

A dimensão da formação no Programa Mais Médicos: hiato entre propostas e implementação

Education in the Mais Médicos program: the gap between proposals and implementation

Erika Maria Sampaio Rocha¹ emsampaio-rocha@gmail.com

Thiago Dias Sarti² tdsarti@gmail.com

George Dantas de Azevedo³ georgedantas.faimer@gmail.com

Jonathan Filippou⁴ j.filippou@qmul.ac.uk

Carlos Eduardo Gomes Siqueira⁵ carlos.siqueira@umb.edu

Maria Angélica Carvalho Andrade² geliandrade@hotmail.com

RESUMO

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

Objetivo: Este estudo teve como objetivo analisar os resultados do eixo Formação do Programa Mais Médicos no Brasil.

Métodos: Realizou-se uma pesquisa documental, especificamente relativa à localização e à natureza pública ou privada das novas vagas de graduação em Medicina, no período de 2013 a 2017, em que se confrontaram os resultados obtidos com as metas e estratégias pactuadas nos documentos oficiais do programa.

Resultados: O eixo Formação alcançou resultados importantes, apesar da resistência de alguns atores institucionais. O programa expandiu em 7.696 vagas de graduação, sendo 22,48% em instituições públicas e 77,52% em instituições privadas. A distribuição das novas vagas priorizou cidades do interior do Brasil e aprovou mudanças regulatórias importantes para os cursos de Medicina. No entanto, as disputas políticas com atores sociais representativos da classe médica e aqueles interessados no favorecimento do setor privado na educação e assistência à saúde ficaram expressas nos discursos e documentos oficiais. Tais aspectos fragilizaram o corpo normativo do programa e criaram um hiato entre os seus objetivos e a implementação. Evidências referentes à concentração de vagas no Sudeste do país favorecem a manutenção das desigualdades, a despeito de um crescimento proporcionalmente maior nas Regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte.

Conclusão: A prevalência de vagas em instituições privadas e a fragilização de instrumentos de monitoramento dos novos cursos podem comprometer a mudança no perfil dos egressos, necessária para a fixação de médicos em áreas estratégicas e na atenção primária à saúde.

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

ABSTRACT

Introduction: The scarcity and inequalities in the geographical distribution of physicians challenge the consolidation of the right to health and create migratory flows that increase health inequities. Due to their complex and multidimensional characteristics, they demand multisectoral political approaches, considering several factors related to the availability and area of practice of medical doctors, as well as the social vulnerability of local populations.

Objective: This study aimed at analysing results of the "Mais Médicos" (More Doctors) Program Educational Axis in Brazil.

Methodology: A documental research was conducted, highlighting the location and the public or private nature of new undergraduate medical school vacancies between the years 2013 until 2017, which were then compared to the goals and strategies outlined in the official Program documents.

Results: The Educational Axis reached important milestones despite the resistance of some institutional actors. The Program extended its undergraduate vacancies by 7696 places, 22.48% of that in public institutions and 77.52% in private ones. Vacancy distribution prioritized cities in rural areas of Brazil, at the same instance bringing forward significant regulatory changes for undergraduate medical courses. However, political disputes with representatives of medical societies and stakeholders interested in favouring the private educational and healthcare sectors surface in the official discourses and documents. These factors weakened the program normative body, creating a hiatus between its core objectives and respective implementation. Evidence related to the concentration of vacancies in the Southeast regions allow the maintenance of a known unequal workforce distribution, despite a proportionally bigger increase in the Midwest, North and Northeast regions.

Conclusion: The predominance of vacancies in private institutions and the weakening of the new undergraduate courses monitoring instruments can compromise changes in the graduate students' profiles, which are necessary for the fixation of physicians in strategic geographic areas to promote Primary Healthcare.

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

¹Universidade Federal do Sul da Bahia, Teixeira de Freitas, Bahia, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

⁴Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra.

⁵University of Massachusetts Boston, Boston, Massachusetts, Estados Unidos da América.

INTRODUÇÃO

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

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

Exemplos da efetividade da seleção de estudantes com base no vínculo com regiões prioritárias são encontrados no Canadá. A Northern Ontario School of Medicine – Nosm (Escola de Medicina do Norte de Ontário), por meio de um abrangente processo de seleção, conseguiu aumentar a entrada no curso de Medicina de estudantes naturais da região, bem como de minorias excluídas (indígenas e francófonos). Essa seleção de estudantes, associada a uma estrutura curricular que prioriza a APS e a parceria com as gestões dos pequenos municípios, promoveu taxas de até 92% de fixação e permanência na região dos estudantes egressos dessa universidade⁹⁻¹¹. Nesse sentido, a localização dos novos cursos em regiões desassistidas e o seu caráter público ou privado podem favorecer essa seleção, sendo considerados importantes preditores de fixação¹².

No Brasil, as discussões sobre a necessidade de reformulação na educação médica tornaram-se mais evidentes a partir da década de 1990, com destaque para os trabalhos da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), o que demonstra a importância da adequação do perfil dos egressos das escolas médicas às necessidades da população e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)¹³. Muitas políticas públicas integraram o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) com o objetivo de promover mudanças na formação e fixação de médicos em áreas desassistidas para melhorar o acesso a serviços de saúde por grupos populacionais excluídos^{14,15}. Nesse contexto, teve início um processo de expansão das vagas de cursos de

Medicina, já norteado por essas referências internacionais, como explicitado em documento do grupo que elaborou as diretrizes curriculares necessárias para as mudanças na educação médica no país¹⁶. Em 2013, o governo aprovou o Programa Mais Médicos (PMM)¹⁷, uma política abrangente que promoveu grande mudança no papel do Estado na regulação do ensino médico e reafirmou o preceito constitucional do SUS como responsável pela ordenação da formação dos recursos humanos necessários para o setor da saúde¹⁸.

O PMM abrange três eixos estratégicos: o provimento emergencial de médicos em áreas prioritárias, o fortalecimento da infraestrutura da APS e as mudanças na formação e na residência médicas¹⁹. Dentre os três eixos do programa, o eixo Formação é reconhecido como o mais estruturante e aquele que dá sustentabilidade a todo o programa, devido ao seu potencial de trazer impactos positivos sobre a fixação de médicos em regiões desassistidas, a condição para o fortalecimento da APS e a redução de iniquidades em saúde no Brasil^{18,20,21}. A literatura internacional sobre recursos humanos para a saúde (*human resources for health*) aponta o processo de formação de profissionais de saúde como fator essencial para o fortalecimento e o estabelecimento de qualquer sistema de saúde^{22,23}.

Integram o eixo Formação do PMM modificações quantitativas e qualitativas. Foi contemplada a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, especialmente em áreas prioritárias, segundo os critérios de maior necessidade e carência de profissionais. A meta foi a criação de 11.500 novas vagas de graduação em Medicina no período de cinco anos a partir da aprovação do programa, em outubro de 2013. A reorientação da formação de médicos e especialistas, conforme as necessidades do SUS, foi favorecida pela atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina²⁴.

Com o intuito de favorecer o acesso aos cursos de Medicina de estudantes de áreas prioritárias, conforme definido pelo PMM, algumas universidades federais implementaram um bônus que varia, nas diferentes instituições, de 5% a 20% da nota do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem). Essa iniciativa, denominada Argumento de Inclusão Regional (AIR), é aplicável aos candidatos que cursaram todo o ensino médio em escolas regulares e presenciais dos municípios prioritários, próximos da região de instalação dos cursos de Medicina²⁵.

Durante os processos de formulação e homologação dessa política, houve diálogo insuficiente com atores sociais importantes, tais como a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam), que já exerciam oposição à expansão de vagas de graduação e às modificações curriculares no ensino médico. Apesar de os setores privados da saúde contarem com

grande representação no Poder Legislativo, não conseguiram impedir a aprovação do PMM. Assim, essas instituições não apoiaram as estratégias do eixo Formação²⁶⁻²⁹.

Entendendo a complexidade e a relevância do eixo Formação, o presente estudo se propõe a analisar os seus resultados preliminares, em particular os seus efeitos relativos à localização e à natureza pública ou privada das novas vagas de graduação em Medicina criadas pelo programa. Este estudo pretende indicar em que medida o programa vem sendo executado de acordo com as suas propostas e atendendo à dimensão das mudanças na formação médica. Assim, a proposta é refletir sobre esses resultados preliminares e suas implicações ante as necessidades da população brasileira.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental que analisou dados e documentos oficiais do PMM relativos à expansão da graduação em Medicina desde 2013, início do programa, até maio de 2017, disponibilizados no *site* oficial do PMM³⁰. Analisaram-se também dados do processo de autorização e avaliação de novos cursos e ampliação do número de vagas, disponíveis no *site* oficial do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)³¹. A coleta dos dados foi realizada de janeiro a maio de 2017.

Selecionaram-se os documentos oficiais de maior relevância sobre o programa, tais como a Lei nº 12.871, de junho de 2013¹⁷, as DCN para os cursos de Medicina²³ e uma publicação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde¹⁹ que resgata o contexto que embasou a implantação do PMM e apresenta os seus resultados iniciais, constituindo o documento mais abrangente sobre o programa. Realizou-se leitura na íntegra desses documentos, seguida de maior aprofundamento nas informações relacionadas às mudanças propostas e aos seus principais objetivos.

Em seguida, foi realizada busca em *sites* oficiais do PMM e do Inep com relação à localização geográfica e à natureza

pública ou privada das novas vagas de graduação em Medicina, criadas pelo PMM até maio de 2017. Os dados foram então sistematizados, analisados e confrontados com os objetivos e as estratégias propostas pelo PMM em seus documentos oficiais.

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

RESULTADOS

O PMM aproximou-se da meta pactuada de expansão da graduação médica, que era de 11.500 novas vagas até o final de 2018 (cinco anos do programa)^{17,19}. Autorizaram-se 7.696 novas vagas até maio de 2017, e o interior (63% das vagas) do Brasil foi priorizado em relação às capitais³¹, pela primeira vez na história da educação médica no país. Porém, houve nítido predomínio de autorizações de vagas em instituições privadas (77,52%) e na Região Sudeste, (40,41%), conforme mostra a Tabela 1. Na Região Sudeste, dentre as 3.110 vagas autorizadas, 89% foram em instituições privadas.

Nos documentos oficiais do PMM, existem ambiguidades relativas ao caráter público ou privado das novas vagas. A Lei nº 12.871¹⁷, que instituiu o PMM, mencionou apenas as vagas privadas, sem nenhuma referência ao contexto anterior de expansão das vagas de graduação em Medicina em instituições públicas federais já em curso no país. Esse contexto foi resgatado somente no documento publicado posteriormente¹⁹, que explicitou a prioridade de vagas em instituições públicas, com abertura de edital para as privadas apenas após esgotada a capacidade de expansão das primeiras, como descrito a seguir:

Da meta geral de 11,5 mil novas vagas é subtraído a capacidade total de expansão das escolas públicas e o que ainda falta é atribuído como meta de expansão das instituições privadas – agora reguladas por um novo modelo (p. 56)¹⁹.

Tabela 1. Novas vagas de graduação em Medicina, de outubro de 2013 a maio de 2017

Região	Capital		Interior		IES públicas		IES privadas		Total de vagas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Norte	379	100	0	0	82	21,6	297	78,4	379	4,8
Centro-Oeste	249	33,1	504	66,9	386	51,3	367	48,7	753	9,7
Sudeste	840	27,1	2.270	72,9	341	11	2.769	89	3.110	40,4
Nordeste	985	43,8	1.265	56,2	745	33,1	1.505	66,9	2.250	29,4
Sul	398	33,1	806	66,9	176	14,6	1.028	85,4	1.204	15,7
Total	2.851	37,0	4.845	63,0	1.730	22,5	5.966	77,5	7.696	100

Fonte: Elaborada pelos autores com base em dados do MS³⁰.

A diferença entre a meta total e aquilo que não será respondido pelas universidades públicas é precisamente o que fica determinado como demanda para a expansão de vagas em escolas privadas (p. 88)¹⁹.

Com relação à localização geográfica das novas vagas, os dois documentos afirmam a prioridade do interior do país e de regiões com maior escassez do profissional. A Lei nº 12.871 afirma, nas suas disposições gerais, como primeiro objetivo “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”¹⁷. De modo semelhante, as áreas prioritárias são explicitadas no outro documento publicado pelo MS:

A grande diferença da nova legislação está relacionada à efetiva subordinação da expansão de vagas à necessidade social, tanto para as escolas públicas quanto para as privadas, apontando para a interiorização dos cursos e para uma distribuição equitativa entre as regiões do Brasil e buscando a recuperação do déficit histórico de vagas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (p. 55)¹⁹.

Houve nítido predomínio de novas vagas na Região Sudeste, ainda que os documentos oficiais definam, de modo unânime, as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste como prioritárias. O documento do MS¹⁹ afirma que houve esforço no sentido de reduzir essas desigualdades com um segundo edital, em 2015, contemplando apenas essas regiões, e que os resultados mostram crescimento proporcional maior nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; porém, mantida essa proporcionalidade, as desigualdades persistem e as metas do programa ficam comprometidas.

O programa conseguiu tornar o processo de abertura de cursos ou aumento de vagas de Medicina uma iniciativa governamental, tanto em instituições de ensino superior (IES) públicas como privadas, com subordinação às necessidades sociais das áreas prioritárias. A seleção dos municípios para abertura de novos cursos ou ampliação de vagas passou a considerar a intensidade da escassez de médicos, as necessidades de saúde e a vulnerabilidade social, além da adequação da rede de serviços de saúde para ser cenário de ensino-aprendizagem de um curso de Medicina. A Lei nº 12.871, no artigo 3º, § 1º, confirma os critérios:

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

hospitalar; e e) vigilância em saúde¹⁷.

O documento do MS também enfatiza os mesmos critérios:

Vale destacar que esses municípios – para constarem no edital – já tiveram de ser avaliados previamente pelo governo federal, em especial com relação à rede de serviços de saúde disponível, ao porte populacional, à região de saúde que se situa, à oferta de vagas e de médicos na região e à distância mínima em relação a outros cursos de Medicina. Após essa pré-seleção passam por nova avaliação que atestará se, de fato, a rede de saúde tem condições de receber o curso conforme os parâmetros exigidos (p. 57)¹⁹.

Para a autorização de vagas, deveria ser considerada a proporção de alunos receptores de ajuda de custo e a adesão a programas como o Programa Universidade para Todos (Prouni) e o Fundo de Financiamento Estudantil (Fies)¹⁹.

As DCN para os cursos de Medicina²⁴ e a política regulatória do ensino médico a partir do PMM definiram que as avaliações dos cursos serão realizadas pelo Inep, autarquia federal ligada ao MEC, por meio do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes). Trata-se de tripé avaliativo formado pela avaliação institucional, avaliação dos cursos de graduação e avaliação do desempenho dos estudantes³¹.

No entanto, constatamos atrasos na atualização da página desse sistema do Inep e a indisponibilidade dos instrumentos avaliativos, construídos por meio da consulta pública, realizada pelo Sinaes no período das buscas da pesquisa^{31,32}.

Nos documentos oficiais, foi aprovado o monitoramento do desempenho dos graduandos por meio da Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem), prevista para avaliar os estudantes no segundo, quarto e sexto anos por meio de instrumentos e métodos que consideram os conhecimentos, as habilidades e as atitudes previstos nas novas DCN^{33,34}. Esse formato de avaliação permite adequações durante o processo formativo, um avanço em relação ao Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade). Esse processo é assim abordado na publicação ministerial:

Outra mudança importante está relacionada à realização de uma avaliação a todos os alunos do 2º, 4º e 6º anos de todos os cursos de Medicina do País para aferir tanto seu estado momentâneo de conhecimentos, habilidades e atitudes em relação ao novo perfil esperado pelas novas diretrizes curriculares como para acompanhar o crescimento e a aquisição de competências por parte deste educando (p. 55)¹⁹.

Entretanto, em 2017, a presidência do Inep anunciou o cancelamento da Anasem e a posterior transferência da responsabilidade por sua realização para a Abem³⁵, o que descaracterizou importante estratégia de avaliação do eixo Formação do PMM, na medida em que excluiu o mecanismo

de avaliação longitudinal dos estudantes, sem proposição de estratégia alternativa para tal.

DISCUSSÃO

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

O eixo Formação do PMM alcançou metas importantes quanto à interiorização dos cursos de Medicina, como já apontado pela literatura³⁶, mas o nítido predomínio de novas vagas em IES privadas e na Região Sudeste, os sinais de enfraquecimento do Sinaes e a não efetivação da Anasem atestam o distanciamento de alguns dos compromissos assumidos nos textos oficiais^{17,19} e comprometem os objetivos da política como um todo.

A prioridade de expansão de vagas em áreas desassistidas de médicos e em IES públicas favoreceria a democratização do acesso aos cursos de Medicina, necessária para a mudança no perfil dos graduandos^{37,38}. O observado na prática foi o predomínio de autorizações em IES privadas e no Sudeste do país, favorecendo a manutenção do perfil de graduandos em Medicina pertencentes a famílias de alta renda que desejam permanecer próximos de suas residências em grandes metrópoles³⁸. Esse fato, aliado às reduções nas políticas de financiamento estudantil para grupos populacionais socialmente vulneráveis, também coloca em risco os objetivos propostos pelo programa. As DCN aprovadas em 2014 definiram a APS como cenário privilegiado de ensino-aprendizagem. No entanto, os cortes no financiamento da APS³⁹ dificultam a oferta de preceptores para os graduandos, especialmente nos municípios de pequeno porte, prioritários nos documentos oficiais do PMM. Esse cenário favoreceu a perpetuação de conhecidas iniquidades regionais de saúde, as quais o programa objetivava dirimir.

Nesse contexto, é válido retomar a discussão sobre o dispositivo legal que possibilite às universidades federais a adoção de estratégias de seleção prioritária de alunos com vinculação regional, favorecendo, dessa forma, a fixação futura dos profissionais nas áreas desassistidas. Algumas instituições, com base no princípio constitucional da autonomia universitária, implementaram o AIR. Em 2016, cerca de nove universidades já adotavam o AIR aprovado em cada uma delas por resoluções que obedeceram todo o trâmite interno. Exemplos no Nordeste são a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN,

campus Caicó)⁴⁰, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)⁴¹ e a Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB, campus Barreiras)⁴². Em 2016, o Ministério Público Federal iniciou um processo impedindo a adoção da medida em novas instituições, sob a alegação de descumprimento da regra de isonomia. As demais universidades mantiveram o bônus nos processos seletivos.

O aumento isolado do número de médicos no Brasil nas últimas décadas não tem beneficiado a população, persistindo disparidades entre regiões, municípios, capitais e interiores e diferentes grupos populacionais³⁷. O PMM se diferencia exatamente por abranger desde estratégias de educação continuada para os profissionais do eixo Provimento até mudanças na educação médica propostas no eixo Formação. Existem evidências de mudanças importantes associadas ao PMM, por exemplo, no eixo Provimento emergencial, a partir da melhoria do acesso e de indicadores de saúde, como também no eixo Formação, em relação à expansão e interiorização dos cursos de Medicina e dos programas de residência médica⁴³. Com as recentes mudanças na condução dessa política, no âmbito federal, há necessidade de monitoramento prospectivo com o objetivo de avaliar se os resultados preliminares, apontados neste e em outros estudos, serão duradouros e capazes de promover o impacto desejado^{19,44,45}. É sabido que interesses de grupos privados que investem no ensino médico e se colocam na disputa desde a construção inicial do PMM já foram associados com dificuldades na implantação de políticas públicas anteriores, voltadas para mudanças na graduação em Medicina⁴⁶. Grupos privados nacionais e internacionais já estão bem estabelecidos no ensino superior e de modo geral têm ganhado cada vez maior interlocução com o poder público, beneficiando-se da omissão do Estado na oferta e regulação do ensino na Medicina⁴⁷.

O Poder Legislativo, que poderia apoiar a regulação e barrar a ampla entrada de capital internacional no ensino superior, especialmente em áreas estratégicas, conta com número crescente de deputados federais, estaduais e senadores cujas campanhas foram ostensivamente financiadas por empresas de medicina de grupo e também por cooperativas médicas, fato que certamente influencia na perpetuação do modelo hoje predominante²⁹. Muitos dos grupos privados de ensino têm parte considerável de suas receitas proveniente de programas que subsidiam, com recursos públicos, a oferta privada de vagas no ensino superior. Por exemplo, cerca de 63,2% dos alunos da Kroton Educacional e 46,9% dos da Anhanguera Educacional, na modalidade presencial, estudam subsidiados pelo Fies e cerca de 10% pelo Pronuni⁴⁷.

A resistência das entidades médicas apoiadas por interesses de instituições privadas de assistência e ensino

médicos foi apontada em outros estudos^{27,28}. Os embates políticos em relação ao PMM ficaram expressos por meio de lacunas nos documentos oficiais; fragilidade que permitiu que os compromissos normativos assumidos fossem renegociados, submetendo-os aos interesses do setor privado de ensino e das instituições médicas. Nessa disputa política, o enfrentamento da escassez e das iniquidades em saúde perdeu prioridade.

Diante da nova conjuntura política iniciada, após as eleições presidenciais de 2018, gerou-se desgaste nas relações com o governo de Cuba que culminou com o encerramento do acordo de cooperação e do eixo Provimento do PMM⁴⁸. Com a homologação da Portaria nº 13.958⁴⁹, foram aprovadas mudanças no orçamento da APS que comprometem o principal cenário de ensino-aprendizagem preconizado nas DCN. Segundo Carlos Ocké⁵⁰, pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), o novo formato de financiamento da APS, inspirado na contrarreforma do sistema de saúde inglês sob a égide do Banco Mundial, favorece a privatização. A Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), criada em novembro de 2019, passará a assumir a contratação de médicos para a APS, podendo lançar mão de agências de saúde suplementares e Organizações Sociais da Saúde (OSS). O repasse aos municípios sofrerá mais reduções e será realizado com base no desempenho das equipes de saúde, o que pode agravar as desigualdades, pois locais mais vulneráveis terão maior dificuldade de atingir as metas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados preliminares do PMM mostraram uma ampliação de vagas próxima da meta pactuada e, pela primeira vez no país, um maior número de vagas no interior em relação às capitais. O estudo evidenciou em outros aspectos, no entanto, um afastamento dos compromissos definidos nos documentos oficiais. Assim foram identificadas tendências de privatização, a concentração da formação no Sudeste do país e a desregulação da qualidade do ensino médico.

A pesquisa tem como limitação o fato de tratar-se de análise de documentos e dados secundários, sem a voz e a perspectiva dos atores envolvidos. Porém, a fundamentação dos resultados é concreta pelo embasamento e pela análise de documentos e dados oficiais. São necessários novos estudos para aprofundar as análises dos novos atores e interesses que ameaçam os resultados do PMM em médio e longo prazos.

O princípio basilar do PMM para enfrentamento de desigualdades em saúde no país está em risco com o comprometimento da formação médica. A manutenção de um modelo biomédico e hospitalocêntrico de formação aliada à despotencialização da APS sinaliza o agravamento da desassistência à saúde da população, em especial de áreas mais

distantes e vulneráveis do país, que cronicamente encontram dificuldades na fixação de profissionais médicos.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores colaboraram na concepção do trabalho, na análise dos dados e na redação e revisão crítica do artigo, e aprovaram sua versão final.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses neste estudo.

FINANCIAMENTO

Declaramos que não houve financiamento para a realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Bach S. International mobility of health professionals: brain drain or brain exchange? Research Paper. 2006;(082):1-27. doi: 10.1093/acprof:oso/9780199532605.003.0008.
2. Lehmann U, Dielemann M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. BMC Health Serv Res. 2008;8(19):1-10. doi: 10.1186/1472-6963-8-19.
3. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulg. Saúde Debate. 2009;(44):13-24 [access in 10 aug 2020]. Available from: https://www.cnts.org.br/wp-content/uploads/2018/03/Artigo_Campos.pdf.
4. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: WHO; 2010 [access in 16 aug 2016]. Available from: http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010_increasing_access_to_health_workers_in_remote_and_rural_areas.pdf.
5. Girardi SN, Carvalho CL, Farah JM, Araújo JF, Mass LWD, Campos LAB. Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010 [access in 15 oct 2016]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>.
6. Frenk J, Chen L, Bhutta ZQA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
7. Sapkota BP, Amatya A. What factors influence the choice of urban or rural location for future practice of Nepalese medical students? A cross-sectional descriptive study. Hum Resour Health. 2015;13(84):1-9. doi: 10.1186/s12960-015-0084-5.
8. Buttner R, Blakely N, Curtin S, Wall B, Pougault S, Burkitt T, et al. What does "rural return" mean? Rural-origin medical graduates do not "go home". Rural Remote Health. 2017;17(3985):1-3. doi: 10.22605/RRH3985.
9. Strasser R. Delivering on social accountability Canada's Northern Ontario School of Medicine. The Asia Pacific Scholar. 2016;1(1):1-6. doi:10.29060/TAPS.2016-1-1/OA1014.
10. Mian O, Hogenbirk JC, Warry W, Strasser RP. How underserved rural communities approach physician recruitment: changes following the opening of a socially accountable medical school in northern Ontario. Canadian. Can J Rural Med. 2017;22(4):139-47.
11. Hogenbirk JC, Timony PE, French MG, Strasser R, Pong RW, Cervin C, et al. Milestones on the social accountability journey: family medicine practice locations of Northern Ontario School of Medicine graduates. Can Fam Physician. 2016;62(3):e138-45.

12. Rocha EMS, Boiteux PAA, Azevedo GD, Siqueira CEG, Andrade MAC. Preditores educacionais para fixação de médicos em áreas remotas e desassistidas: uma revisão narrativa. *Rev Bras Educ Med.* 2020;44(1):e024. doi: 10.1590/1981-5271v44.1-20190281.
13. Cruz KT. A formação médica no discurso da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
14. Maciel Filho R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
15. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(3):333-46. doi: 10.1590/S0100-55022008000300008.
16. Brasil. Proposta de expansão de vagas do ensino médico nas Instituições Federais do Ensino Superior elaboradas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria nº 86, de 22 de março de 2012. *Diário Oficial da União*; 27 mar 2012.
17. Brasil. 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*; 23 out 2013.
18. Pinto HA, Andreazza R, Ribeiro RJ, Loula MR, Reis AAC. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. *Interface (Botucatu).* 2019;23(supl 1):e170960 doi: 10.1590/Interface.170960.
19. Brasil. Programa Mais Médicos: dois anos mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
20. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu).* 2015;19(54):623-34. doi: 10.1590/1807-57622014.1142.
21. Campos GW, Pereira Júnior NA. Atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Cien Saude Colet.* 2016;21(9):2655-63. doi: 10.1590/1413-81232015219.18922016.
22. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JL, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet.* 2004 Nov 27;364(9449):1984-90. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17482-5.
23. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet.* 2004 Oct 16;364(9443):1451-6. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17229-2.
24. Brasil. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 23 jun 2014.
25. Nascimento GB. A política de inclusão regional no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande do Norte [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2015.
26. Lotta GS, Galvão MCPP, Favareto AS. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Cien Saude Colet.* 2016;21(9):2761-72. doi: 10.1590/1413-81232015219.16042016.
27. Gomes LB, Merhy EE. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu).* 2017;21(supl1):1103-14. doi: 10.1590/1807-57622016.0363.
28. Jesus RA, Medina MG, Prado NMBL. Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais. *Interface (Botucatu).* 2017;21(supl 1):1241-55. doi: 10.1590/1807-57622016.0555.
29. Scheffer M, Bahia L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. *Saúde Debate.* 2013;37(96):96-103. doi: 10.1590/S0103-11042013000100011.
30. Brasil. Programa Mais Médicos. Mapas de Atuação. Ministério da Saúde; 2017 [access in 3 may 2017]. Available from: <http://maismedicos.gov.br/mapa-de-atuacao>.
31. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Avaliação dos cursos de graduação. Documentos relacionados. MEC; 2017 [access in 10 sep 2017]. Available from: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/avaliacao-dos-cursos-de-graduacao>.
32. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Nota Técnica Daes/Inep nº 040/2015. Adequações dos indicadores do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância ao Curso de Graduação em Medicina. Comissão Técnica de Medicina-Consulta Pública. Brasília: MEC; 2015 [access in 10 aug 2017]. Available from: <http://www.inep.gov.br/>.
33. Brasil. Portaria nº 982, de 25 de agosto de 2016. Institui a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina – Anasem. *Diário Oficial da União*; 26 ago 2016.
34. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem). Documentos relacionados. Brasília: MEC; 2017 [access in 5 sep 2017]. Available from: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/anasem>.
35. Fini MI. Exame Nacional de Avaliação do Desempenho dos Estudantes (Enade) e Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem). Anais do 2º Fórum de Integração do Médico Jovem: Escolas médicas, como está o ensino: velhos conceitos, novas perspectivas; 2007. Belém: Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará; 2017.
36. Oliveira FP, Pinto HA, Figueiredo AM, Cyrino EG, Oliveira Neto AV, Rocha VXM. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo Formação de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu).* 2019;23(supl 1): e170949. doi: 10.1186/s12960-015-0095-2.
37. Schffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2018.
38. Girardi SN, Carvalho CL, Wan Der Mass SL, Araújo JF, Massote AW, Van Stralen ACS, et al. Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de Medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada. *Cad Saude Publica.* 2017;33(8):e00075316. doi: 10.1590/0102-311X00075316.
39. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate.* 2014;38(103):900-16. doi: 10.5935/0103-1104.20140079.
40. Brasil. Resolução nº 177/2013, de 12 de novembro de 2013. Cria o Argumento de Inclusão Regional, para estimular o acesso à Universidade dos estudantes que residem no entorno dos locais de oferta dos cursos da UFRN no interior. Brasília; 2013.
41. Brasil. Resolução nº 19/2019. Fixa critérios de inclusão regional para estimular o acesso à UFPE pelos estudantes que residem no entorno das Unidades Acadêmicas do Agreste e de Vitória. Brasília; 2019.
42. Brasil. Resolução nº 004/2016. Altera o critério de inclusão regional da Resolução CONEPE 009/2015 e dá outras providências. Brasília; 2016.
43. Figueiredo AM, McKinley DW, Lima KC, Azevedo GD. Medical school expansion policies: educational access and physician distribution. *Med Educ.* 2019;53:1121-31. doi: 10.1111/medu.13941.
44. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet.* 2015;20(11):3547-52. doi: 10.1590/1413-812320152011.07252015.
45. Oliveira BLCA, Lima SF, Pereira MUL, Pereira Júnior GA. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de Medicina no Brasil (1808-2018). *Trab Educ Saúde.* 2019;17(1):e0018317. doi: 10.1590/1981-7746-sol00183.
46. Feuerwerker LCM. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! *Interface (Botucatu).* 2013;17(47):929-30. doi: 10.1590/1807-57622013.0733.
47. Scheffer MC, Dal Poz MR. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. *Hum Resour Health.* 2015;13(96):1-10. doi: 10.1186/s12960-015-0095-2.

48. Organização Pan-Americana de Saúde. Mais Médicos: profissionais cubanos da cooperação internacional sairão do Brasil até 12 de dezembro. Brasília: Opas Brasil; 19 nov 2018 [access in 12 mar 2019]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5804:mais-medicos-profissionais-cubanos-da-cooperacao-internacional-sairao-do-brasil-ate-12-de-dezembro&Itemid=347.
49. Brasil. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Diário oficial da União; 19 dez 2019. Seção 1, p. 1.
50. Ocké CA. "A Adaps pode reforçar a tendência de privatização da gestão". Entrevista concedida a Maíra Mathias. Revista POLI: Saúde, Educação e Trabalho. 2020;(68):14-7 [access in 6 jan 2020]. Available from: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-adaps-pode-reforçar-a-tendência-de-privatização-da-gestão>.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.