiro edital e último edital de chamamento de mantenedoras privadas, com oferta maior de vagas se comparado ao segundo edital, entretanto, mantendo os critérios dos demais editais, e selecionou apenas municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. Podemos observar (Quadro 4) as vagas a seguir:

Quadro 4 – Vagas e Escolas por Estado conforme Edital 01/2018 SERES/MEC

Estado	Novas Vagas autorizadas por estado	Número de escolas
Acre	50	1
Amazonas	150	3
Pará	200	4
Rondônia	50	1
Mato Grosso do Sul	100	2
Mato Grosso	50	1
Bahia	200	4
Ceará	200	4
Maranhão	200	4
Pernambuco	150	3
Sergipe	50	1
Total	1.400	28

Fonte: Edital 01/2018 SERES/MEC

Em 2017, o Brasil possuía 10,2 médicos recém-formados por 100 mil habitantes, proporção superior aos Estados Unidos da América com 5,5 médicos recém-formados por 100 mil habitantes, Reino Unido com 6,7 médicos recém-formados por 100 mil habitantes, mas inferior ao Canadá com 12,7 médicos recém-formados por 100 mil habitantes. Entretanto, a análise isolada da relação de recém-formados não é adequada, já que políticas públicas, como o PMM, surgem para corrigir alegados déficits históricos, que podem demandar um aumento, mesmo que temporário, de vagas de graduação, para suprir uma demanda. É importante ressaltar, que com o aumento recente das vagas em escolas médicas e tendo em vista que o curso de medicina tem seis anos de duração, a tendência é de aumento no número de médicos recém-formados nos próximos anos. Em 2012 o Brasil possuía 388.015 médicos, já em 2015 o número saltou para 429.559, ou seja, um crescimento de 10,7% (SCHEFFER, 2018; PINTO E GIOVANELLA, 2018).

Vale ressaltarmos, que em 31 de agosto de 2016 ocorreu a posse do Presidente Michel Temer, devido ao afastamento pelo Congresso Nacional da Presidenta Dilma Rousseff, portanto, os dois últimos editais foram publicados sob o governo de Michel Temer e sua equipe ministerial.

Como pode ser observado no Quadro IV (Edital 01/2018) as 28 escolas médicas autorizadas teriam cinquenta vagas, em posição oposta ao defendido por Oliveira (2015), diretor do Ministério da Saúde no Governo Dilma, como pudemos observar. Neste sentido, nota-se a opção do Ministério da Saúde por interiorizar escolas com pequeno número de vagas, aumentando o número absoluto de escolas médicas autorizadas, mas funcionando com poucas vagas.

Neste sentido Rocha, ainda para a Pesquisa Avaliativa do PMM (2016) discorreu sobre a sustentação das instituições privadas no âmbito do PMM durante o governo Dilma Rousseff:

As IES privadas, investem na rede. Elas – com o Fies, Prouni e bolsas próprias – vão garantir cerca de 30% dos estudantes sejam da região. É um investimento de muitos milhões, mas eles vão ter que fazer o menor valor de mensalidade possível. Essa é uma questão que ainda está por ser equacionada. O que a Seres coloca? Se a instituição não tiver uma solidez – e essa solidez envolve capital de giro e uma série de requisitos -, ela não consegue se estabelecer.” (SOARES NETTO, 2017, pág. 445.)

Importante ressaltar que no cenário mundial e, em especial no Brasil, ocorreu nos anos de 1990, mas com mais intensidade nos anos 2000 o aumento da oferta de vagas no ensino superior em IES privadas como um todo, fruto da abertura comercial nos anos 1990 com fortalecimento do setor de serviços.

Ao verificar os dados disponíveis no portal e-MEC até 2018, é possível constatar que a grande maioria das vagas expandidas ocorreu em cursos de Medicina com mantenedoras privadas como detalhado na Tabela 1.

Tabela 1 - Vagas do curso de Medicina originária do PMM*

Estado	Pública		Privada		Total
	Nº	%	Nº	%	
Amapá	30	100	0	0	30
Acre	0	0,00	81	100,0	81
Amazonas	48	19,75	195	80,24	243
Tocantins	76	49,35	78	50,64	154
Pará	0	0,00	200	100,0	200
Roraima	52	100,0	0	0,00	52
Rondônia	0	0,00	115	100,0	115
Região Norte	206	23,54	669	76,45	875
Alagoas	100	25,97	285	74,02	385
Bahia	340	36,36	595	63,63	935
Ceará	0	0,00	304	100,0	304
Maranhão	200	49,38	205	50,61	405
Paraíba	25	5,98	393	94,01	418
Pernambuco	80	18,18	360	81,81	440
Piauí	140	43,61	181	56,38	321
Rio Grande do Norte	120	62,50	72	37,50	192
Sergipe	0	0,00	90	100,0	90
Região Nordeste	1.005	29,04	2455	70,95	3.460
Espírito Santo	0	0,00	70	100,0	70
Rio de Janeiro	14	2,34	582	97,65	596
Minas Gerais	355	23,68	1.144	76,31	1.499
São Paulo	0	0,00	2.501	100,0	2.501
Região Sudeste	369	7,90	4.297	92,09	4.666
Goiás	110	51,40	104	48,59	214
Distrito Federal	0	0,00	160	100,0	160
Mato Grosso	100	40,16	149	59,83	249
Mato Grosso do Sul	110	73,33	40	26,66	150
Região Centro Oeste	320	41,39	453	58,60	773
Paraná	74	8,72	774	91,27	848
Santa Catarina	40	59,70	27	40,29	67
Rio Grande do Sul	184	23,23	608	76,76	792
Região Sul	298	17,15	1.439	82,84	1.737
Brasil	2.198	19,09	9.313	80,90	11.511

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do e-MEC, 2018 / *Vagas oriundas do PMM

Ao analisar os dados da Tabela 1 constatamos que 80,90% das vagas da expansão do PMM ocorreram em escolas de Medicina privadas e somente 19,09 em cursos de instituições públicas federais.

A situação foi ainda mais dispare na Região Sudeste, sendo a mais desenvolvida do país, com 92% dos cursos em instituições privadas. Em nenhuma região a expansão de IES públicas superou a de privadas, com maior proximidade entre ambas na região Centro-Oeste com 58,6% de cursos privados ante a 41,3% em públicos.

Neste sentido, podemos verificar que em oito Unidades da Federação não ocorreu a expansão de nenhuma vaga pública com o Acre, Pará, Rondônia, Ceará, Sergipe, Distrito Federal, Espírito Santo, São Paulo. Entretanto, São Paulo, o estado que teve o maior número de vagas expandidas acrescentou 2.501 vagas no setor privado.

Por outro lado, a expansão ocorrida nos estados do Amapá e Roraima, localizados na Região Norte, foi completamente no setor público. Ao analisar as chamadas para pré-seleção de municípios podemos constatar que nenhum município se inscreveu para os chamamentos de IES Privadas. O estado de Roraima não possuía nenhuma cidade apta, além da capital, uma vez que não possuía mais de 70 mil habitantes; já o Amapá tinha apenas o município de Santana preenchendo os critérios populacionais para a chamada.

É inegável que o PMM modificou profundamente a forma de abertura de escolas, com critérios que se basearam em infraestrutura para recebimentos dos acadêmicos e demanda social, concentrando as vagas em cidades no interior do Brasil, como podemos ver na Tabela 2:

Tabela 2 - Vagas por estado segundo interior capital – PMM / (2013 até janeiro/2018)

Estado	Capital (Nº)	Capital (%)	Interior (Nº)	Interior (%)	Total
Amapá	30	100,0	0	0,00	30
Acre	81	100,0	0	0,00	81
Amazonas	195	80,24	48	19,75	243
Tocantins	20	12,98	134	87,01	154
Pará	200	100,0	0	0,00	200
Roraima	52	100,0	0	0,00	52
Rondônia	90	78,26	25	21,73	115
Norte	668	76,34	207	23,65	875
Alagoas	305	79,22	80	20,77	385
Bahia	340	36,36	595	63,63	935
Ceará	164	53,94	140	46,05	304
Maranhão	105	25,92	300	74,07	405
Paraíba	256	61,24	132	31,57	418
Pernambuco	240	54,54	200	45,45	440
Piauí	101	31,46	220	68,53	321
Rio Grande do Norte	72	37,50	120	62,50	192
Sergipe	90	100,0	0	0	90
Nordeste	1.673	48,35	1.787	51,64	3.460

Espírito Santo	20	28,57	50	71,42	70
Rio de Janeiro	65	10,90	531	89,09	596
Minas Gerais	462	30,82	1.037	69,17	1.499
São Paulo	888	35,50	1.613	64,49	2.501
Sudeste	1.435	30,75	3.231	69,24	4.666
Goiás	44	20,56	170	79,43	214
Distrito Federal	160	100,0	0	0,00	160
Mato Grosso	29	11,64	220	88,35	249
Mato Grosso do Sul	60	40,00	90	60,0	150
Centro- Oeste	293	37,90	480	62,09	773
Paraná	253	29,83	595	70,16	848
Santa Catarina	0	0,00	67	100,0	67
Rio Grande do Sul	58	7,32	734	92,67	792
Sul	311	18,21	1.396	81,78	1.707
Brasil	4.410	38,31	7.101	61,68	11.511

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do e-MEC,2018

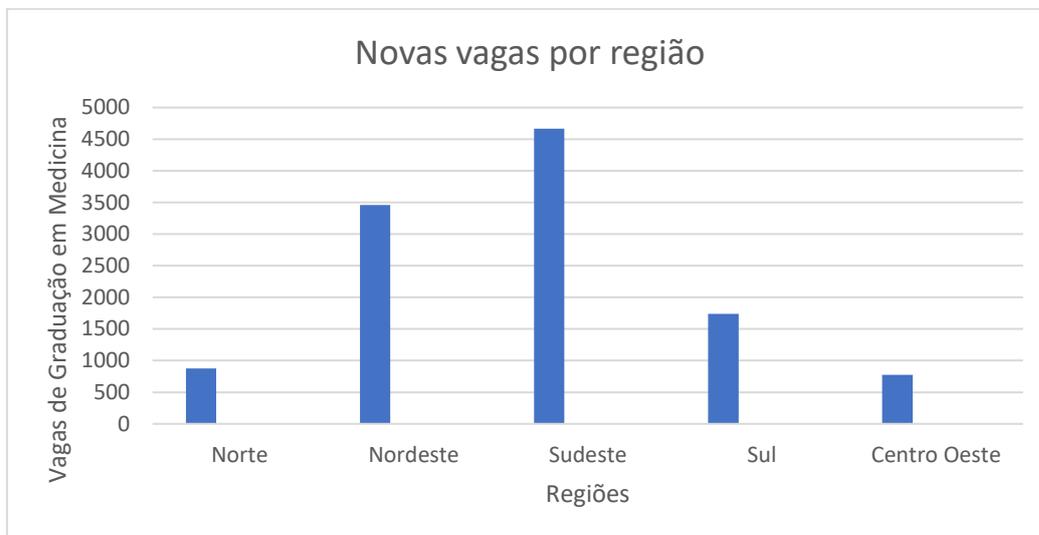
As vagas do PMM foram criadas, majoritariamente, em municípios do interior, impulsionado pela abertura de cursos em Universidades federais localizadas lá e pelo direcionamento dado pelos editais de chamamento.

Durante o período, podemos constatar que 38,31% das novas vagas foram abertas em capitais e 61,6% em cidades localizadas no interior. Na Região Sul 81,78% das vagas estavam localizadas no interior, enquanto na região Norte apenas 23,65%. No Amapá, Acre, Pará, Roraima e Sergipe todas as novas vagas foram na capital. O Distrito Federal não possui a divisão por cidades, portanto, todos os cursos foram categorizados como capital. Por outro lado, a expansão em Santa Catarina nenhuma vaga foi criada em Florianópolis.

Uma das possibilidades para a concentração no interior no eixo Sul-Sudeste é que a região já concentrava grande número de cursos de graduação em Medicina em suas capitais e nas regiões metropolitanas. Entretanto, quando analisamos a Demografia Médica (SCHEFFER, 2018), constatamos a assimetria de médicos entre as capitais e interiores, mesmo em unidades da federação com maior desenvolvimento econômico. Por outro lado, havia estados com poucas vagas, inclusive nas capitais, sendo que em 2013 os estados do Acre, Amapá e Roraima possuíam apenas uma escola médica de caráter pública e federal. O caso do Amapá se torna ainda mais discrepante, pois o primeiro curso de Medicina foi criado apenas em 2010, com 40 vagas, demonstrando que poucos anos antes da implantação do PMM ainda existiam estados sem nenhum curso de medicina.

É importante compararmos a distribuição das vagas por região. Para tal análise dos números absolutos é importante levarmos em consideração também a população de cada uma delas e a relação médico por habitante existente previamente. Sendo assim, é possível constatar que a maior parte das vagas foi criada na Região Sudeste (4.666), localizada em que residem a maior parte população do país e a menor expansão ocorreu na região menos populosa, a Região Norte (875), conforme podemos verificar no Gráfico 2:

Gráfico 2 - Novas vagas em Medicina – 2013 até janeiro/2018



Fonte: MEC, 2018

Entretanto, é importante levar em consideração na análise que a dispersão das pessoas no território de um estado pode variar, sendo razoável observar a densidade populacional. Ao analisar os dados do IBGE (2018) verificamos que a densidade em Roraima é de 2,33 habitantes por Km², já no Distrito Federal a relação é de 525,86 habitantes por Km². É dado que a densidade populacional nos estados do Norte se encontram abaixo da média nacional, portanto, é um fator para reflexão que mesmo com uma população absoluta menor para que toda a população tenha cobertura, principalmente ao se refletir sobre Unidades de Atenção Primária, que possuem caráter territorial com população adstrita, deveria haver um número maior de Unidade de Saúde nestes territórios, visando a plena assistência à saúde, pois não é razoável que uma pessoa tenha que percorrer longas distâncias para obter um direito constitucional.

Portanto, não podemos analisar a expansão de vagas ou a demanda meramente do ponto de vista da quantidade de vagas, mas também é necessário uma profunda reflexão e políticas que estimulem a fixação destes egressos em áreas com carência de profissionais.

5.1 IMPLICAÇÕES DO RELATÓRIO FLEXNER PARA A FORMAÇÃO MÉDICA – O ANTES E O APÓS AS DCNS DE 2014

O modelo de formação dos profissionais influencia suas escolhas no futuro, quando a que especialidades irão seguir e onde irão se alocar, além disso, é importante que a graduação em Medicina confira aos estudantes atitudes, habilidades e competências que sejam condizentes com as demandas do SUS.

Durante a trajetória do ensino médico no Brasil, diversas transformações ocorreram, por exemplo, o aumento da duração da graduação de quatro anos para cinco anos em 1812 e sendo determinado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina do ano de 2014 a duração atual de seis anos para graduação. O Conselho Federal de Educação, em 1969, instituiu o currículo mínimo para a graduação em Medicina, com o objetivo de diminuir a heterogeneidade dos cursos e estabelecer tópicos que deveriam ser contemplados, obrigatoriamente, durante a formação (AMARAL, 2007).

A graduação em Medicina nos Estados Unidos e Canadá foi avaliada por Abraham Flexner, por solicitação da Associação Médica Americana em 1910. Foram analisadas 155 escolas médicas dos Estados Unidos da América e do Canadá, com recomendações de mudanças da formação médica, que foram publicadas no livro *Medical Education in the United States and Canada*, que ficou conhecido com o Relatório Flexner, As recomendações foram encampadas pelo governo norte americano, e que influenciam até hoje nosso modelo de formação médica e de todo mundo (PAGLIOSA; DA ROS 2008).

Dentre as propostas do Relatório Flexner (FLEXNER, 1910) estão a divisão do currículo em ciclo básico e ciclo clínico, ênfase no ensino no ambiente hospitalar e o foco nas questões biológicas do adoecimento, tomando a Universidade *Johns Hopkins* como um dos principais referenciais de excelência (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Dentre os fatores que estimularam a confecção do relatório estava a heterogeneidade dos currículos das faculdades de medicina, existindo escolas que ofertavam graduação em dois anos, representando um avanço no estabelecimento de padrões mínimos para faculdade de medicina, mesmo que atualmente sejam recorrentes as críticas ao relatório por seu enfoque biomédico. Para Flexner, o ensino médico deveria ocorrer predominantemente em hospitais de ensino e com um foco em especialidades.

Rego e Machado (2017) apontam que a reforma na educação médica promovida pelo estudo de Flexner ocorreu “como resultado das necessidades sociais e de médicos melhor

formados, bem como da constituição e consolidação de um mercado profissional regulamentado e razoavelmente padronizado”.

No Brasil a adoção das recomendações, sob a lógica do Relatório Flexner, ocorreu de maneira tardia, apenas em 1951, quando a primeira faculdade a adotar o modelo foi a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, financiada pela Fundação Rockefeller. Antes da hegemonização do Relatório Flexner em nosso país os modelos adotados eram inspirados nas escolas europeias francesa com foco na clínica e na alemã com forte investimento em pesquisa laboratorial (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

No Brasil, a Saúde Coletiva, trouxe no contexto da formação profissional um paradigma com concepção biopsicossocial e que incorpora o olhar para as famílias para o território, se contrapondo ao modelo demasiadamente biológico do modelo flexneriano (LIMA, 2008; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Ao longo das décadas as faculdades de Medicina brasileiras se adaptaram ao modelo flexneriano (ou modelo biomédico flexneriano) e a carga horária voltada a questões como determinantes sociais, psicológicos e culturais foram relegadas a um segundo plano (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). O foco era o aprendizado em hospitais universitários, de nível de atenção terciário, o que na verdade não forma adequadamente o médico que atende as reais necessidades de saúde da população, conforme demonstrado no artigo “The Ecology of Medical Care” (WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1961). O estudo foi revisto em 2001 e apresentou resultados semelhantes, apontando que somente um paciente dentre mil pessoas ao longo de um mês necessitaria de internação em um hospital acadêmico, revelando uma grande distorção entre os cenários em que os médicos se formam e as necessidades em saúde mais prevalentes na população (GREEN, 2001).

Portanto, os estudos realizados com quatro décadas de diferença, conseguiram constatar que o estudante de Medicina tem a maior parte de seu eixo de conteúdo prático em unidades hospitalares, fortemente influenciada pela visão biomédica, Entretanto, ao verificarmos as demandas do Sistema de Saúde podemos constatar que a grande demanda por profissionais de atenção básica e que, conforme Barbara Starfield (2004) constatou, de 80 a 90% das questões de saúde mais prevalentes na população podem ser manejadas na APS, portanto, existe um descompasso entre o aparelho formador e a necessidades em saúde da população.

5.2 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE MEDICINA DE 2014

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LBD (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), conforme o Parecer CNE/CES nº 583/2001 (BRASIL, 2001), assegura a flexibilidade e a diversidade na organização curricular das instituições de ensino, retirando a rigidez de componentes curriculares mínimos que existiam até então. As Diretrizes Curriculares, instituídas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) tem o papel de orientar a formação de profissionais da área em questão, com flexibilidade e criatividade, que será expresso em cada instituição pelos Projetos Políticos Pedagógico (PPP) do curso. O PPP deve contemplar o perfil do egresso, as competências, habilidade e atitudes que se espera que o discente desenvolva ao longo da graduação, o conteúdo curricular e a organização do curso.

A Lei nº 12.871 de 2013 (BRASIL, 2013), que instituiu o PMM, determina em seu artigo 4º que os cursos de Medicina em funcionamento e os que solicitarem autorização devem implantar as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), com o objetivo de reorientar a formação médica. Diante de tal determinação, o CNE, após audiências públicas e reuniões com representantes de entidades médicas, estudantil e de universidade, aprovou a Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014 (BRASIL, 2014) de sua Câmara de Educação Superior, que institui as novas Diretrizes Curriculares Nacionais de Cursos de Medicina e revogou as Diretrizes do ano de 2001, que já traziam a preocupação com a formação médica generalista, entretanto, que não foram adotadas por diversas universidades, que ainda possuíam Projetos Político Pedagógico anteriores a sua publicação até a entrada em vigor da Lei nº 12871 de 2013, que deu força de lei a implantação das novas DCN.

Para Ferreira *et al* (2019) as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 (BRASIL, 2014), se relacionam com Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 (BRASIL, 1990), que previu como objetivo do Sistema Único de Saúde (SUS) a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, ou seja, preconiza o egresso com perfil humanístico, crítico, reflexivo, com atuação em diferentes níveis de atenção à saúde, observando os princípios do SUS como acesso universal, equidade como direito à cidadania e integralidade.

A nova orientação pedagógica da ênfase ao campo da Saúde Coletiva ao dispor das ações-chave como reconhecimento e investigação de problemas de Saúde Coletiva, desenvolvimento e avaliação de projetos de intervenção coletiva, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando as dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde. As DCN determinam ainda, que durante o internato médico o aluno deverá estagiar na área de Saúde Coletiva. O médico

deverá identificar em seu processo de educação a história da saúde, das políticas públicas de saúde, a Reforma Sanitária, processo e organização do trabalho na saúde (BRASIL, 2014; FERREIRA et al, 2019).

Ferreira et al (2019) também analisa que o século XXI impôs desafios a formação de médicos, que devem saber lidar com a tripla carga de doença no Brasil e demonstrou uma desconexão entre a formação médica e as necessidades em saúde da população, decorrente de currículos por descontextualizados, biologicistas e que fragmentam o conhecimento, inspirados no modelo hegemônico de formação médica.

Azevedo et. al (2013) apontam que a concepção de saúde trabalhada ao longo da graduação interfere na prática do cuidado pelos médicos egressos e no papel do médico na sociedade, sendo necessário, portanto, que para mudança do modelo de formação ocorram alterações curriculares que alterem o processo de aprendizado e que aborde a integralidade da saúde, acolhimento e abordagem interdisciplinar, contemplando ainda os anseios de saúde da população.

Com o intuito de transformar os currículos, com práticas efetivas, as DCN definem áreas de competência visando as mudanças nos Projetos Políticos Pedagógicos e componentes curriculares, entendidas como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente em cenários do SUS, a saber: (1) área de competência de atenção à saúde, (2) área de competência de Gestão em Saúde e (3) área de competência de Educação em Saúde.

A área de competência Atenção à Saúde tem como ações chave a identificação das necessidades de saúde, desenvolvimento e avaliação de planos terapêuticos, investigação de problemas de Saúde Coletiva e o desenvolvimento e avaliação de projetos de intervenção coletiva. São abordados conteúdos sobre a relação profissional ética, atendimento as necessidades de saúde, construção do vínculo entre o profissional e os usuários, a segurança do paciente, compartilhamento da construção do plano terapêutico e acesso a dados secundários que forneçam o contexto político, cultural socioeconômico, ambiental. O aluno deve ser estimulado a refletir e enfrentar a determinação social no processo saúde-doença durante o cuidado do paciente, ou seja, traz o conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2014).

Por sua vez, a área de competência de Gestão em Saúde possui como ações-chave a organização do Trabalho em Saúde e o acompanhamento e avaliação do Trabalho em Saúde, utilizando para isso, a identificação da história da saúde, as políticas públicas intersetoriais, os princípios do SUS, desafios da organização do processo de trabalho em saúde, com base na perspectiva dos profissionais e usuários. O eixo preconiza o envolvimento do discente em

atividades junto a movimentos sociais e ao controle social com o objetivo de participação em negociações e avaliações de metas e indicadores para os planos de intervenção, identificando as conquistas e os entraves. O acadêmico ao tomar suas decisões deverá compreender a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e considerar as melhores evidências científicas, à luz da Medicina Baseada em Evidências (BRASIL, 2014).

A terceira área de competência, denominada de Educação em Saúde, possui como princípios a identificação de necessidades de aprendizagem individual e coletiva, promoção da construção e socialização do conhecimento e a promoção do pensamento científico e crítico e apoio a Produção de novos conhecimentos. A construção do conhecimento deve ser coletiva e em todos os momentos do processo de trabalho. Deve ocorrer orientação e compartilhamento de conhecimentos com os usuários e espera-se que o discente esteja aberto à transformação do conhecimento e da prática. Portanto, faz-se necessário que no âmbito do ensino, da pesquisa e da extensão ocorra a identificação das necessidades em saúde da população, para estas impulsionarem a construção de novas práticas e produção científica (BRASIL, 2014).

Portanto, tendo em vista tais alterações da DCN, os cursos de Medicina implantados até 2014 deveriam implantar as reformas curriculares, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018 para as turmas em curso, sendo facultado aos estudantes antes da vigência da resolução das DCN optarem por concluir o curso com base nas DCN de 2001. Os ingressantes e novos cursos médicos deveriam adotar as mudanças no ensino médico no máximo após um ano em vigor das novas DCN (BRASIL, 2014).

Portanto, o Programa Mais Médicos, trouxe outros desafios à formação médica, além da implantação de novas escolas, ao nortear a formação de um novo perfil profissional para os médicos, com base nas mudanças curriculares promovidas e interiorização dos cursos de Medicina. As medidas, em especial da expansão de escolas médicas, foram alvos de crítica por parte das entidades médicas, que alegam uma expansão desordenada das vagas, sem cenários de prática adequado ao ensino do curso médico.

As DCN's de 2014 foram consideradas pela equipe formuladora do PMM como estruturantes e objetivo a ser atingido a longo prazo, pois demanda reformar curriculares nas universidades, respeitando a autonomia universitária e seus debates internos, mas que quando plenamente implantadas teriam a capacidade de modificar o perfil dos novos médicos que estariam mais conectados com as demandas em saúde do SUS, com atitudes, habilidades e competências sejam mais próximas a esta realidade.

Além disso, ao implantar o Internato em Saúde Coletiva ele traz conhecimentos práticos a esta área do conhecimento, que muitas vezes nos currículos de graduação era exaustivamente

teórico, com possibilidade de serem realizados estágios em serviços de gestão, epidemiologia, vigilância em saúde, dentre outros. A obrigatoriedade de carga horária para o Internato de Medicina de Família e Comunidade, compartilhada com urgência e emergência, traz o desafio das universidades proporcionarem aos egressos vivências práticas nas duas principais portas de acesso ao SUS. Portanto, os estudantes na área de Medicina de Família e Comunidade são inseridos na APS, se contraponto ao modelo hospitalocêntrico hegemônico, portanto, demonstrando uma riqueza de aprendizados que podem ser realizados neste local, não só em termos de assistência à saúde, mas de educação popular, participação social, trabalho em equipe interdisciplinar e, principalmente, trazendo o elemento do vínculo deste estudante com o território em que ele está inserido, devendo incorporar na sua atuação aspectos da orientação familiar e comunitária.

5.3 A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Não por acaso, os editais de chamamento público para novos cursos de Medicina estabelecem requisitos mínimos de serviços de saúde próprios ou conveniados para a implantação de escolas médicas, pois estes espaços trazem os estudantes para realidade do SUS e promovem a reflexão sobre a prática do cuidado.

A Integração Ensino-Serviço é fundamental para a formação médica, compreendida como o trabalho coletivo, pactuado e integrado entre as instituições formadoras e a rede de saúde em que está inserida. Trata-se de um processo de construção e desconstrução permanente. As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina incentivam a intensificação desta integração, visando educar profissionais inseridos desde o início da formação no Sistema Único de Saúde e, em contrapartida, as universidades atuam como eixo de qualificação individual e coletiva da assistência à saúde. Neste sentido, a integração ensino-serviço deve ser eixo estruturante dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPC) dos cursos de Medicina visando amenizar a dicotomia entre o ensino e a produção dos cuidados em saúde (ALBUQUERQUE, 2008; BRASIL, 2014; ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

No século XX ocorreram movimentos de expansão de escolas médicas no país e ~~emergem~~ emergiram experiências de integração ensino-serviço, voltadas para reorientação da formação, visando se contrapor ao modelo flexneriano de formação e capacitar médicos que atentem para as demandas do sistema de saúde, o que consiste em um desafio até os dias atuais, tendo em vista a grande ênfase na graduação da formação fragmentada por especialidades e

com cenário de formação majoritariamente hospitalar e com projetos isolados de inserção na rede de saúde (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) em 1971 emitiu recomendações sobre a inserção dos acadêmicos na rede pública de saúde e pela implantação nos currículos de conteúdos da Medicina Preventiva e Social, entretanto, poucas medidas foram efetivas neste período para superação do modelo de formação hospitalocêntrico. Já em 1985 foi criado o Programa Uma Nova Iniciativa (UNI) com adesão de poucas escolas médicas, com a proposta de trabalho em parceria entre a universidade, serviço de saúde e a comunidade com atuação em equipe multiprofissional e a formação na rede de saúde. O advento do SUS reforçou a necessidade de integração entre o componente formador e a rede de saúde, que corresponde às necessidades em saúde da população, com a formação de redes de saúde como novo espaço de conformação (ALBUQUERQUE, 2008; ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

O Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), impulsionado pela ABEM e pela Rede UNIDA, criado em 1985, visava impulsionar a integração, de maneira pouco articulada entre as escolas que aderiram ao Programa. Em 1993 foi realizada a II Conferência Mundial em Educação Médica em Edimburgo, que influenciou o debate da CINAEM e a formulação das primeiras Diretrizes Curriculares de Medicina em 2001, dando ênfase a necessidade da integração entre as instituições formadoras e o sistema de saúde. Neste contexto também é implantado em 1994 o Programa de Saúde da Família, visando ser o componente de expansão da atenção primária à saúde no País. Zarpelon, Terencio e Batista (2018) apontam que a criação Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (MS) foi marco importante para integração desde Ministério com o da Educação se corresponsabilizando progressivamente pela ordenação de recursos humanos e a gestão do trabalho, atribuição pouco explorada pelo MS nos períodos anteriores. Uma das medidas foi a implantação de programas de inserção como o PET-Saúde, com visão multiprofissional e inserindo os acadêmicos na APS. Tal medida é tardia, pois, a Lei 8080 de 1991 atribuir tal responsabilidade ao Sistema Único de Saúde.

A integração ensino-serviço implica na pactuação entre as instituições envolvidas com relações horizontais, processos de trabalho conjuntos, interesses em comum e alinhamento das necessidades e potencialidades, com o estabelecimento de instrumentos de gestão e instâncias colegiadas de decisão, por meio da implantação do COAPES, instituído pela Portaria Interministerial 1.124 de 2015 (ALBUQUERQUE, 2008; BRASIL, 2015; ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

Albuquerque (2008) Zarpelon, Terencio e Batista (2018) opinam que com a expansão de escolas médicas, foi acentuada a sobreposição de cenários de práticas entre diversas instituições de ensino, tornando imperiosos o diálogo para diminuir os conflitos em potencial, pois sem diálogo constante não é possível interferir no processo de trabalho, no processo educativo e na organização da assistência. Albuquerque (2008) pontua ainda que existe a resistência dos profissionais de saúde da rede em acolher e supervisionar a prática dos estudantes, tendo em vista, que por diversas vezes, não existe estímulo financeiro ou acadêmico para tal função, que é vista como uma sobrecarga de trabalho.

6. AS DISPUTAS RELATIVAS AO EIXO DE EXPANSÃO NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Desde a implantação, o PMM vem sendo alvo de manifestações de apoio e críticas, em especial, pela categoria médica através de suas entidades representativas. De acordo com Silva (2018), ao analisar matérias de jornais de circulação nacional sobre o PMM, o ponto mais controverso do programa foi a cooperação do governo brasileiro com Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que permitiu a atuação de médicos cubanos na atenção primária brasileira, sem revalidação dos diplomas, contrariando a posição das entidades médicas que defendem que a atuação em território nacional deve se dar apenas por profissionais formados em instituições de ensino superior em Medicina reconhecidas pelo MEC ou que tenham sido aprovados no exame nacional de Revalidação de Diplomas Médicos chamado “Revalida”.

A Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos realizada pela FIOCRUZ em levantamento feito no ano de 2015, avaliou entre julho de 2013 e maio de 2015, correspondendo aos cinco primeiros ciclos do PMM, reportagens de grandes revistas de circulação nacional e *clippings* do Ministério da Saúde para verificar o que era divulgado no programa relativo ao eixo de formação. No primeiro ciclo 32% das reportagens tratavam do aumento do número de vagas em medicina, no segundo ciclo esse percentual foi de 28,6%, aumentando para 42,9% no quinto ciclo, demonstrando que o tema foi alvo de muitas publicações favoráveis e contrárias. O tema, segundo a mesma pesquisa, também figurou em durante todo o período analisado em publicações nas páginas das entidades médicas, mas em publicações menos numerosas das que as em defesa da revalidação criteriosa de diplomas e sobre a temática do provimento emergencial (CARDOSO *et al*, 2017).

A contratação de médicos sem registro nos Conselhos Regionais de Medicina, principal questionamento da categoria médica no início do PMM, decorreu da falta de médicos em regiões de alta vulnerabilidade para trabalhar na atenção primária à saúde, nestes casos o Ministério da Saúde informou que os médicos formados no exterior e sem registros nos Conselhos Regionais de Medicina atuariam apenas em vagas que não fossem preenchidas por profissionais habilitados nos Conselho Regionais de Medicina na primeira fase da chamada pública (TAVARES, 2013).

Em posicionamento no ano de 2013, a então presidenta do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) a médica sanitária Ana Maria Costa afirmou que o PMM é um programa corajoso e que enfrenta um problema crônico do Brasil. Neste sentido, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), por meio de seu então presidente Luís Eugênio de Souza,

apontou que via com bons olhos a inserção precoce dos estudantes de Medicina, alvo das alterações das Diretrizes Curriculares Nacionais, no Sistema Único de Saúde, em especial na APS. A ABRASCO ainda cita que a iniciativa governamental foi um eco das vozes das ruas e demonstrou a possibilidade de os movimentos sociais interferirem na construção das políticas públicas, mas relatou que é necessário garantir o custeio das unidades de saúde para organizar as redes integradas de serviços (TAVARES, 2013).

Neste contexto, é importante analisarmos a entrevista de Felipe Proença de Oliveira (2017), Diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde do Ministério da Saúde (2013-2016) concedida para a Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos (MEC – FIOCRUZ, 2016):

(...) E por que há escassez de médicos? Um dos motivos, evidentemente, era o da insuficiência de vagas em cursos de graduação aqui no Brasil. A corporação médica insiste em um argumento de que temos muitas escolas no país. É claro que o Brasil, um dos países mais populosos do mundo, na comparação com outros, possui muitas escolas médicas. A questão é a quantidade de vagas e a proporção dessas vagas em relação à população brasileira. Diferente de vários países da OCDE, temos cursos de medicina com entradas semestrais ou, às vezes, até anuais de só 40 ou 50 estudantes. Isso, até do ponto de vista da sustentação da instituição e da resposta para o sistema de saúde, é uma questão muito delicada. Enquanto o Brasil estava com 8 vagas de graduação para cada 100.000 habitantes, a OCDE já tinha 14. Então tinha uma insuficiência de vagas e também uma concentração importante dessas vagas que, ao meu ver, explica muito a concentração de médicos em determinadas áreas: o médico que faz graduação e residência numa mesma localidade apresenta 86% de chances de permanecer nessa mesma localidade. (...) Até 2015, por exemplo, tínhamos mais vagas de graduação em medicina nas capitais do que nos municípios do interior do país. (SOARES NETO, 2017, pag. 466)

Por outro lado, no mesmo ano de 2013, o então vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM) Aloisio Tibiriçá apontou que o necessário para o SUS era ter garantido a Emenda Constitucional nº 29, que destinaria mais dinheiro para saúde. Ele apontou que o Projeto Saúde + 10 seria um passo, mas não a totalidade, para resolver o problema de financiamento do SUS, que conseqüentemente, garantiria assistência à saúde em todo território nacional. Afirmou ainda que a proposta do PMM é demagógica e eleitoreira e que a alocação de médicos é determinada, como nas demais profissões, aonde existem melhores condições de trabalho. O vice-presidente ressaltou que a entidade defende a Carreira de Médico de Estado, mas que esta proposta não avançou junto ao Governo Federal (TAVARES, 2013).

A fala das entidades médicas alegava excesso de escolas médicas e por outro lado um então representante do Ministério da Saúde pontuando a necessidade de ampliação das vagas, baseado em critérios internacionais e sendo um programa contra os médicos brasileiros.

O PMM foi criado por Medida Provisória que é instrumento com força de lei emitido pelo Presidente da República em matérias relevantes e com urgência, com efeitos imediatos, com validade de 60 dias prorrogáveis automaticamente por igual período, prazo em que deve ser apreciado pelo Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, com base no artigo 62 da Constituição. Um Projeto de tamanha envergadura e que altera profundamente a autorização de novas escolas, o provimento de médicos, a abertura de vagas de residência médica e que movimentava grandes recursos financeiros foi alvo de inúmeras disputas também no Congresso Nacional.

Em estudo realizado por Oliveira (2017) que analisou as emendas à Medida Provisória ele constatou que 65 foram relativas a autorização para funcionamento dos cursos de Medicina (11,3%), 95 tinham como objetivo alterar os dispositivos sobre a formação médica no Brasil (16,5%), 357 se referiam ao provimento emergencial representado pelo Projeto Mais Médicos (62,1%), 42 queriam modificar as disposições finais (7,3%) e haviam ainda 16 emendas (2,8%) que não se relacionavam ao PMM, denominadas como “jabutis”.

Segundo Oliveira (2017), no mesmo relatório de pesquisa, dentre as emendas apresentadas na Medida Provisória algumas relativas aos cursos de Medicina foram aprovadas, realizando a seguinte análise:

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 possuíssem 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.” (Oliveira, 2017)

Oliveira (2017) assinala ainda que as mudanças no eixo de formação causaram extremo desconforto para as entidades médicas, que se opunham às medidas que inseriam o estudante em uma formação mais conectada ao SUS, contrariando o que era preconizado por instituições de educação médica e da saúde pública internacionais.

O Jornal Nacional anos mais tarde, em 2017, veiculou matéria repercutida pela Federação Nacional dos Médicos e pelo portal G1. O telejornal informou que, segundo levantamento do Ministério da Transparência, muitas prefeituras reduziram custos devido ao PMM ao deixar de contratar médicos e demitir para atenção primária e utilizar os médicos oriundos do programa. Tal prática é considerada irregular pelo Ministério da Saúde, conforme

legislação em vigor, pois o PMM surgiu com o intuito de aumentar o número de atuantes da atenção básica e não substituir o pagamento municipal por dinheiro financiado por via federal.

Em relação ao eixo educacional, o Ministério da Educação divulga em seu portal que, entre 2013 e janeiro de 2018, foram expandidas 11.511 vagas em cursos de Medicina, relacionadas ao PMM. Tais vagas provêm de três tipos de ato diversos:

- a) Autorização, que é relativo a um novo curso sendo implantado, por meio de editais de chamamento público, no caso das instituições de ensino superior privadas, ou expansão em universidades públicas. Este ato foi responsável pelo aumento de 5.760 vagas.
- b) Aumento de vagas, expansão de ingressantes por ano em cursos já existente e com conceito positivo nas avaliações do Ministério da Educação. Este ato foi responsável por 5.266 vagas.
- c) Reativação de vagas, ato que ocorre quando a instituição de ensino, após medida punitiva, cumpre os requisitos em acordo firmado com o MEC e obtém novamente as vagas. Este ato foi responsável pelo aumento de 485 vagas.

A Associação Brasileira de Educação Médica, entidade de agrega docentes, discentes e instituições de ensino em Medicina, em posicionamento realizado no Congresso Brasileiro de Educação Médica de 2017 em Porto Alegre, maior instância deliberativa na entidade, emitiu nota sobre a expansão de escolas médicas, em que apoia e se compromete com o Programa de Expansão de cursos de Medicina em Instituições Federais de Ensino e defendeu a monitorização da qualidade dos egressos por meio da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas. Neste mesmo sentido a entidade apoia a realização de exames periódicos, que não o Exame de Ordem, para verificar a qualidade dos cursos, mas sem vincular o desempenho do egresso em medicina na obtenção do registro profissional (ABEM, 2018).

A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), associação representativa dos acadêmicos de Medicina, se manifestou por meio de nota oficial em 2013 sobre o Programa Mais Médicos. A entidade defendeu o investimento em atenção primária, reconhecendo a escassez de profissionais em área remotas, entretanto, apontou para necessidade do aumento do financiamento em saúde pública, qualificação da atenção básica, superação do modelo biomédico flexeneriano de formação médica. Neste sentido, por verificar a possibilidade de expansão de parcerias público-privadas e de escolas médicas privadas, em detrimento a expansão de cursos públicos, a entidade se posicionou contrária ao projeto.

Em discurso em Comissão Geral da Câmara dos Deputados, na discussão do PMM, o presidente da Associação Médica Brasileira sr. Florentino de Araújo, realizado em 04 de março de 2013, manifestou que o PMM não altera o subfinanciamento da saúde, não havendo compromisso do Governo Federal em investir 10% das receitas correntes líquidas da União

para saúde, a falta de estrutura e de medicamentos. (disponível no link: <https://www.youtube.com/watch?v=wKwYpLpTGT0>)

Em 2016 a Federação Nacional dos Médicos, que congrega a maioria dos sindicatos médicos do Brasil, por meio de nota oficial, exigiu compromisso e seriedade na abertura de escolas médicas, alegando que a expansão promovida pelo PMM gerou a abertura de cursos sem cenários de prática adequados, com sobreposição de cenários e sem considerar a necessidade de profissionais para o país (FENAM, 2016).

Neste contexto, Gomes e Merhy (2017) ao analisarem a luta das entidades médicas diante do Programa Mais Médicos apontam que apesar da categoria médica possuir, dentre as profissões de saúde, maior potencial de construir diferentes planos de configuração da atenção à saúde mudanças bruscas vem ocorrendo entre a categoria como o aumento de médicos vinculados e sujeitos aos trabalho via planos de saúde, assalariamento do médico, disputa dos médicos para reafirmar sua autonomia e a expansão da oferta de cursos de graduação em medicina que aponta para uma pressão no futuro por parte do mercado, causando a redução das remunerações.

Em novembro de 2017, a AMB expressou apoio a moratória de abertura de escolas médicas por cinco anos, com o objetivo de pressionar o Ministério da Educação. Tal medida do Executivo Federal foi fruto de pressões das entidades médicas, conforme a própria matéria indica. A Associação alega que ocorreu a abertura de escolas médicas sem a estrutura adequada para formação de profissionais para atender satisfatoriamente a população. Na matéria a entidade, através de seu presidente Lincoln Ferreira, defendeu o cancelamento de editais ainda em vigor para autorização de novos cursos e alegou que existem bons cursos dentre os autorizados, mas muitas escolas médicas foram criadas por interesses políticos ou econômicos sem se preocupar com a qualidade da formação, carecendo de estrutura física, como hospitais de ensino (AMB, 2017).

A posição de Lopes (2018), presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, caminha no mesmo sentido da AMB ao declarar que a educação médica brasileira apresenta rápida expansão, chegando a áreas antes desassistidas. Ressalta que a concentração de escolas no Sudeste do país demonstra a falta de assistência à saúde e disparidade econômica. Entretanto, o autor afirma que devemos atentar para que se os profissionais formados estarão qualificados para prestar assistência à saúde. Ao atribuir ao PMM o aumento exacerbado de escolas médicas ele cobra que o MEC realize o papel de fiscalizar se as novas faculdades de Medicina cumprem os requisitos básicos para formação de profissionais com qualidade, pois, segundo o artigo, os hospitais municipais utilizados como cenário de prática muita das vezes não são adequados para

suportar a carga de serem hospitais de estudos, por não possuírem profissionais e equipamentos adequados. Por fim, o autor aponta que se os profissionais recém-formados tiverem qualidade serão bem-vindos enquanto colegas, mas caso contrário colocarão em risco a saúde das pessoas.

Em agosto de 2018, em período de eleição presidencial, o CFM, a AMB, a FMB a FENAM e a Associação Nacional de Médicos Residentes publicaram o “Manifesto dos Médicos em Defesa da Saúde no Brasil” com propostas com o intuito de melhorar a assistência e o bem-estar dos brasileiros. Tal documento, em seu preâmbulo, ressalta que o SUS não teve implantação plena nas três esferas de gestão e não conseguiu efetivar seus princípios constitucionais devido a falha em financiamento, infraestrutura, gerenciamento e políticas de recursos humanos e regulação. Segundo as entidades, na última década ocorreu redução significativa da participação do Estado no investimento e custeio da saúde do país e criticaram a falta de diálogo dos governos, que tem tomados decisões unilaterais nas políticas de saúde (CFM et al, 2018). Especificamente em relação à educação médica o Manifesto cobra o fim do que chamou de abertura desenfreada de escolas médicas e vagas em instituições que não possuem condições de funcionamento, além da necessidade de fortalecer o compromisso social dos novos médicos com o sistema de Saúde. Neste sentido, apontaram como necessário para formação médica a existência de corpo docente qualificado e comprometido, a valorização da preceptoria na residência médica e no internato e a existência de hospital-escola e campo de atuação na atenção primária à saúde (CFM et al, 2018). O posicionamento do CFM (2019) foi taxativo ao declarar que as escolas médicas que não cumpram tais requisitos devem ser fechadas e cobrou a participação das entidades médicas nos processos avaliativos dos cursos médicos e converge com o posicionamento da AMB e da FENAM, defender junto ao presidente Michel Temer a moratória por cinco anos de abertura de novas escolas .

Após intensa disputa institucional, em abril de 2018 o então presidente da República Michel Temer cede a pressão das entidades médicas e o Ministério da Educação publica a Portaria nº 328, de 05 de abril de 2018 (BRASIL, 2018), que dispõe sobre a suspensão do protocolo de pedidos de aumento de vagas e novos editais de autorização de cursos de Medicina pelo período de cinco anos e instituiu um Grupo de Trabalho para subsidiar a reorientação da formação médica. O Grupo de Trabalho é composto por representantes do MEC, MS, EBSEH, Conselho Nacional de Educação, CFM, AMB a ABEM.

O texto da medida determina em seu artigo primeiro que:

Art. 1º Fica suspensa por cinco anos a publicação de editais de chamamento público para autorização de novos cursos de graduação em Medicina, nos termos do art. 3º da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e o protocolo de pedidos de aumento de

vagas em cursos de graduação em Medicina ofertados por instituições de educação superior vinculadas ao sistema federal de ensino, de que trata o art. 40 do Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017. (BRASIL, 2018)

Em entrevista dada a Empresa Brasileira de Comunicação (EBC), durante a assinatura da portaria, o então Ministro da Educação Mendonça Filho alegou que ocorreu um grande aumento no número de cursos de Medicina no país e agora era momento de zelar pela qualidade.

Teremos moratória de cinco anos para que possamos reavaliar todo o quadro de formação médica no Brasil. Isso se faz necessário até porque as metas traçadas com relação à ampliação de médicos já foram atingidas. Mais que dobramos o número total de faculdades de formação de medicina nos últimos anos, o que significa dizer que há uma presença de formação médica em todas as regiões do Brasil. (AQUINO; CRAIDE, 2018)

Na mesma oportunidade o presidente do CFM, Carlos Vital, afirmou que há um número excessivo de vagas abertas em cursos de Medicina e que a portaria vem ao encontro da necessidade de controle das autorizações, apontou ainda que temos em torno de 31 mil vagas autorizadas por ano e que esse número levará a uma quantidade de médicos per capita que não é compatível com países de primeiro mundo (AQUINO; CRAIDE, 2018).

Neste contexto, em 2019, o CFM se posicionou por meio de nota oficial:

De um lado, priorizam interesses de grupos políticos e de agentes econômicos, que enxergam a educação médica como filão lucrativo a ser explorado. De outro, fragilizam o processo de ensino, ameaçam a credibilidade da profissão e colocam o paciente, a sociedade e os futuros egressos das escolas médicas em situação de risco. (CFM, 2019)

Por outro lado, a Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior (ABMES) alega que a moratória é um retrocesso e fere o direito fundamental à saúde da população e que é contraditório em período temporal tão curto o Governo autorizar e incentivar a aberturas de cursos de Medicina e abruptamente interromper o processo de expansão (AQUINO; CRAIDE, 2018).

O diretor executivo da ABMES Sólton Caldas declarou em abril de 2018 no sítio oficial da entidade que “essa decisão é um retrocesso que anda na contramão do desenvolvimento e da necessidade em relação aos profissionais dessa área”, pois seriam necessários 20 anos para que os egressos dos novos cursos estivessem formados e aptos para atender a população, privilegiando a entidades médicas e deixando de formar novos profissionais.

A AMB também comemorou a moratória em texto publicado em seu sítio eletrônico oficial com pronunciamento de seu presidente Lincoln Ferreira que declarou:

O que vimos nos últimos quinze anos tem servido somente para atender interesses políticos e econômicos e pouco tem contribuído para melhorar a Saúde no Brasil. Isso devido à baixíssima qualidade dos profissionais que a maioria das novas escolas está diplomando, colocando em risco a saúde da população e sobrecarregando ainda mais o sistema de saúde. A maioria das novas escolas não tem conseguido garantir uma formação adequada aos estudantes de medicina devido a inúmeros problemas e deficiências que apresentam. (AMB, 2018)

O Conselho Federal de Medicina, autarquia federal com autonomia administrativa e financeira, instituído pela Lei 3.268 de 1957, com a atribuição de órgão supervisor da ética profissional e julgadores e disciplinadores da categoria médica, se posicionou através de nota oficial seu novembro de 2019, afirmando que o Brasil possui grande número de escolas médicas, comparando com países mais populosos com o Brasil, e que os governos Dilma Rousseff e Jair Bolsonaro vem privilegiando instituições privadas, sem critérios, para concessão de autorização de novos cursos de graduação, tendo em vista a veiculação na mídia da revogação da moratória para abertura de novos cursos.

Atualmente, o Brasil conta com 341 escolas médicas. Nesse quesito, fica atrás apenas da Índia, que tem mais 1 bilhão de habitantes, e a frente de países como a China, Estados Unidos, Indonésia e Paquistão – todos mais populosos. É estarrecedor que a política de formação médica defendida pelo Ministro Weintraub seja idêntica àquela implementada pelo Governo da presidente Dilma Rousseff, baseada em critérios políticos e econômicos, privilegiando-se grupos educacionais privados e sem preocupação com a qualidade dos egressos que atenderão a população. (CFM, 2019)

É importante frisar que nos pronunciamentos oficiais analisados, constantes nos sítios das instituições, apesar de ressaltarem uma expansão exagerada de vagas e que as novas escolas médicas não tem capacidade de formar médicos com qualidade não foi apresentado nenhum estudo que comprovasse o fato, nem mesmo levantamento sobre a infraestrutura das IES ou qualificação do corpo docente.

Um dado muito utilizado, em especial pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), que há quinze anos realiza teste para os concluintes, tem sido o alto nível de reprovação dos egressos em sua prova de conhecimentos, de cunho exclusivamente teórico e de realização opcional, que chegam a reprovar, como na edição de 2018, 61% dos participantes. Não consta na literatura que tal teste tenha sido calibrado por instituições de ensino ou a metodologia para escolha das questões que iriam ser contempladas, nem tampouco, se está adaptado às determinações das DCN's de 2014.

Este exame tem sido criticado, desde sua criação pela Associação Brasileira de Educação Médica, que aponta que exames pontuais e punitivos aos egressos não têm a

capacidade de realizar a transformação na educação médica, pois não existia como, em um exame nos moldes do Exame de Ordem da Ordem dos Advogados do Brasil, realizar a correção das deficiências durante a formação, pelo contrário, a ABEM defende o teste de progresso, com caráter pedagógico, que não realiza *ranking* entre as instituições e que sirva de reflexão para as IES sobre como tem sido o desenvolvimento das competências dos egressos ao longo do curso, entretanto, tal teste atualmente tem caráter iminentemente teórico, sem abordar habilidades práticas e atitudes.

Meses após a medida de moratória de abertura de novas vagas em cursos de Medicina foi alterada por meio da Portaria nº 1.302 do Gabinete do Ministro da Educação de 2018, criando condições em que a proibição de expansão de vagas não seria observada, sendo elas:

Art. 1º
 Parágrafo único. A suspensão do protocolo de pedidos de aumento de vagas de que trata o caput não se aplica:
 I - aos cursos de Medicina autorizados no âmbito dos editais de chamamento público em tramitação ou concluídos, segundo o rito estabelecido no art. 3º da Lei nº 12.871, de 2013;
 II - aos pedidos de aumento de vagas de Medicina protocolados no Ministério da Educação até a data da publicação desta Portaria, cuja análise observará instrução a ser expedida pela Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior; e
 III - aos cursos de Medicina pactuados no âmbito da política de expansão das universidades federais, cujos pedidos de aumento de vagas poderão ser solicitados uma única vez e analisados de acordo com regras e calendário específicos, a serem definidos pelo Ministério da Educação. (BRASIL, 2018)

A portaria em questão estabeleceu que a continuidade do chamamento público em vigor (Edital 01/2018), os pedidos de vagas já protocolados pelas IES reconhecidas e a expansão das instituições públicas federais, sendo assim, mesmo após a moratória continuou ocorrendo a expansão de vagas, exceto pela publicação de novos editais de chamamento público. De acordo com dados oficiais obtidos no e-MEC até fevereiro de 2020 haviam 341 escolas de medicina autorizadas no Brasil.

É importante ressaltar, que dada a legislação em vigor, a autorização para cursos de Medicina mantidos por IES estaduais continuaram a poder serem autorizados, a exemplo da Universidade Estadual de Roraima (UERR) em Boa Vista, que iniciou suas atividades após a moratória, tendo em vista que o reconhecimento e autorização destes cursos é de competência dos Conselhos Estaduais de Educação.

De fato, o PMM conseguiu o objetivo de quase dobrar o número de vagas para estudante de medicina ingressantes, como as iniciativas tiveram início em 2013, mas não existem dados que realmente comprovem a qualidade destes cursos.

É importante ressaltar que foram criados com base nas normativas de infraestrutura constante nos editais e se submetem a avaliação periódica do MEC, inclusive pelo Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), que é um dos fatores que compõe o sistema de avaliações do Ministério junto a infraestrutura, coordenação do curso e qualificação do corpo docente, mas os novos cursos serão avaliados no próximo ciclo.

Por fim, as disputas no PMM partiram de diversas entidades da sociedade civil, em especial das representativas da categoria médica. Por um lado o Ministério da Saúde alega a necessidade premente de expandir vagas, dada a comparação com a OCDE e com as alegadas demandas detectas pelo SUS, por outro lado as entidades médicas alegam a falta de estrutura e corpo docente adequado, tendo em vista que as vagas de pós graduação em níveis de mestrado e doutorado também de encontram no eixo sul e sudeste e o número de egressos médicos desses programas, para suprir adequadamente os cursos criados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde do Brasil surge com o intuito de garantir saúde como direito de todos os brasileiros, ocorrendo a ênfase na municipalização da gestão e ampliação dos serviços de saúde, em especial no âmbito da atenção primária, com conseqüente aumento das demandas por profissionais da saúde.

Entretanto, o SUS enfrenta dificuldades a serem superadas, como a limitação do financiamento que impede a expansão da rede própria e a demora por implantação de uma política de recursos humanos consistente que envolvesse a ordenação da formação profissionais, a exemplo do que ocorre em países como Canadá, Portugal e Cuba, que leva a dificuldade de alocação de profissionais e, conseqüentemente, faz com que áreas remotas tenham menor acesso à saúde que grandes centros urbanos.

O provimento adequado de recursos humanos em saúde, em especial médicos, é um desafio em todo mundo. Ao longo dos anos, o Brasil adotou medidas para a fixação de médicos, em especial distante das capitais, mas nenhuma com a magnitude do Programa Mais Médicos. O PMM, como já dito nesse estudo, teve como objeto não apenas o intercâmbio o provimento emergencial, mas também medidas estruturais de médio e longo prazo como a ampliação de vagas em graduação em Medicina, com editais de chamamento público para instituição de ensino privada, invertendo a lógica existente até então, que o interesse dos conglomerados educacionais determinava onde seriam abertas as vagas e não os interesses das sociedade e as demandas em saúde.

Certamente um Programa que altera de maneira tão profunda e mais do que dobra o número de vagas para ingressantes em Medicina foi alvo de apoio por parte dos gestores municipais, que há décadas manifestavam interesse em contratar médicos, mas não existiam candidatos. É inegável que existem outros fatores como vínculos trabalhistas precários oferecidos e não apenas a mera escassez que influenciam a alocação de médicos em determinada localidade.

Por outro lado, as entidades médicas como o Conselho Federal de Medicina, a Federação Nacional dos Médicos e a Associação Médica Brasileira se posicionaram contra a atuação de médico estrangeiros, mas também alegavam que não existia falta de médicos no Brasil, mas a solução para o provimento poderia ser a aprovação de uma carreira federal com plano de cargos, carreiras e salários e que o vínculo do PMM era precário por meio do pagamento por bolsa de formação. Neste sentido, estas entidades alegam que foram abertas escolas de Medicina em locais sem o suporte adequado, mesmo com as previsões mínimas nos editais de requisitos para

habilitação das cidades, e não haveria professores médicos com formação em nível de pós-graduação suficientes para lecionar para tantos egressos, causando uma diminuição na qualidade da formação médica no país.

Após a disputa interna no governo Michel Temer as entidades médicas tiveram uma vitória parcial e conseguiram a moratória da abertura de vagas, entretanto, sem prejuízo das já solicitadas. A pressão continua no atual governo com dois polos: as entidades de ensino superior privadas que querem aumentar seus lucros e derrubar a moratória e as entidades médicas defendendo um maior debate sobre a qualidade das escolas abertas e avaliações do egressos em diferentes moldes, como exame de ordem, defendido pelo CREMESP e o teste de progresso, bandeira da Associação Brasileira de Educação Médica.

Outro fator que chama a atenção, é que apesar da expansão de vagas de graduação em Medicina se pode afirmar que não foi plural e inclusiva, pois ocorreu em maior parte na rede particular de ensino com mais de 70% das vagas oferecidas em universidades privadas. O perfil do curso privado de medicina é de ter altas mensalidades, incompatíveis com a renda da maior parte da população brasileira, afirmando um viés elitista na entrada na graduação em Medicina. É bem verdade que existem políticas como financiamento estudantil, mas estas submetem o estudante a um alto grau de endividamento a ser pago após a formação.

É inegável que com a expansão da atenção primária e serviços de saúde ocorreu o crescimento de postos de trabalhos médicos, com muitas vacâncias, nos interiores e em capitais, como podemos verificar no próprio município do Rio de Janeiro. Entretanto, esta tem origem multifatorial e não apenas na escassez de profissionais, como atrasos salariais, vínculos trabalhistas, características do local, violência, dentre outros. Todavia, é necessário superar a escassez de profissionais, sem deformar a formação profissional, para que possamos garantir o acesso à saúde a toda população brasileira, em especial a mais vulnerável que é quem menos tem acesso, contrariando o princípio da equidade.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. (2017). *O Projeto Mais Médicos para o Brasil e a construção de mitos: uma leitura bartheana*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 21(Supl. 1), 1157-1168. Epub 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0540>

ALBUQUERQUE, V.S. *A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde*. Rev. bras. educ. med. [online]. 2008, vol.32, n.3 [cited 2009-12-17], pp. 356-362. Available from:

ALMEIDA FILHO, N. *Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=en&nrm=iso>. access on 07 May 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>.

AMARAL, J. L. *Duzentos anos de ensino médico no Brasil*. Instituto de Medicina Social UERJ, Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

AMB COMEMORA MORATÓRIA DE CINCO ANOS PARA ABERTURA DE NOVAS ESCOLAS DE MEDICINA. Associação Médica Brasileira, 2018. Disponível em: <<https://amb.org.br/noticias/amb-moratoria/>>. Acesso em: 07 maio 2020.

AMB. *Moratória na Abertura de Escolas Médicas*. São Paulo: Editora AMB, 2017. Disponível em <<https://amb.org.br/noticias/moratoria-na-abertura-de-escolas-medicinas/>>. Acessado em 31 de março de 2019.

AQUINO, Y.; CRAIDE, S. *MEC Suspende criação de novos cursos de medicina por 5 anos*. Rio de Janeiro: Empresa Brasil de Comunicação, 2018. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2018-04/mec-suspende-criacao-de-novos-cursos-de-medicina-por-5-anos>> Acessado em 31 de março de 2019.

AZEVEDO, B.M.S. *et al.* A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.7, n. 44, p.187-200, Mar. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100015&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Feb 2020. Epub Dec 11, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000048>.

BELISÁRIO, S.A. *et al.* Supervisores do Programa Mais Médicos para o Brasil: uma primeira aproximação. In: Machado, M.H. et al (org.). *O PMM e a Atenção Básica*. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Prismas. 2017. p 273-312.

BRASIL (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO). Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014.

BRASIL. Casa Civil. *Decreto nº 78.307, de 24 de Agosto de 1976*. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78307-24-agosto-1976-427254-publicacaooriginal-1-pe.html> > Acessado em Maio de 2020.

BRASIL. Casa Civil. *LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013*. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.html > Acessado em Maio de 2020

BRASIL. Casa Civil. *Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 2013. Seção 1, p. 1

BRASIL. Casa Civil. *LEI No 6.310, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1975*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6310.htm Acessado em Maio de 2020.

BRASIL. Decreto nº 62.927, de 28 de junho de 1968. Institui, em caráter permanente, o Grupo de Trabalho "Projeto Rondon", e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 jul. 1968. Seção I, p. 5387.

BRASIL. *Decreto nº 84.219, de 14 de novembro de 2019*. Brasília: Presidência da República. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-84219-14-novembro-1979-433518-publicacaooriginal-1-pe.html> > Acessado em 31 de março de 2019.

BRASIL. Diário Oficial da União n. 206 de 23 de outubro de 2013. Brasília: Imprensa Nacional, 2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=14474-edital-mec3-pre-sel&category_slug=outubro-2013-pdf&Itemid=30192> Acessado em 31 de março de 2019.

BRASIL. *Edital 01/2018 SERES/MEC*. Ministério da Educação. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-regulacao-e-supervisao-da-educacao-superior-seres/novos-cursos-de-medicina-edital-n-1-2018-ies> > Acessado em Maio de 2020.

BRASIL. *Lei 12.202/10*. Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12202.htm> Acessado em Maio de 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO e MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001 de 22/10/2009*. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO e MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369 de 08/07/2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO e MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria Interministerial MEC/MS nº 10 de 20/08/2014.* Institui a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde e o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO e MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.124 de 04/08/2015.* Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Decreto nº 84.219, de 14 de novembro de 2019.* Brasília: Presidência da República. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-84219-14-novembro-1979-433518-publicacaooriginal-1-pe.html> > Acessado em 31 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria n 328, de abril de 2018.* Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Port-MEC-328-2018-04-05.pdf>> Acessado em 31 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *2 Anos do Programa Mais Médicos no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf>. Acesso em: 10 de mar. De 2019.

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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf>. Acesso em: 31 de março de 2019.

BRASIL. *Novos Cursos de Medicina - Edital 06/2014.* Ministério da Educação. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-regulacao-e-supervisao-da-educacao-superiores/programa-mais-medicos> > Acessado em Maio de 2020.

BRASIL. *Novos Cursos de Medicina – Edital nº1/2017 – IES.* Ministério da Educação. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-regulacao-e-supervisao-da-educacao-superiores/novos-cursos-de-medicina-edital-2017> > Acessado em Maio de 2020.

BRASIL. Parecer nº CNE/CES 583/2001, de 04 de abril de 2001. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>>. Acesso em: 16 de fev. 2020.

BRASIL. Portaria 1.302, de 04 de dezembro de 2018. Altera a Portaria MEC nº 328, de 5 de abril de 2018. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 dez. 2018. Seção 1, p. 23.

BRASIL. *Portaria Normativa n. 14, 2 de junho de 2014*. Brasília: Mec, 2014. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_25592250_PORTARIA_NORMATIVA_N_14_DE_2_DE_JUNHO_DE_2014.aspx>. Acessado em 31 de março de 2019.

BRASIL. *PORTARIA NORMATIVA Nº 14, DE 2 DE JUNHO DE 2014* Ministério da Educação. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_25592250_PORTARIA_NORMATIVA_N_14_DE_2_DE_JUNHO_DE_2014.aspx> Acessado em Maio de 2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, 1990.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Brasília, 1990.

BRASIL. *Seminário Nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade*. Ministério da Educação. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_escassez_profissionais_areas_remotas.pdf> Acessado em Janeiro de 2020.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Diário Oficial da União, 5 de outubro de 1988.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N: *A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades*. Saúde para Debate, n. 44, p. 13-24, 2009.

CAMPOS, G.W.S.; PEREIRA JUNIOR, N. *A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2655-2663, Sept. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902655&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 31 Mar. 2019.

CARDOSO, A.L. *et al. Imagem do “Programa Mais Médicos” na mídia escrita*. In: Machado, M.H. et al (org.). *O PMM e a Atenção Básica*. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Prismas. 2017. p 313-356.

CARVALHO, V.K.S.; MARQUES, C.P.; SILVA, E.N. *A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2773-2784, Sept. 2016. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902773&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17362016>.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO (CFE). *A Dimensão Atual do Projeto Rondon*. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 1979.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) *et al.* MANIFESTO DOS MÉDICOS EM DEFESA DA SAÚDE DO BRASIL. Brasília. 2018. Disponível em <<https://amb.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Manifesto-dos-Me%CC%81dicos-em-Defesa-da-Sau%CC%81de-do-Brasil.pdf>> Acesso em 16 de mar de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). CFM defende moratória das escolas médicas no País. Brasília. 2019. Disponível em <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28295:2019-06-13-22-20-27&catid=3>. Acesso em: 16 de fev. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Nota de repúdio às declarações do ministro da Educação**. Brasília. 2019. Disponível em: <<http://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/cfm-repudia-posicionamento-do-ministro-da-educacao-sobre-abertura-de-escolas-medicas/>> Acesso em: 16 de fev. 2020.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

SCOREL, S. *O Programa de interiorização de ações de saúde e saneamento* (Piass). In: Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, pp. 161-178.

SCOREL, S. *História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990*. In: Giovanella, Ligia *et al* (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p 323-364.

Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). *Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil* Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFMG; 2012. [acessado 01 mar 20]. Disponível em: Http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf/

FEDERAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. *Federação Médica Brasileira – Surge uma nova identidade*. Belém: Portal da FMB, n/d. Disponível em: <<http://portalfmb.org.br/institucional/historia/>> Acessado em 31 de março de 2019.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS (FENAM). Disponível em: <http://www.fenam.org.br/site/noticias_fenam.php> Acesso em: 10 mar. 2019. Não paginado.

[Links]

FERREIRA, M.J.M. *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.23, supl. 1, e170920, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600211&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Feb 2020. Epub May 16, 2019. <https://doi.org/10.1590/interface.170920>.

FGV. *Escassez de Médicos*. Rio de Janeiro: Editora FGV, n/d. Disponível em: <<https://www.cps.fgv.br/ibrecps/medicos/index.htm>>. Acessado em 31 de março de 2019.

FLEXNER A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4)

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. *Cadê o Médico?* Brasília: FNP, 2013. Disponível em: <<http://cadeomedico.blogspot.com/>> Acessado em 31 de março de 2019.

G1. Cuba decide deixar programa Mais Médicos no Brasil e cita declarações 'ameaçadoras' de Bolsonaro. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/11/14/cuba-decide-deixar-programa-mais-medicos-no-brasil.ghtml>>. Acesso em: 07 fev 2020

GIRARDI, S. N. ; CARVALHO, C. L. ; ARAÚJO, J. F. ; FARAH, J. M. ; WAN DER MAAS, Lucas ; CAMPOS, L. A. B. . *Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária*. In: PIERANTONI, Célia Regina; DAL POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tania. (Org.). *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. 1ed.Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; ObservaRH, 2011, v. , p. 171-186.

GIRARDI, S.N. *et al.* *Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n. 9,p. 2675-2684, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902675&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 março de 2019.

GOMES, L.B.; MERHY, E.E. *Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2017, v. 21, n. Suppl 1 [Acessado 29 fevereiro 2020] , pp. 1103-1114. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0363>>. Epub 20 Jul 2017. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0363>.

GREEN, M.L. Identifying, appraising and implementing medical education curricula: a guide for medical educators. *Ann Intern Med*. 2001; 135(10): 889-96.

IBGE. *Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047*. Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>> Acessado em Maio de 2020.

IPEA. *Sistema de Indicadores de Percepção Social - 2011*. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf. 2011. Acesso em: 8 de jun. 2019.

KEMPER, E.S.; MENDONÇA, A.V.M.; SOUSA, M.F. *Programa Mais Médicos: panorama da produção científica*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v.21, n. 09 [Acessado 5 março 2019], pp.2785-2796. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>.

LIMA, J. C. S. **A Residência Médica**: articulações entre a prática e o ensino. 2008. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

LISBOA, C. *A emergência dos brasileiros*. *Revista de informações e debates do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*. 2014. Ano 10. Edição 79. 23/05/2014. Disponível em: <www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=3023:catid=28> Acessado em 31 de março de 2019.

LOPES, A.C. *A explosão numérica das escolas médicas brasileiras*. *Educacion Médica*, v.19, Supplement 1, July 2018, Pags 19-24. ISSN 1575-1813, Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.004>> <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318300263>>. Acessado em 31 de março de 2019.

MACHADO, C.D.B.; WUO, A.; HEINZLE, M. *Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica*. *Rev. bras. educ. med.*, Brasília, v. 42, n. 4, p.66-73, dez. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000400066&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31 mar. 2019.

MACHADO, M.H. *Trabalho e Emprego em Saúde*. In: Giovanella, Ligia *et al* (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p 259-278.

MACIEL FILHO, R. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2007.

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F. *O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits)*. In: *Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, pp. 83-157. ISBN: 978-85-7541-601-3. Available from: doi: 10.7476/9788575416013.005.

MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

MEC. *Portaria Normativa n. 16, de 25 de agosto de 2014*. Brasília: Imprensa Oficial Brasileira, 2014. Disponível em: https://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_26.08.2014-I.pdf Acessado em 31 de março de 2019.

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.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (BR). *PORTARIA Nº 1.302, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2018*. Altera a Portaria MEC nº 328, de 5 de abril de 2018. Diário Oficial União nº 233, 05.12.2018, Seção 1, p.23.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (BR). *PORTARIA Nº 328, DE 5 DE ABRIL DE 2018*. Dispõe sobre a suspensão do protocolo de pedidos de aumento de vagas e de novos editais de chamamento público para autorização de cursos de graduação em Medicina e institui o Grupo de Trabalho para análise e proposição acerca da reorientação da formação médica. Diário Oficial União nº 66, 06.04.2018, Seção 1, p.114.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde/PIT*. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/24/3.f%20DOC.%20DO%20PITS.pdf>. Acesso em: 07 de maio de 2020.

NETTO, J.J.M. *et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa*. Rev Panam Salud Publica, São Paulo, v,42 n. 07 Jun 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2018.v42/e185/pt>> Acessado em maio de 2020.

NORA, C.R.D.; JUNGES, J.R. *Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática*. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.6, p.1186-1200, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601186&lng=en&nrm=iso>. access on 07 May 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004581>.

NORONHA, JC.; PEREIRA, TR. *Princípios do sistema de saúde brasileiro*. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol.3. pp.19-32. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf>> Acessado em maio de 2020.

OLIVEIRA, F.P. *et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional*. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.19, n. 54, p. 623-634, Sept. 2015 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

32832015000300623&lng=en&nrm=iso>.access on 16 Fev 2020.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>.

OLIVEIRA, F.P. *et al.* *Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa.* **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.41, n. spe3, p.60-73, set. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700060&lng=pt&nrm=iso>.acessos em 07 maio 2020.<https://doi.org/10.1590/0103-11042017s305>.

OLIVEIRA, F.P. *et al.* *Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional.* Interface (Botucatu), Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, sept 2015, Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en&nrm=iso>. acesso 01 mar 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>.

OMS. *Declaração de Alma Ata Sobre Cuidados Primários.* URSS: Setembro de 1978. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf> acessado em maio de 2020

PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. *O relatório Flexner: para o bem e para o mal.* **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-5022008000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Fev 2020. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>.

PAIM, J.S. *Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.* Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 1 março 2019], pp. 1723-1728. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. ISSN 1678-4561.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

PETTA, H.L. *Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência).* **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.37, n. 1, p.72-79, Mar. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 07 may 2020.
<https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100011>.

PINTO, H.A. *et al.* *Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimto de 2013 a 2015.* Interface (Botucatu), Botucatu, v.21, supl. 1, p.1087-1101, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501087&lng=en&nrm=iso>. access on 07 may 2020. Epub Aug 21, 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. *Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).* Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23,n. 6 p. 1903-1914, June 2018. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso>. access on 07 May 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

PIRES-ALVES, F.A.; CUETO, M. *A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2135-2144, July 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702135&lng=en&nrm=iso>. access on 16 May 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02032017>.

Posicionamento da DENEM sobre o programa “Mais Médicos”. Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, 2013. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2013/08/posicionamento-da-denem-sobre-o-programa-mais-medicos/>>. Acesso em: 07 maio 2020.

PROGRAMA DE EXPANSÃO DOS CURSOS DE MEDICINA. Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), 2018. Disponível em: <<https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/PROGRAMA-DE-EXPANSA%CC%83O-DOS-CURSOS-DE-MEDICINA.pdf>>. Acesso em: 07 fev 2020.

Rede Observatório Programa Mais Médicos. *Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014* [Internet]. 2015 [citado 10 Mar 2016]. Disponível em: [http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos\[Links\]](http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos[Links])

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*. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Prismas. 2017. p 155-176.

RIBEIRO, R.C. *Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.421-424, Feb. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200421&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 31 Mar. 2019.

SANTOS, L.M.P. et al. *Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2015, vol.20, n.11, pp.3547-3552. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001103547&script=sci_abstract&tlng=pt> Acessado em 31 de Março de 2019.

SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4

SILVA, V.O. et al. *O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia*. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. 117 [Acessado 5 março 2019], pp. 489-502. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811712>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811712>.

SOARES NETO, J.J. *et al.* *Depoimento 3: Vinicius Ximenes Muricy da Rocha*. In: Machado, M.H. et al (org.). *O PMM e a Atenção Básica*. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Prismas. 2017. p 437-454.

SOARES NETO, J.J. *et al.* *Depoimento 4: Felipe Proença de Oliveira*. In: Machado, M.H. et al (org.). *O PMM e a Atenção Básica*. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Prismas. 2017. p 457-470.

SOARES NETO, J.J.; MACHADO, M.H.; ALVES, C.B. *O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2709-2718, sept. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902709&lng=en&nrm=iso>. access on 07 May 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16432016>.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde, 2004.

TAVARES, V. *'Mais Médicos: ' programa atende a todas necessidades prioritárias do SUS?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

TESSON, G.; CURRAN, V.; PONG, R.W.; STRASSER, R. *Advances in rural medical education in three countries: Canadá, The United States and Austrália*. *Rur and Rem Health*.2005; 5;397, 2005. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_397.pdf>Acessado em Maio de 2020.

VAITSMAN, J.; RIBEIRO, J.M.; LOBATO, L.V.C. *Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva*. v. 23, n. 2, p. 589-611, <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200014&lng=e&nrm=iso>. 31 2019.

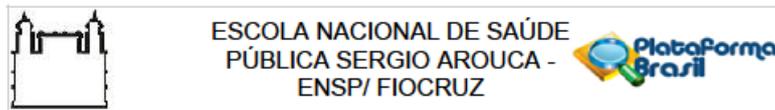
VIANA, A. *Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas*. In: CANESQUI, A. M. *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **Bull. N. Y. Acad. Med.**, New York City, v. 73, n. 1, p. 187-212, summer 1961.

XIMENES NETO, F.R.G., SAMPAIO, J.J.C. *Atenção Primária à Saúde e território: histórico, concepções e políticas*. In: Machado, M.H. et al (org.). *O PMM e a Atenção Básica*. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Prismas. 2017. p 25-90

ZARPELON, L.F.B.; TERCENIO, M.L.; BATISTA, N.A. *Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 12 [Acessado 29 fevereiro 2020], pp. 4241-4248. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.32132016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.32132016>.

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A expansão de escolas médicas e o Programa Mais Médicos

Pesquisador: Alexandre Oliveira Telles

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14515019.3.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.400.757

Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), intitulado "A expansão de escolas médicas e o Programa Mais Médicos", de Alexandre Oliveira Telles, orientado pelo Prof. Dr. José Mendes Ribeiro, co-orientado pela Profa. Dra. Maria Helena Machado, qualificado em 29/04/2019 e financiado pelo próprio pesquisador, no valor total de R\$550,00.

RESUMO

"O PMM foi alvo de diversas disputas políticas por parte das instituições de ensino superior privadas, secretários de saúde, prefeitos e as entidades médicas. Por um lado, as IES querem ofertar o curso de graduação de medicina, por outro, os representantes municipais pressionaram o governo federal para suprir o déficit de profissionais em suas respectivas regiões. Ao mesmo tempo, as entidades médicas alegam que o exercício da medicina por profissionais não revalidados pode ser prejudicial à população. Há preocupação por parte das mesmas entidades o aumento da oferta de cursos de graduação em medicina sem observada qualidade de formação do profissional médico. Portanto, esta dissertação se propõe a ser uma análise de política governamental PMM. O recorte temporal se dá entre o início da implantação do programa até o advento deste projeto de pesquisa com entrevistas com atores chaves."

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br