INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: Avaliação do Modelo Regulatório de Abertura de Curso de Medicina como Instrumento Indutor de Melhorias nos Serviços Médicos em Regiões Prioritárias

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

FRANCIRLEY DOS SANTOS OLIVEIRA

BRASÍLIA – DF

2019

FRANCIRLEY DOS SANTOS OLIVEIRA

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: Avaliação do modelo regulatório de abertura de curso de medicina como instrumento indutor de melhorias nos serviços médicos em regiões prioritárias

Dissertação apresentada ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento, área de concentração em Economia, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Almir de Oliveira Júnior

BRASÍLIA-DF

2019

Oliveira, Francirley dos Santos

O48p Programa Mais Médicos: avaliação do modelo regulatório de abertura do curso de medicina como instrumento indutor de melhorias nos serviços médicos em regiões prioritárias / Francirley dos Santos Oliveira – Brasília : IPEA, 2019.

79 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento, área de concentração em Economia, 2019

Orientação: Almir de Oliveira Júnior

Inclui Bibliografia.

1. Médicos. 2. Ensino da Medicina. 3. Formação Profissional. 4. Programas Governamentais. 5. Brasil. I. Oliveira Júnior, Almir de. II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. III. Título.

CDD 610.7

Ficha catalográfica elaborada por Andréa de Mello Sampaio CRB-1/1650

FRANCIRLEY DOS SANTOS OLIVEIRA

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: Avaliação do Modelo Regulatório de Abertura de Curso de Medicina como Instrumento Indutor de Melhorias nos Serviços Médicos em Regiões Prioritárias

Dissertação apresentada ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento, área de concentração em Economia, para obtenção do título de Mestre.

Defendida em 02 de outubro de 2019

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. Almir de Oliveira Júnior - IPEA

Prof. Dr. Antônio Ernesto Lassance de Albuquerque Júnior - IPEA

Prof. Dr. Daniel de Aquino Ximenes - ENAP

BRASÍLIA

2019

Dedico este trabalho aos meus pais que, mesmo sem muita qualificação educacional, sempre me ensinaram pelo exemplo e me incentivaram a estudar e me qualificar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha digníssima esposa, Sarah Gomes Moura Oliveira, pelo apoio na condução da pesquisa; à minha amada família por todo apoio e incentivo durante os estudos; aos amigos e irmãos da minha comunidade cristã pela compreensão das ausências nos trabalhos eclesiásticos.

Aos meus professores do IPEA por todo o arcabouço de conhecimento transmitido durante o curso. Ao meu orientador Prof. Doutor Almir de Oliveira Júnior pelas excelentes contribuições e pela condução do trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, em especial aos servidores lotados na Coordenação-Geral de Processos de Chamamento Público da Diretoria de Regulação da Educação Superior, entre eles, a Simone, a Carol, a Jaqueline e a Maria Luiza.

A todos os profissionais do IPEA que, direta ou indiretamente, estiveram envolvidos na gestão do mestrado.

A todos os profissionais envolvidos da educação que, diuturnamente, dedicam suas vidas à melhoria da educação brasileira, em especial aos profissionais da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (SERES) e da Secretaria de Educação Superior (SESu), responsáveis pela condução da política regulatória do ensino superior brasileiro.

A Deus, por ser o autor e consumador da minha fé, por guiar meus caminhos e por ter me dado condições para poder servi-lo com os instrumentos depositados nas minhas mãos.

RESUMO

A proposta desta dissertação é analisar o modelo regulatório de abertura de escolas médicas resultante do Programa Mais Médicos como um instrumento de política pública capaz de induzir a desconcentração e a melhoria de serviços médicos para regiões prioritárias do Sistema Único de Saúde. Através do uso da metodologia do Modelo Lógico, procurou-se compreender o Programa Mais Médicos no eixo educacional, principalmente na lógica da política de desconcentração dos cursos de medicina e no fomento para melhoria dos serviços médicos nos lugares mais afastados dos centros. Por meio de pesquisas científicas sobre o mercado de trabalho médico, foi possível compreender o cenário médico atual no Brasil, os fatores que promovem a atração desses profissionais, a divisão das especialidades e o mapa da desigualdade na distribuição desses profissionais nas regiões brasileiras. Além disso, realizou-se um estudo de caso no município de Jacobina, pertencente à região da Bahia, para verificar os resultados iniciais e os efeitos da instalação da faculdade de medicina para a região. Com base no estudo de caso realizado, por meio de entrevistas e da observação do pesquisador, foi possível identificar externalidades positivas nos serviços dispensados à população a partir da implantação do curso pela instituição. Por fim, este trabalho apresenta os desafios que ainda devem ser enfrentados na implementação do modelo regulatório para que haja uma efetiva transformação para melhoria dos serviços médicos na Atenção Básica de Saúde.

Palavras Chave: Avaliação. Programa Mais Médicos. Regulação. Serviços Médicos.

ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze the regulatory model of the opening of medical schools resulting from Programa Mais Médicos ("The More Doctors Program", in roughluy translation), specially regarding an instrument used when creating public policies capable of inducing the decentralization of medical services to areas of the country that are lacking services from the Public Health System. Utilizing the Logical Model sought to understand the Programa Mais Médicos Through the lens of education, focusing on verifying. the effects of the decentralization of medical schools and the improvement of medical services in unaccessible areas of the country, farther from the city centers. Through scientific research on the medical labor market, it was possible to understand the medical scenario of the medical market in Brazil and the factors that promote the attraction of these professionals, the division of specialties and the map of unequal distribution of these professionals in Brazilian regions. Also, a case study was conducted in a Bahia city named Jacobina, to verify the initial results of the decentralization of the medical schools for the area. Based on the case study conducted through interviews and empyrical observation made by the researcher during field Works, it was possible to identify positive results in the services provided to the population from the creation of the degree by the institution. Finally, this study presents the challenges to be faced for the constant improvement of the Primary Health Care medical services.

Keywords: Evaluation. Programa Mais Médicos, Regulation. Medical Services.

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Ação Primária à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comissão Intergestores Bipartites – CIB
CIT	Comissão Intergestores Tripartites – CIT
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRM	Conselho Regional de Medicina
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FNP	Frente Nacional dos Prefeitos
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	Ministério da Educação
ML	Modelo Lógico
MPL	Movimento Passe Livre
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PMM	Programa Mais Médicos
PNS	Pacto Nacional pela Saúde
PPA	Plano Plurianual
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
PSF	Programa Saúde da Família
SESu	Secretaria de Educação Superior

SERES	Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior
SF	Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Cooperação

Lista de figuras

Figura 1 - Evolução do número de registros de médicos e da população entre 1920 e 2017 14
Figura 2 - Distribuição de médicos e população, segundo grandes regiões – Brasil, 2018 . 15
Figura 3 - Eixos do Programa Mais Médicos 24
Figura 4 - Formação Generalista com foco na Atenção Básica 25
Figura 5 - Série histórico de ampliação de vagas de curso de Medicina 2013-2018 26
Figura 6 - Matriz Lógica do Programa Mais Médicos para o Eixo Educacional. 31
Figura 7 - Estrutura Lógica do Eixo Educacional. 32
Figura 8 - Entrada do município de Jacobina 37
Figura 9 - Sede da Secretaria Municipal de Saúde de Jacobina 38
Figura 10 - Faculdade de Medicina de Jacobina 40

Lista de tabelas

Tabela 1 - Relação de países segundo o número de médicos por 1.000 habitantes em 2012 7
Tabela 2 - Relação número de vagas e número de médicos, por habitante, por Unidade da Federação 9
Tabela 3 - Evolução no número de médicos x população brasileira 13
Tabela 4 - População geral, população médica e a razão entre número de médicos/mil habitantes 16
Tabela 5 - Distribuição dos títulos de especialistas por especialidades 2018 17
Tabela 6 - Principais mudanças no modelo regulatório de abertura de cursos de medicina para instituições privadas 28
Tabela 7 - Tabela de Entrevistados 42
Tabela 8 - Tabela de Análise de Conteúdos 43

Lista de anexos

Apêndice I - Roteiro de entrevista semi-estruturada - gestor seres/mec 66
Apêndice II - Roteiro de entrevista semi-estruturada - gestor secretaria de saúde..... 68
Apêndice III - Roteiro de entrevista semi-estruturada – população 70
Apêndice IV - Roteiro de entrevista semi-estruturada 71
Apêndice V - Roteiro de entrevista semi-estruturada – alunos 73
Apêndice VI - Carta de apresentação utilizada para as entrevistas semiestruturadas 75

SUMÁRIO

Lista de figuras **xi**
Lista de tabelas **xii**
Lista de anexos **xiii**
1. **INTRODUÇÃO** **1**
2. **BREVE HISTÓRICO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS** **4**
2.1. Contexto social e político do lançamento do programa 4
2.2. O cenário médico por mil habitantes no brasil 7
2.3. As estratégias adotadas pelo Programa Mais Médicos 9
3. **O MERCADO DE TRABALHO MÉDICO E FATORES DE ATRAÇÃO** **12**
3.1. Panorama Demográfico Médico: formação e trabalho 13
3.2. Formação e especialização médicas 16
3.3. O mercado de trabalho do médico brasileiro 18
3.4. Fatores que influenciam e atraem profissionais médicos para áreas remotas 20
3.5. Como prover as áreas remotas de profissionais médicos? Incentivos e benefícios? 22
4. A TEORIA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS E O EIXO EDUCACIONAL **24**
4.1. A construção do modelo lógico 26
4.2. O modelo lógico do programa mais médicos no eixo educacional 27
5. METODOLOGIA **33**
5.1. Objetivos 33
5.1.1. Objetivo geral 33
5.1.2. Objetivos específicos 33
5.2. Pergunta de pesquisa 33
5.3. Tipo e descrição geral da pesquisa 33
6. ESTUDO DE CASO EM JACOBINA, NA BAHIA **36**
6.1. Contexto social e econômico do município escolhido 36
6.2. O contexto da estrutura de saúde do município 37
6.3. Da necessidade de implantação do curso de medicina em jacobina 38
6.4. Da seleção do município na chamada pública 39
7. DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS **41**
7.1. Participantes do estudo 41

7.2. Análise das entrevistas 42
7.3. Formação do egresso 43
7.3.1. Motivação do Aluno 44
7.3.2. Pretensão de trabalho do aluno 45
7.4. Melhoria dos Serviços de Saúde 46
7.4.1. Percepção da Comunidade 47
7.4.2. Percepção dos Alunos 47
7.4.3. Percepção do Gestor Municipal 48
7.5. Impactos Socioeconômicos 50
7.5.1. Benefícios Diretos 50
7.5.2. Benefícios Indiretos 51
7.5.3. Atração de Profissionais 52
8. DESAFIOS E MELHORIAS NO MODELO REGULATÓRIO 53
8.1. O processo seletivo de escolhas de instituições privadas 53
8.2. Fortalecimento da Intersetorialidade 54
8.3. Continuidade do Modelo Regulatório 55
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS 57
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 60
ANEXOS 66

1. INTRODUÇÃO

O modelo regulatório de abertura de cursos de medicina para instituições privadas de ensino superior foi profundamente alterado por ocasião do lançamento do Programa Mais Médicos (PMM). Com as medidas oriundas do Programa, o poder público buscou enfrentar a lógica que se impunha com permanência da desigualdade na oferta de serviços médicos para as regiões brasileiras. Regulamentado pela Lei nº 12.871, editada em 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013), o Programa Mais Médicos buscou mitigar um dos sérios problemas de saúde pública no Brasil: a falta de médicos qualificados e em número suficiente para atender adequadamente à população dependente do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Programa foi concebido para atender - em âmbito nacional - a escassez de médicos nas regiões prioritárias e afastadas dos grandes centros. Ele está alicerçado por três eixos fundamentais basicamente relacionados: a) ao provimento emergencial de médicos em regiões desassistidas e prioritárias para as estratégias em Atenção Básica (AB) do SUS, objetivando o aperfeiçoamento do profissional médico por meio de integração dos sistemas ensino-serviço, enquanto fornece a assistência médica nas unidades de Saúde da Família (SF); b) ao investimento em infraestrutura da Rede do Sistema Único de Saúde, com construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde, além de investimentos em sistemas de tecnologia visando modernização e adequação das Redes; e c) à expansão e à formação médica no Brasil a serem implantadas em período de médio e longo prazos, visando mudar a dinâmica sobre a formação e a autorização para a instalação de cursos de medicina no âmbito do sistema federal de ensino brasileiro, conforme critérios de necessidade social (BRASIL, 2015).

Quanto ao eixo relacionado à expansão e à formação dos médicos, o Programa Mais Médicos mudou a maneira pela qual se autoriza os cursos de medicina no Brasil. Antes do PMM, as instituições interessadas em abrir cursos de medicina solicitavam autorização junto ao Ministério da Educação (MEC), que autorizava o curso desde que essas instituições atendessem às regulamentações cabíveis à época, isso muitas vezes sem muita aderência às questões regionais, desconsiderando as diretrizes relacionadas à disponibilização de profissionais para atendimento médico em regiões onde a presença de médico é deficitária.

Com o marco regulatório advindo por meio da Lei nº 12.871/2013, o Ministério da Educação passou a ser o protagonista da política pública de expansão de novas escolas médicas. O objetivo era promover a descentralização das vagas de forma a buscar atender às regiões mais necessitadas e corrigir, paulatinamente, as distorções na distribuição desses profissionais. Além disso, houve a preocupação de buscar a reorientação para a formação de médicos e especialistas com foco na atenção primária, levando em conta a oferta e a capacidade dos sistemas de ensino-instituição, com o objetivo de proporcionar o acesso ao atendimento de saúde a toda a população, independentemente da região (BRASIL, 2015; PINTO *et al*. 2017).

Este trabalho contempla o eixo estrutural no que tange à regulação das escolas médicas dentro da proposta do Governo de reestruturação da formação e a busca de melhorias dos serviços médicos nas regiões mais necessitadas. Contempla, também, as diretrizes voltadas ao estímulo e à fixação dos médicos nas referidas regiões de formação, buscando melhorar a distribuição desses profissionais que, historicamente, tendem a se concentrar em regiões metropolitanas e em municípios onde há melhores condições econômicas (MIRANDA; MELO 2016, p. 2838).

Diante do cenário de concentração dos profissionais nos grandes centros, entendeu o legislador do Programa que a indução de novas escolas e vagas para as regiões fora dos grandes centros tem um condão de formar profissionais com vínculos nas regiões onde estudam. O desenho da política pública partiu do pressuposto que há um nexo de causalidade que é capaz de induzir o egresso a se fixar nas regiões onde passou a maior parte do tempo estudando, através dos vínculos formados e pela percepção da necessidade da comunidade.

Além disso, o modelo buscou também mudar a cultura para uma formação médica preventiva focada na atenção primária, superando a tradição de uma medicina voltada essencialmente para endemias de médias e altas complexidades. Essas, por sua vez, concentradas em geral nos grandes hospitais dos centros urbanos. Os mecanismos de descentralização de vagas para o interior e com formação focada na formação na AB buscam atacar os principais problemas de saúde pública na sua origem através da prevenção. E o modelo de interiorização das escolas de medicina visou fortalecer a Atenção Básica do sistema de saúde brasileiro, buscando ser um indutor de melhorias dos serviços prestados à comunidade.

Diante das especificidades das diretrizes do PMM, o presente trabalho busca compreender e avaliar o desenho da política regulatória, bem como verificar dados iniciais colhidos a partir da adoção do modelo regulatório de descentralização de cursos de medicina em instituições privadas, como instrumento indutor de melhorias nos serviços médicos nas áreas prioritárias. Por limitação temporal e de custos, optou-se por realizar um estudo de caso em um município do interior da Bahia, para observar os efeitos iniciais para os envolvidos a partir da implementação da política regulatória. A justificativa para o presente trabalho se dá pela recente expansão das escolas médicas, especialmente após a edição da Lei nº 12.871, de 2013, sendo necessário colher informações a respeito dos processos que estão em curso, para verificar se eles estão em sintonia com o que foi desenhado na política pública, sugerindo medidas corretivas na implementação caso sejam necessárias.

Para tanto, foi necessário contextualizar o trabalho da seguinte forma: no capítulo 2 será apresentado o breve histórico do Programa Mais Médicos, com a motivação política para o seu lançamento; no capítulo 3 se abordará o mercado de trabalho médico, trazendo os fatores de atração desses profissionais; no capítulo 4 optou-se por utilizar o Modelo Lógico para compreensão da teoria do Programa exclusivamente para o eixo educacional; no capítulo 6 será apresentada a metodologia da pesquisa em campo, com os objetivos geral e específicos, a pergunta e a descrição da pesquisa; no capítulo 6 será apresentado o caso selecionado, contextualizando a região e os motivos da sua escolha; no capítulo 7 serão apresentados os resultados das incursões e as interpretações dos dados em relação aos efeitos indutivos dos serviços para o município; e, por fim, no capítulo 8 serão abordados os desafios e as sugestões de melhorias no modelo regulatório.

2. BREVE HISTÓRICO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Medida Provisória nº 621, no ano de 2013 (BRASIL, 2013). Surgiu como fruto de reivindicações de diversos movimentos sociais os quais estavam insatisfeitos com a oferta de serviços públicos de educação, segurança pública e de saúde. Ondas de protestos foram desencadeadas nas ruas do País exigindo das autoridades públicas mais investimentos nessas áreas. Esses movimentos, aliados principalmente pelas pressões políticas dos prefeitos para buscarem uma solução da falta de médicos nas regiões prioritárias do Brasil, impulsionaram a agenda do governo federal que lançou mão de medidas públicas com vistas à mitigação do problema reclamado.

A grande reivindicação evidenciada, sobretudo após a marcha dos prefeitos, trouxe à baila a grande necessidade de médicos para seus territórios, pois havia se mostrado um grave problema de âmbito social. Havia centenas de municípios desamparados por ausências desses profissionais e, ainda mais grave, alguns sem poder recorrer às regiões mais próximas porque essas também não dispunham de profissionais médicos suficientes, dada a peculiaridade regional do Brasil. Por causa disso, a demanda pela solução do problema voltou a entrar na pauta da agenda da União.

2.1. Contexto social e político do lançamento do programa

O problema da má distribuição de médicos pelo país sempre foi um tema recorrente na agenda governamental. No entanto, conforme demonstram os trabalhos de Kingdon *apud* Pinto (2008, p. 28), o processo de formulação de uma política pública ou o ciclo de políticas públicas passam por estágios. O primeiro deles é o "acatamento" ou determinação do problema pelo governo. É nesse momento em que se reconhece o problema público por parte dos tomadores de decisão. Após o acatamento do problema, ele passa a fazer parte da inclusão no debate público, definindo a agenda até sua implementação, com política formulada e operacionalizada através de programas e projetos.

O enfrentamento do problema da falta de médicos na Atenção Básica nos rincões do Brasil ganhou força a partir de diversos movimentos de fora da agenda governamental. A partir da consolidação do Sistema Único de Saúde, pela Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), estabeleceram-se deveres ao Estado em dar provisão e condição ao pleno exercício de saúde,

através de formulação e execução de políticas que visem à redução de riscos de doenças e, acima de tudo, acesso gratuito e universal e igualitário aos serviços de saúde.

Apesar de diversas ações no sentido de cumprir o que preconiza o SUS, como o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994; o subsistema da Saúde Indígena; a Política Nacional de Atenção Básica; e o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). O maior problema evidenciado nessas ações ainda era a falta de profissionais médicos nos municípios interioranos do país, principalmente na Atenção Básica.

O tema, então, passou a fazer parte com proeminência da agenda governamental, após uma série de grupos de interesses mobilizarem em torno desse objetivo comum. Dentre esses grupos, vale ressaltar a participação intensa da Frente Nacional dos Prefeitos (FNP), com o seu *slogan* "Cadê o médico?";[1] potencializada pelas manifestações de rua realizadas em julho de 2013, conduzida, inicialmente, pelo Movimento Passe Livre (MPL), a partir de um protesto contra o aumento de passagens em São Paulo. Esse movimento, considerado um dos maiores movimentos sociais de rua vistos no Brasil, ganhou força e confluiu para outras pautas de reivindicações nas áreas sociais, como na educação, na segurança pública e na saúde.

Buscando o enfrentamento do problema, o governo federal lançou, em Brasília – DF, o Pacto Nacional pela Saúde (PNS)[2], trazendo, dentre as propostas, as medidas para aumentar a oferta de médicos em regiões de maior vulnerabilidade social e nos distritos sociais indígenas, com mais investimento em reforma dos equipamentos públicos de saúde, tais como construções de hospitais e unidades básicas de saúde, além de aumentar a oferta de vagas de curso de graduação em medicina e residência médica. Porém tais investimentos ainda não foram suficientes para mitigar o problema.

A falta de médicos em regiões mais afastadas do país ainda persistia, sendo umas das principais causas de queixas de gestores na área da saúde, pois não conseguiam preencher suas vagas para esses profissionais e, assim, desassistindo suas populações. Em alguns casos, a Estratégia Saúde da Família chegou a apresentar apenas 1,5% de cobertura da população, sendo em sua maior parte devido às dificuldades de contratação e fixação de médicos nessas regiões (PINTO *et al*. 2014, p. 106). Além da formação inadequada para atender às necessidades locais, dentro do SUS (PINTO *et al*. 2017, p. 1087).

---

[1] Movimento realizado pela Frente Nacional de Prefeitos, em 21 de fevereiro de 2013. Disponível em: http://cadeomedico.blogspot.com/

[2] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf

Com o fluxo de interesses e pressões por soluções desencadeados pelos movimentos de fora do governo, o tema foi incorporado na agenda governamental como principal pauta. Esse modelo pluralista[3] de incorporação de políticas públicas foi essencial para alavancar o Pacto, tendo diversos apoios dos tecidos sociais e, especialmente, do Congresso Nacional.

Como fruto desse pacto e devido à urgência do tema, o Executivo Federal editou a Medida Provisória MP 861, de 2013, criando o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013), buscando contemplar o aumento da oferta dos serviços médicos na Atenção Básica, em que se concentra o maior gargalo na política de atenção à saúde. Além disso, ampliou-se a oferta de vagas do curso de medicina e programa de residência médica, com a implantação do segundo ciclo no curso de medicina, com treinamentos em serviços exclusivamente na Atenção Básica em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração de no mínimo dois anos. Optou-se, também, pelo recrutamento de médicos estrangeiros para postos de trabalhos não ocupados por médicos brasileiros.

O recrutamento de médicos estrangeiros, a despeito de muitos questionamentos pela classe médica, foi fruto de uma parceria firmada entre o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), através de Termo de Cooperação (TC).[4.] Como não houve médicos brasileiros interessados suficientes para trabalharem nas áreas finalísticas da Atenção Básica, o governo federal buscou preencher essas lacunas com médicos estrangeiros.

Além da medida emergencial que foi a contratação imediata de profissionais, duas medidas efetivas foram feitas a partir da nova política pública. A primeira foi modificar o modelo de formação médica com objetivo de dar mais experiências a esses profissionais nas áreas prioritárias da Atenção Básica, estabelecendo medidas para se alterar as diretrizes curriculares da graduação em medicina, conduzindo para uma formação mais generalista com senso de responsabilidade social e de cidadania. A segunda, mais estruturante, buscou-se inverter a lógica de autorização de escolas médicas focando em regiões onde o cenário de médicos por habitantes estava abaixo do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Havia, assim, a necessidade de descentralização dessas novas vagas para as regiões onde a relação de médico por habitante era muito baixa.

---

[3] Por modelo Pluralista entendem-se quando os itens da agenda governamental provêm de fora do governo e de uma série de grupos de interesses capazes de alcançar agenda através da mobilização.

[4] Cerimônia de assinatura do termo encontra-se Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3272:opas-oms-assina-acordo-de-cooperacao-com-o-brasil-para-apoiar-programa-mais-medicos&Itemid=834

2.2. O cenário médico por mil habitantes no brasil

O Brasil figurava com índices de 1,8 médicos para cada 1.000 habitantes, enquanto outros países tinham índices bem maiores, como a Alemanha 3,6; a Itália 3,5 e a vizinha Argentina 3,2; dados à época do lançamento do Programa. O parâmetro tomado como modelo foi o do Reino Unido, por ter o segundo maior sistema de saúde público de caráter universal, perdendo apenas para o Brasil. Naquele país, a proporção era de 2,7 médicos por 1.000 habitantes. A Tabela 1, a seguir, traz o comparativo de distribuição de vagas por mil habitantes dos principais países do mundo e confirma o grave problema enfrentado pelo Brasil.

Tabela 1- Relação de países segundo o número de médicos por 1.000 habitantes em 2012

País	Índice	País	Índice	País	Índice
Grécia	6,1	Coreia do Norte	3,3	Japão	1,9
Cuba	6,0	Argentina	3,2	Venezuela	1,9
Espanha	4,0	Hungria	3.1	**Brasil**	**1,8**
Portugal	3,9	Austrália	3,0	Equador	1,7
Uruguai	3,7	Bélgica	3,0	Colômbia	1,4
Bulgária	3,7	Egito	2,9	Bolívia	1,2
Israel	3,7	Reino Unido	2,7	Paraguai	1,1
Alemanha	3,6	Polônia	2,2	Índia	1,1
Suécia	3,6	Canadá	2,0	Chile	1,0
Itália	3,5	México	2,0	Peru	0,9

Fonte: OMS, Estatísticas Sanitárias Mundiais, 2012. Elaborado por Ribas/ 2016.

Assim, como medida para enfrentar o problema de escassez de médicos em diversas regiões periféricas do país, o texto legal apontou medidas para ampliar a contratação emergencial de médicos para as regiões onde os índices estavam abaixo dos padrões adotados pelos países internacionais. A partir das ações de políticas públicas desencadeadas pelo Programa, o Brasil conseguiu aumentar a razão de médico por mil habitantes, passando de 1,8 para 2,18 médicos, dados do Conselho Federal de Medicina (CFM) (2018). Apesar disso, o Brasil ainda sofre com a escassez desses profissionais em muitas cidades do interior. Isso

revela que, a despeito do aumento desses profissionais, a sua distribuição ainda não foi suficiente.

As medidas regulatórias estruturantes, por outro lado, entraram como mecanismo do poder público para enfrentar o problema da distribuição desses profissionais. O marco regulatório oriundo da Lei colocou o Estado como indutor ativo da política. A partir dessa lógica, vedou-se a abertura de novas escolas médicas em regiões onde há concentração de médicos, em geral nos grandes centros e nas capitais. O Estado passou a eleger as regiões mais carentes desses profissionais para, em seguida, fazer chamada pública de mantenedoras de instituições de ensino superior privadas que queiram implantar faculdade de medicina nos municípios selecionados pelo poder público. A medida buscou corrigir a enorme desigualdade de distribuição de médicos por mil habitantes nas regiões do Brasil, a partir da promoção das regiões prioritárias do SUS, conforme ações dispostas na própria Lei nº 12.871, de 2013:

> Art. 2º Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:
> I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;
> II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e
> III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional. (BRASIL, 2013).

Os dados da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, revelaram a relação número de vagas de médicos por habitantes, por Unidade da Federação, e já demonstravam o grande gargalo que deveria ser atacado pelo poder público no enfrentamento futuro das desigualdades da distribuição desses profissionais pelo Brasil. A Tabela 2, a seguir, publicada como Anexo da Portaria do Ministério da Educação nº 2, de 1º de fevereiro de 2013 já apontava essa desigualdade, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, onde a relação chegava a ser cinco vezes mais desigual do que em unidades da federação pertencentes ao Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Mesmo em regiões mais ricas, como o Sudeste, havia desigualdade entre os seus próprios municípios.

Tabela 2 - Relação número de vagas e número de médicos, por habitante, por Unidade da Federação

Unidade da Federação	Nº Vagas Por 10.000 habitantes	Nº Médicos por 1000 habitantes
Bahia	0,39	1,09
Maranhão	0,39	0,58
Alagoas	0,45	1.12
Amapá	0,47	0,76
Goiás	0,51	1,45
Pará	0,54	0,77
Pernambuco	0,55	1,39
Acre	0,67	0,94
Mato Grosso	0,67	1,1
Roraima	0,67	1,21
São Paulo	0,79	2,49
Sergipe	0,74	1,3
Mato Grosso do Sul	0,75	1,54
Paraná	0,76	1,68
Ceará	0,76	1,05
Rio Grande do Norte	0,83	1,23
Amazonas	0,76	1,06
Rio Grande do Sul	0,84	2,23
Piauí	0,89	0,92
Santa Catarina	0,96	1,69
Distrito Federal	1,11	3,46
Rondônia	1,11	1,02
Paraíba	1,26	1,17
Minas Gerais	1,31	1,81
Espírito Santo	1,44	1,97
Rio de Janeiro	1,44	3,44
Tocantins	3,02	1,08

Fonte: Ministério da Educação, Brasil, 2013.

2.3. As estratégias adotadas pelo Programa Mais Médicos

Consolidado pela Lei 12.871 de outubro de 2013, o Programa Mais Médicos tem como objetivo diminuir a carência de profissionais médicos para a Atenção Básica à Saúde (ABS), no Sistema Único de Saúde, instaurando medidas para a formação, estruturação e provimento de profissionais médicos nos serviços da ABS (PINTO *et al*, 2014; MOREIRA *et al*. 2017). Para tanto, apresentou um conjunto de ações a serem implementadas no curto e no médio prazo, atendendo às questões emergenciais e estruturais que levaram à criação do Programa, e que atenderiam os seguintes eixos: a) reestruturação física e manutenção das unidades de saúde; b) formação médica para atendimento do SUS; e c) provimento profissional em caráter de emergência para as localidades desassistidas por médicos (MOREIRA *et al*. 2017, p. 292).

Segundo Moreira *et al.* (2017), o eixo referente à reestruturação física diz respeito à construção, reforma e ampliação, pelo Governo Federal, de Unidades Básicas de Saúde no país. Para atendê-lo, o Governo contou, à época, com Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, através das linhas atendidas pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). O eixo educacional buscou reformular a formação de médicos na graduação e na residência médica com foco para atendimento do SUS. Além disso, a Lei nº 12.871/2013 determinou redirecionar a formação dos profissionais médicos com foco na atenção primária de saúde.

Com isso, a Lei determinou que fossem definidas novas diretrizes curriculares para o curso de Medicina, ação essa que foi conduzida pelo Conselho Nacional de Educação, segundo os princípios dispostos no Programa, cujo objetivo era fortalecer o processo de integração relativo ao ensino-serviço. Foi criada a figura do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) que visa aproximar os gestores do SUS da região de saúde, das instituições de ensino do município e da comunidade, sendo mais uma instância do controle social para fortalecer os serviços e as aprendizagens no âmbito do SUS.

Já o provimento em caráter emergencial de médicos para as regiões mais desassistidas do país foi iniciado ainda em 2013, com a fixação de médicos em localidades que careciam destes profissionais, com o intuito de ampliar a assistência na Ação Primária à Saúde (APS). Devido às experiências de baixa adesão aos programas de interiorização pelos profissionais brasileiros, à época, abriu-se a possibilidade de adesão de estrangeiros, o que foi realizado através de um acordo com o governo de Cuba através da Organização Pan-Americana de Saúde. Até 2015, cerca de 79% dos 18 mil médicos incorporados no Programa vieram de Cuba (MEDINA *et al*. 2018, p. 347).

Além dos três eixos de atenção citados, o Programa trouxe medidas para o fortalecimento da prestação de serviços na ABS; o aprimoramento da formação médica no país; o aumento da inserção do médico durante sua formação em unidades do SUS; o fortalecimento da política de educação permanente entre as instituições de ensino-serviço; a promoção da troca de conhecimentos entre médicos de formação brasileira com os de formação estrangeira; o aperfeiçoamento do médico brasileiro para atuar nas políticas públicas de saúde do país e ainda estimular a pesquisa na área de saúde (PINTO *et al*. 2014).

Com a estratégia de interferir na formação e disponibilização de vagas, o Governo Federal pretendeu enfrentar este problema e alavancar o atendimento nos serviços de Atenção Básica principalmente nas áreas de maior desassistência. A ideia central do

Programa, para esta linha, e que o gestou, é “intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos: desde a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, até a reorientação da formação de médicos e especialistas conforme as necessidades do SUS” (PINTO *et al*. 2014, p. 106).

A proposta deste trabalho visa avaliar se as medidas propostas pelo Programa no aspecto da desconcentração das vagas abertas no modelo regulatório de seleção de instituições privadas e no novo modelo de formação médica têm o condão de mitigar os problemas em longo prazo da falta desses profissionais nas regiões mais carentes, bem como induzir as melhorias dos serviços médicos nas regiões prioritárias. Especialistas na área de saúde como Sheffer (2018) afirmam que não há falta de médicos no país, mas, sim, a distribuição desigual desses profissionais no Brasil. De fato, estudos recentes elaborados pela Universidade de São Paulo demonstraram que há uma concentração substancial desses profissionais nos grandes centros em consideração ao interior. Tais levantamentos serão abordados a seguir.

3. O MERCADO DE TRABALHO MÉDICO E FATORES DE ATRAÇÃO

A distribuição equitativa de médicos para todas as regiões do Brasil é um grande desafio a ser enfrentado via políticas públicas. Algumas regiões do país ainda apresentam *déficit* muito grande de médicos em comparação com outras regiões onde a taxa de ocupação dos profissionais, com relação ao número populacional, é um pouco mais alta. Esta falta de profissionais promove diversos problemas para o sistema de saúde público, uma vez que a maior parte dos atendimentos em âmbito hospitalar poderia ser facilmente resolvido na Atenção Básica, caso tivessem um tratamento mais ágil nas endemias e investimentos em prevenção.

O Brasil enfrenta dificuldades para distribuir profissionais médicos para atender todas as localidades, urbanas e rurais, especialmente na AB e em localidades mais afastadas, onde se apresentam mais dificuldades econômicas e sociais. Muito foi melhorado desde a instituição da Política Nacional de Atenção Básica, de 2006 (BRASIL, 2006), quando foi consolidada a Estratégia Saúde da Família visando melhorar a atenção primária no Brasil, e instituiu a AB como porta de entrada para atendimento no Sistema Único de Saúde.

Consolidando a Política de Atenção Básica, o Programa Mais Médicos buscou melhorar os serviços de saúde para a população, visando maior cobertura de médicos em todas as regiões do país, dado este perceptível pelo aumento do índice de médicos/mil habitantes e pelo aumento das consultas prestadas, e, consequentemente, pelo aporte financeiro na área da saúde (SCHEFFER *et al*., 2018).

As medidas que o Brasil tem tomado, pensando em equalizar o atendimento, passam pelos programas da AB principalmente Saúde da Família. Representam grande esforço de recursos e de pessoas para melhorar os serviços de saúde para a população brasileira. Em cinco anos do PMM, já é possível sentir os primeiros efeitos do Programa, seja através do número de atendimentos acrescidos, do número de médicos atendendo no Programa, seja na quantidade de internações e atendimentos nas áreas prioritárias ou até mesmo nos investimentos perceptíveis por conta da indução da política pública.

A intenção deste capítulo é levantar os motivos e fatores que interferem na escolha e na fixação dos médicos nas regiões prioritárias, sendo uma diretriz da Lei nº 12.871/2013. Muitas políticas com intenção de interiorizar os profissionais já foram realizadas sem sucesso. Assim, políticas de reestruturação, como as do eixo educacional,

também foram pensadas e para as quais têm sido disponibilizadas as vagas de formação médica. O estudo a respeito do cenário médico e fatores que promovem atração correspondem a dados disponíveis sobre o PMM, via estudos publicados nas áreas referentes às realidades similares.

3.1. Panorama Demográfico Médico: formação e trabalho

Segundo dados da Demografia Médica no Brasil, conforme estudo realizado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP (SCHEFFER *et al*. 2018), em 2018 o Brasil tinha cerca de 452.801 médicos inscritos nos conselhos regionais de medicina, totalizando 491.468 inscrições sendo que estas diferenças entre os médicos ativos e as inscrições dizem respeito às inscrições secundárias, ou seja, médicos que por algum motivo têm mais de um registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) ativo. A população brasileira contava no início de 2018 com 207.660.929 pessoas, que diante da população médica de 452.801 dá uma relação de 2,18 médicos por grupo de mil habitantes. No início do PMM em 2013, a relação médica por mil habitantes era de 1,8, incremento de 21,11% em 2017 sobre o ano de 2013, conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Evolução no número de médicos x população brasileira

Variáveis	**Ano**		**Incremento (%)**
	2013	**2018**	
n. de médicos ativos	371.788	452.801	21,79
n. de médicos com CRM secundários	388.015*	491,468	26,66
Índice de médico/mil habitantes	1,8	2,18	21,11
População Brasileira	201.032.714	207.660.929**	3,3

Fonte: elaborado pelo autor, a partir de Scheffer *et al*. (2018).

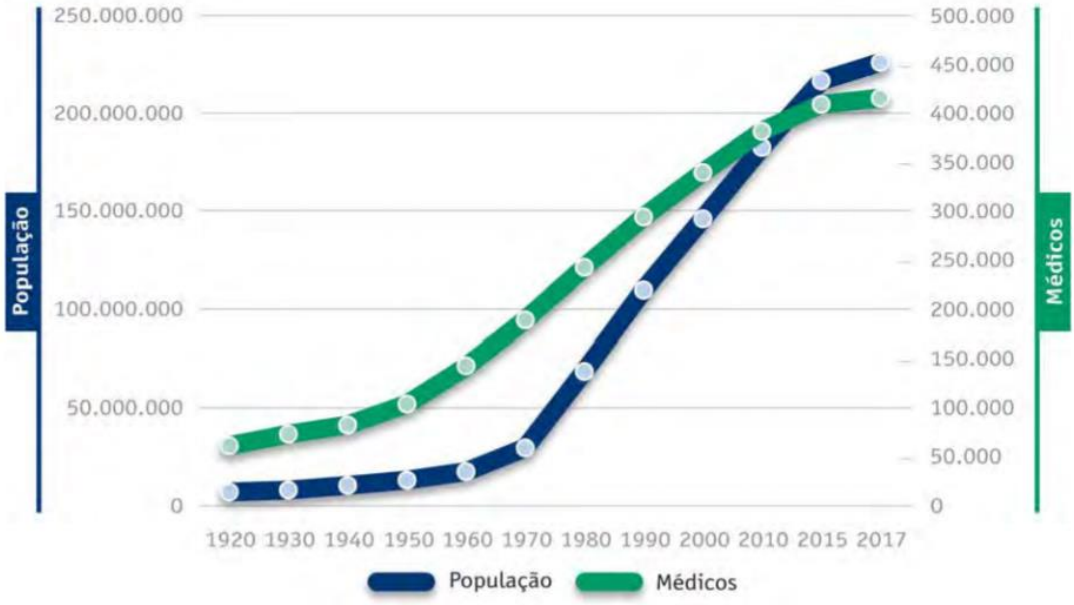
* Dado se refere a 01/10/2012.

** Conforme dados de 2017.

A Tabela 3 demonstra que no período analisado, 2013 a 2018, o número de médicos ativos no Brasil teve um incremento de 21,79%, enquanto a população brasileira aumentou no período cerca de 3,3%, representando, assim, que o número de médicos no país cresceu consideravelmente mais que o da população.

Importa trazer dados a respeito da evolução do número de médicos no país. O estudo de Scheffer *et al*. (2018) salienta que de 1920 a 2017 (Figura 1) o total de registros médicos no Brasil passou de 14.031 para 451.777, ou seja, um incremento no número de profissionais de 2.219,8%. Neste mesmo período a população brasileira passou de 30.635.605 para 207.660.929, ou 577,8% a mais no período referido (SCHEFFER *et al*. 2018, p, 30). Neste período de 97 anos a população médica cresceu cerca de 3,7 vezes o da população brasileira.

Figura 1 - Evolução do número de registros de médicos e da população entre 1920 e 2017



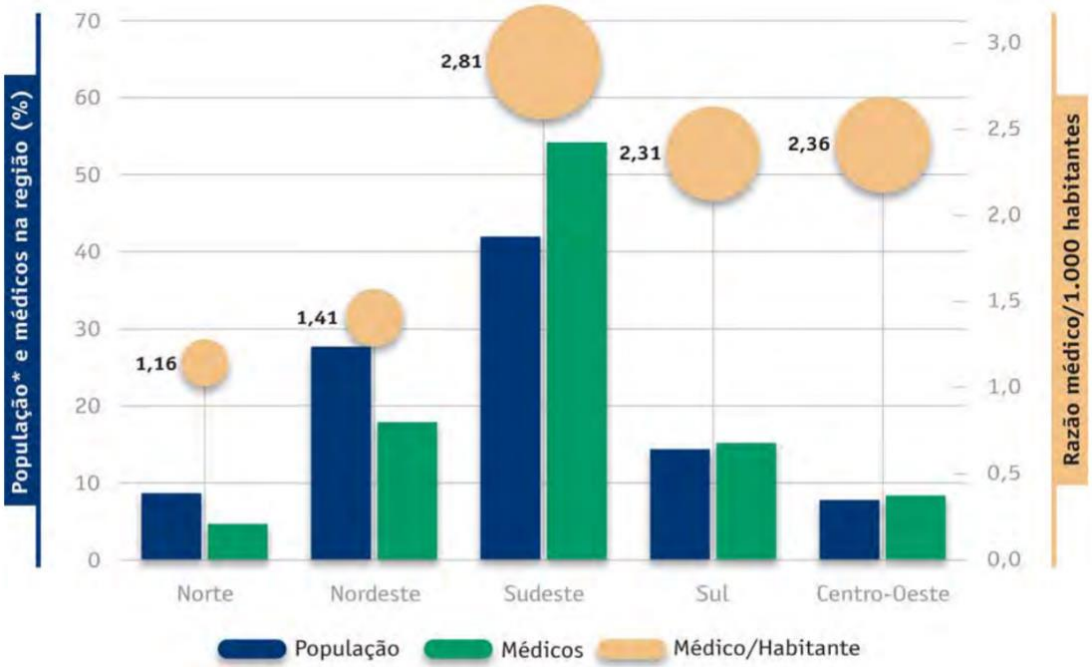
Fonte: (Scheffer M. *et al.* 2018. (p, 31).

A Lei dos Mais Médicos, diante das diretrizes para a área de formação e especialização, tem impulsionado a abertura de novas escolas e de novas vagas nos cursos já existentes, fazendo saltar o número de médicos formados, que em 2012 foi de 17.267, para um potencial de formar cerca de 29.996 profissionais por ano (CFM, 2015a). Dados de 2017 mostravam que o Brasil tinha 291 cursos de medicina, onde cerca de 30% foram abertos após o início do PMM, em 2013.

Mas apesar do incremento no número de profissionais formados por ano, a realidade mostra que a distribuição iníqua de médicos nas regiões brasileiras continua. Conforme Scheffer *et al.* (2018), enquanto a média nacional atual de 2,18 médicos por mil

habitantes, há capitais em que este índice chega a 12 por mil, e em outras a um médico por mil habitantes, demonstrando a persistente má distribuição dos profissionais. A Figura 2 mostra a distribuição de médicos nas cinco regiões do país, com a referida proporção médico/número de habitantes.

Figura 2 - Distribuição de médicos e população, segundo grandes regiões – Brasil, 2018



Fonte: (SCHEFFER, *et al*. 2018, p, 43).

Conforme a Figura 2, a região Sudeste apresenta a maior densidade de médicos por habitante, com razão de 2,81. Já a região Norte é a que apresenta o menor índice, cerca de 1,41. O Estado de São Paulo, segundo Scheffer *et al*. (2018), tem a mesma razão da região em que está inserido, com 2,81 médicos por habitante, concentrando cerca de 21,7% da população brasileira e 28% do total de médicos do país.

Entre as unidades federativas, os de maior proporção de médicos por habitante estão: em primeiro lugar o Distrito Federal, com 4,35 médicos por mil habitantes; depois o Rio de Janeiro, com 3,55; o Estado de São Paulo com 2,81; seguido pelo Rio Grande do Sul, que tem um índice de 2,56; e Minas Gerais, com 2,30 médicos por mil habitantes. Na extremidade representando a falta de médicos, estão os estados do Maranhão, com uma razão de 0,87 médicos por mil habitantes e o Pará com 0,97 (SCHEFFER *et al*, 2018).

A Tabela 4 demonstra os números absolutos da população médica e da população em geral, bem como a porcentagem de médicos e da população em geral, por região, trazendo um comparativo que demonstra melhor as desigualdades entre a razão número de médicos e população.

Tabela 4 - População geral, população médica e a razão entre número de médicos/mil habitantes

Região/Federação	Médicos	%	População	%	Razão
BRASIL	**451.777**	**100%**	**207.660.929**	**100%**	**2,18**
Norte	20.884	4,6%	17.936.201	8,6%	1,16
Nordeste	80.623	17,8%	57.254.159	27,6%	1,41
Sudeste	244.304	54,1%	8.694.714	41.9%	2,81
Sul	68.430	15,2%	29.644.948	14,3%	2,31
Centro-Oeste	37.536	8,3%	15.875.907	7,6%	2,36

Fonte: elaborado pelo autor, a partir de Scheffer *et al*. (2018, p, 44).

A representação da Tabela 4 demonstra que a região Sudeste, onde se concentra 41,9% dos brasileiros, tem 54,1% da população médica, ou mais da metade dos profissionais brasileiros, e a razão entre número de médicos por mil habitantes fica em 2,81, sendo esta a mais alta do país. Na região Nordeste, estão concentrados 17,8% dos médicos e tem uma parcela de 27,6% da população brasileira, porém a razão médica por mil habitantes fica em 1,41, bem abaixo da média nacional de 2,18 ou das outras regiões, com exceção da região Norte com uma razão de 1,16, a mais baixa entre todas as regiões. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentam uma razão de 2,31 e 2,36, respectivamente, deixando essas duas regiões mais confortáveis na relação médico por mil habitantes.

3.2. Formação e especialização médicas

O Brasil possui hoje cerca de 336 escolas de medicina, com 34.748 vagas no primeiro ano da formação (ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL, 2019), sendo que 58% das vagas são oferecidas por instituições particulares, 23,27% são federais, 10,4% são estaduais e 8,33% são oferecidas pelos municípios. Segundo Scheffer *et al*. (2018), os dados demonstram que o ensino de medicina está basicamente privatizado no Brasil, sendo essas escolas que mais oferecem vagas, cursos e matrículas em medicina.

Em 2017, o maior número de cursos e vagas era oferecido na região Sudoeste, o segundo lugar da região com a região Nordeste e em terceiro lugar, a região que mais ofertava vagas de medicina era a região Sul. Em seguida, a região Centro-Oeste e, por último, a região Norte.

Quanto às especialidades médicas, segundo o Conselho Federal de Medicina (2018), quatro especialidades representam somadas 38,4% de todos os títulos de especialistas no Brasil. Destaque para Clínica Médica com 11,2% dos títulos, Pediatria com 10,3% e em terceiro lugar Cirurgia Geral, com 8,9% dos títulos de especialistas. A Tabela 5 demonstra as dez especialidades com maior número de inscritos e sua devida porcentagem, sendo que essas especialidades representam cerca de 63,6% dos títulos de especialistas, ou 242.530 profissionais médicos. As outras 44 especialidades listadas pelo CFM correspondem ao restante 36,4% dos títulos médicos inscritos no país.

Tabela 5 - Distribuição dos títulos de especialistas por especialidades 2018

Especialidades	Número de Títulos	%
Clínica Médica	42.728	11,2
Pediatria	39.234	10,3
Cirurgia Geral	34.065	8,9
Ginecologia e Obstetrícia	30.415	8
Anestesiologia	23.021	6
Medicina do Trabalho	15.895	4,2
Ortopedia e Traumatologia	15.598	4,1
Cardiologia	15.516	4,1
Oftalmologia	13.825	3,6
Radiologia e Diagn. por imagem	12.233	3,2
10 especialidades	**242.530**	**63,6**

Fonte: elaborado pelo autor, a partir de Conselho Federal de Medicina (2018).

Uma das diretrizes da Lei nº 12.871/2013 trata da ampliação na disponibilização de vagas em especialidades médicas, visando adequar esta mão-de-obra às necessidades da população, garantindo a universalização ao acesso à residência médica. Para isto, a Lei dispunha que, até o final de 2018, fosse ofertado o mesmo número de vagas de residência médica de acesso direto correspondente ao número de egressos das graduações do ano anterior. Com isto, o Programa esperava ofertar cerca de 12,4 mil vagas nas diversas especialidades, mas com prioridade para a Medicina Geral de Família e Comunidade, que no levantamento do CFM (2018) representou uma porcentagem de apenas 1,4% dos títulos inscritos no país.

Uma das maneiras que o Governo encontrou para ampliar a formação de especialista em Medicina Geral de Família e Comunidade, e ofertar as 12,4 mil vagas visando melhor servir a população com profissionais médicos preparados para atendê-la, foi estipular, via a Lei dos Mais Médicos, a necessidade do aluno de medicina cursar cerca de dois anos na especialidade de Medicina Geral de Família e Comunidade antes de entrar em uma das outras especialidades de acesso direto, que são: Genética Médica, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Legal, Nuclear, de Tráfego e Patologia (BRASIL, 2013b). Tal medida, porém, foi revogada pela Medida Provisória nº 890, de 2019.

3.3. O mercado de trabalho do médico brasileiro

A pesquisa demográfica que mostra as condições de trabalho dos médicos brasileiros foi aplicada em todas as regiões do país e considerada um universo de mais de 388 mil médicos. De forma probabilística, Scheffer *et al*. (2015) levantou dados importantes sobre o desenvolver da profissão médica e as formas de trabalho desse profissional. Assim, os médicos que desenvolvem a medicina em tempo integral representam 83,7% dos profissionais, enquanto os outros 16,3% desenvolvem a medicina em tempo parcial. Na porcentagem que leva em conta o tempo integral ou parcial para a atividade da medicina, demonstrou-se que quanto mais velho o profissional, menos tempo ele dedica à profissão, acontecendo o inverso com os mais jovens, que atuam mais tempo do seu dia no exercício profissional da medicina.

A atuação clínica e assistencial é exclusiva para 59,1% dos profissionais entrevistados. 3,1% atuam exclusivamente como gestores, administradores ou docentes, enquanto 37,8% dos entrevistados realizam as duas funções acima, dividindo a atuação da profissão médica com as atividades de gestão ou administração e docência. Na pesquisa, 54,6% dos médicos relataram que suas cargas de trabalho são adequadas e que se sentem em plena capacidade de trabalho, mas 31,7% se consideram sobrecarregados, e somente 13,7% acham que teriam condições de aumentar a carga de trabalho atual. A pesquisa demonstrou que aqueles que mais sofrem com a jornada extenuante são os profissionais de menor faixa etária e que atuam no âmbito da rede pública (CFM, 2015b).

Um dado levantado por Scheffer *et al*. (2015) diz respeito aos vínculos empregatícios dos profissionais médicos brasileiros, registrando-se que cerca de 48,5% possuem três ou mais vínculos, sejam eles empregatícios, de ocupação, cargo, função, ou

emprego médico remunerado. “A conclusão é que a profissão médica se caracteriza pelo acúmulo e simultaneidade de trabalhos” (SCHEFFER *et al*. 2015, p. 101), normalmente trabalhando para mais de um empregador. Na relação com maior número de vínculos, também quanto mais jovem, mais vínculos o médico mantém, diminuindo-os na medida em que a idade é mais elevada. A região Nordeste é a que mais apresenta médicos com quatro ou mais vínculos de trabalho, na porcentagem de 29%, no Sul são 26%, e no Sudeste, 22,9%, 14,3% no Nordeste. No Sudeste é maior a porcentagem de médicos com apenas um vínculo de trabalho, cerca de 24,5%.

3.4. Fatores que influenciam e atraem profissionais médicos para áreas remotas

O debate sobre as desigualdades na distribuição de médicos entre as áreas urbanas e os interiores é recorrente em diversos países, tendo surgido estudos em diferentes épocas. Em muitos casos, políticas públicas foram criadas a fim de corrigir as dificuldades de preenchimento de vagas para médicos em localidades mais remotas, como em áreas rurais, por exemplo, que normalmente apresentam níveis mais baixos de profissionais da área ali instalados. Apesar do consenso de que existe a má distribuição regional de profissionais médicos, as razões para esta ocorrência são diversificadas, indo desde a falta de estrutura para atendimento, até os fatores pessoais que interferem nas escolhas profissionais de se fixarem ou não em determinado lugar.

Assim, sendo assunto recorrente, diversos estudos têm surgido a partir das dificuldades encontradas pelos governos em geral, buscando entender quais os fatores ou motivações que poderiam interferir nas escolhas dos profissionais quando vão escolher o local de trabalho ou a especialização a ser cursada. Dentre esses estudos, é possível destacar os realizados pelos americanos Holmes e Miller (1986) e Reitz *et al.* (2018), os realizados pelos canadenses Kazanjian e Pagliccia (1996), e Asghari *et al*. (2017). No Nepal, a falta de equidade na distribuição médica já foi citada por Sapkotia e Amatya (2015). Na Austrália, por McAuliffe e Barnett (2009), e os pesquisadores Rose e Rensburg-Bonthuyzen (2015) levantaram a temática na realidade sul africana.

Casos relatados em todo mundo apontam que a distribuição de profissionais da saúde é direcionada para as áreas mais desenvolvidas, sendo este um padrão encontrado no mundo todo, independentemente de se tratar de países de primeiro mundo ou de organização

do sistema de saúde de países subdesenvolvidos (ARAÚJO e MAEDA, 2011) e (ROSE e RENSBURG-BONTHUYZEN, 2015). Há disparidade entre os atendimentos rural e urbano, criando desassistência médica e ampliando as desigualdades na saúde entre os cidadãos.

Kazanjian e Pagliccia (1996) observaram que no Canadá, embora seja alta a população de médicos, muitas províncias eram desassistidas de atendimento médico, sendo um desafio para os governos locais administrarem a retenção para as áreas que mais demandem desses trabalhadores. Na tentativa de responder quais fatores influenciavam a escolha das localidades para trabalhar, os autores levantaram que os cônjuges dos profissionais tinham muita influência sobre a escolha, sendo este o fator mais encontrado na pesquisa realizada.

Na sequência, a pesquisa revelou que os médicos se preocupavam com as condições socioeconômicas dos locais, tendo em vista à necessidade, na sua concepção, de um local apropriado para a criação dos filhos. Asghari *et al*. (2017), também levantaram que a opinião dos cônjuges era mais importante que os benefícios financeiros oferecidos pelo governo, ou seja, eram fatores decisivos para aceitar trabalhar em regiões remotas. Outros fatores levantados pelos autores se referiam às oportunidades de desenvolvimento profissional, do reembolso de despesas com viagens e visitas, e o apoio de trabalho de uma equipe de saúde competente e organizada.

McAuliffe e Barnett (2009) e Reitz *et al.* (2018) levantaram os fatores de atração para a decisão de estudantes em iniciar a carreira em áreas rurais. O fator mais forte apresentado foi o relacionado à experiência pregressa do aluno. Se o estudante tivesse tido uma experiência anterior nessas áreas, ou seja, se tivesse vindo de áreas rurais ou remotas, a probabilidade de ele assumir um posto de trabalho nessas áreas era maior. A influência causada por supervisores e professores que teriam experiências nessas áreas remotas também foi abordada como um fator motivador.

Além disso, McAuliffe e Barnett (2009) também observaram outros fatores que, nos seus estudos, tinham forte influência sobre a decisão dos profissionais em optar por áreas remotas, e citaram: fatores pessoais, como o casamento com alguém proveniente de tais áreas, ou ser de família dessas áreas; a probabilidade de maior valorização da profissão pela comunidade rural, ou a expectativa de um salário melhor; e a percepção de relações mais amistosas entre os profissionais atuantes nestas áreas.

Deutschlander, Suter e Grymonpre (2013) e Rose e Rensburg-Bonthuyzen (2015) citam que programas desenvolvidos nos EUA, Canadá e Austrália, e na África do Sul,

respectivamente, identificaram que profissionais provenientes de regiões mais precárias tinham maior tendência de voltarem a estas regiões para trabalharem ou participarem de algum programa assistencial após sua graduação, inclusive de se fixarem nestas regiões. Deutschlander, Suter e Grymonpre (2013) também citam que práticas de ensino realizadas nas áreas rurais e remotas, como atividades interdisciplinares eram bons incentivos para que, depois de formados, os médicos apresentassem maior interesse em trabalhar nestas áreas.

Em uma pesquisa realizada por Holmes e Miller (1986) com graduandos de medicina em Oklahoma, no intuito de levantar fatores que influenciariam suas escolhas quanto ao local para fixar residência após a graduação, 71% dos respondentes disseram preferir localidades semelhantes às quais eram provenientes, no caso, acima de 100.000 habitantes. E, cerca de 48% já tinham feitos suas escolhas durante a residência médica. Entre os fatores listados para suas decisões, os estudantes sugeriram que a influência do parceiro, os relacionamentos sociais, a possibilidade de continuar o aperfeiçoamento médico perto da residência, o clima e a geografia da área foram fatores preponderantes.

Deutschlander, Suter e Grymonpre (2013) citam que trabalhar em áreas remotas é um grande desafio aos profissionais, em boa parte pelas dificuldades estruturais, pela falta de recursos e de capacidade humana. Assim, estratégias adicionais seriam utilizadas como fatores de retenção e atração para estas áreas. Entre os componentes das estratégias, os autores citam incentivos financeiros, a possibilidade de desenvolvimento da carreira, uma adequada infraestrutura hospitalar, disponibilidade de recursos para atendimento, o reconhecimento e valorização pelo trabalho desenvolvido e uma boa gestão estrutural.

No Nepal, apesar dos fatores para a baixa retenção de profissionais nas áreas remotas ainda não terem sido devidamente levantados (SAPKOTA; AMATYA, 2015), a capital tem 40 vezes mais médicos que as áreas rurais. Os autores estimam que o país enfrente os mesmos problemas que diversos outros no mundo, como infraestrutura de trabalho inadequada, salários inadequados e as estratégias ineficazes para a retenção, além da migração profissional para o setor privado em detrimento do público. Ao desfalcar o atendimento público, as áreas deles dependentes são marginalizadas, tornando-se cada vez mais carentes, e assim afastando o interesse dos profissionais, formando um círculo vicioso de desigualdade, desassistência e mais geração de pobreza.

3.5. Como prover as áreas remotas de profissionais médicos? Incentivos e benefícios?

No final da década de 1960, para atender as necessidades da falta de médicos na Província de Ontário, o Canadá criou o *Underserviced Area Program*, com o intuito de atrair jovens médicos para se fixarem naquela região. O Programa basicamente oferecia incentivos financeiros (US$ 4.000) com isenção de impostos, pagos trimestralmente por quatro anos, o que correspondia a um valor acima do que o profissional ganharia trabalhando na época. Outros benefícios: a escolha da comunidade era pessoal com base nas que faziam parte do programa, as locomoções do profissional e do cônjuge eram pagas pelo Governo, e havia liberação de bolsas de graduação para os formandos. Em troca de cada ano letivo financiado, o profissional trabalharia por igual período no programa do Governo (COPEMAN, 1987). Segundo o autor, a taxa anual de desistência de médicos no programa era de 5%, e após cumprimento dos prazos, 60% dos profissionais continuaram a praticar suas atividades nas áreas em questão, mostrando-se positivo o dispêndio financeiro com os resultados obtidos.

Asghari *et al*. (2017) levantaram em suas pesquisas realizadas no Canadá que, entre os fatores pessoais que pesavam sobre a escolha por áreas rurais, estavam: a possibilidade de atender uma vasta gama de problemas aumentando assim a competência profissional, a oportunidade de estender o atendimento hospitalar para a vida do paciente, na comunidade, além de voltar às origens, para aqueles que haviam passado por áreas rurais. Profissionais com tendências generalistas, diante da pesquisa de Asghari *et al.* (2017), seriam mais atraídos para as regiões onde pudessem desenvolver esse tipo de trabalho, em oposição àqueles voltados a uma especialização definida.

Reitz *et al*. (2018), tendo em vista a predisposição de profissionais provindos de áreas rurais a se fixarem após formados em áreas similares, apontam que escolas de medicina usam estes fatores preditivos para criar programas específicos de atendimento médico. Em suas pesquisas, os autores levantaram que médicos que fizeram programas de residência médica em áreas rurais, tinham três vezes mais chances de atuarem profissionalmente nessas áreas. Dentre os benefícios citados pelos médicos que participaram da pesquisa de Reitz *et al*. (2018), trabalhar em áreas rurais exige a continuidade na busca pela solução das necessidades de saúde locais, enquanto médicos da família. Outros fatores positivos apontados foram o escopo de trabalho mais livre, a inexistência do trabalho em turnos e as relações produtivas com outras especialidades, e assim, a promoção de experiências positivas.

Deutschlander, Suter e Grymonpre (2013) apuraram que as relações da rede de referência que envolveria o Governo, as instituições e as estruturas de gestão eram fatores que influenciavam a permanência dos profissionais nas áreas rurais, com a implicação de que uma estrutura forte de gestão e liderança era um fator determinante. O estilo de vida oferecido nessas áreas, que possibilitava maior segurança para a família, também foi citado como fator decisivo, além de outros, como fácil acesso para outros locais. Neste caso, políticas públicas bem delineadas, com objetivos e metas bem traçados, podem ser um fator de atração para os profissionais que têm pretensão de trabalhar em áreas remotas ou mais afastadas.

Através do trabalho de Rose e Rensburg-Bonthuyzen (2015) foi possível estimar o que um médico busca ao escolher trabalhar em regiões desassistidas e remotas, e, assim, desenvolver estratégias a fim de planejar a atração dos profissionais necessários. Os autores relatam referências quanto à satisfação em ajudar a comunidade e a sensação da valorização do trabalho desenvolvido. Enquanto alguns profissionais relatavam que preferiam uma especialização, outros contaram que o trabalho generalista desenvolvido diante dos desafios enfrentados com a variedade de problemas era o motivo de interesse para a atuação em áreas mais carentes, sendo importante este relato aos estudantes para que aproveitem o trabalho nas comunidades carentes para desenvolverem outras especialidades, e não se limitarem a apenas uma disciplina na medicina.

Essas pesquisas internacionais corroboram a ideia estabelecida pelo Programa Mais Médicos que buscou condicionar os estudantes a experiências nas regiões afastadas. No próximo capítulo, será apresentado a Teoria do Programa Mais Médicos e a sua representação visual por meio do Modelo Lógico com foco no o eixo educacional para compreensão do Programa e a consecução dos seus objetivos.

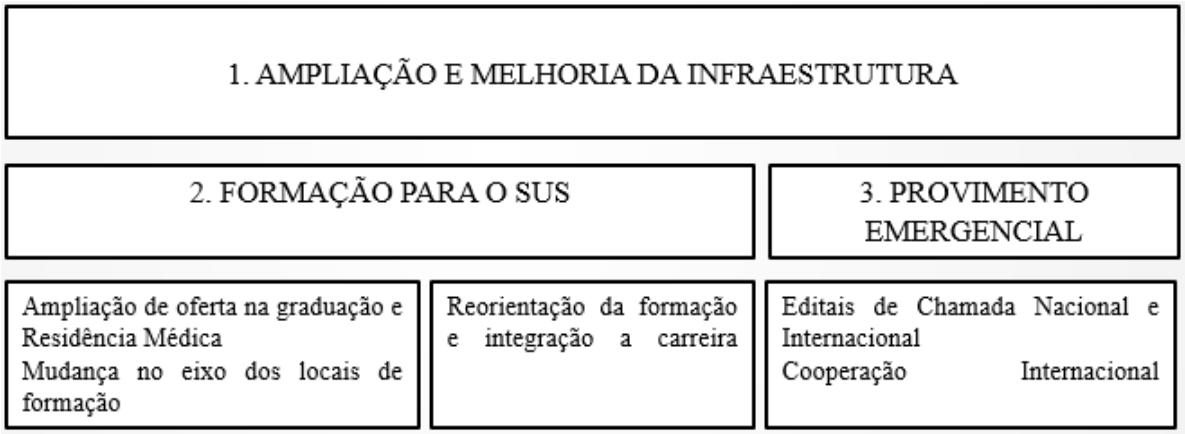
4. A TEORIA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS E O EIXO EDUCACIONAL

Em um processo de avaliação de políticas públicas, é de suma importância conhecer a teoria que está por detrás do programa, pois é um componente fundamental para compreender como o programa funciona ou se propôs a funcionar, o que na prática pode gerar maior qualidade na execução e avaliação da política pública. Conforme o pensamento de Weiss *apud* Santos (1998, p. 48), os programas voltados para as áreas sociais envolvem questões complexas desde a sua formulação até a sua implementação, por isso a necessidade de se compreender a teoria do programa que facilitará no momento da avaliação.

O Programa Mais Médicos surge como uma ação emergencial direcionada ao provimento imediato para suprimento de força de trabalho nas regiões prioritária do SUS. Esse era o carro chefe do Programa. Paralelamente a isso, buscou-se enfrentar a longo prazo os gargalos da falta de médicos capacitados em regiões prioritárias, com ampliação de oferta de vagas em graduação e em residências médicas.

A atuação conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde na implementação do Eixo Educacional voltou-se com o foco na formação médica. A partir da Lei nº 12.871/2013, medidas efetivas foram adotadas com objetivos de promover o aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, por meio da integração entre ensino-serviço. A articulação entre graduação e residência médica foi um dos pilares do novo desenho do programa.

Figura 3 - Eixos do Programa Mais Médicos



Fonte: elaboração própria (2019).

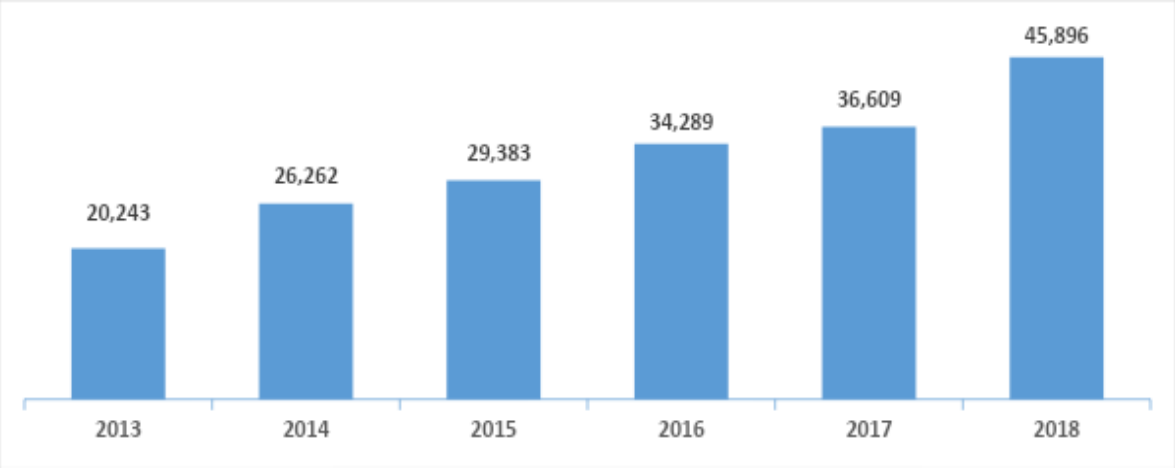
Em relação a nova formação médica, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), a Lei dos Mais Médicos induziu o novo paradigma na formação médica. As DCNs de medicina inovaram em relação às diretrizes antigas, porque estabeleceu um perfil de profissional egresso do curso, o qual deveria ter uma formação mais geral, humanista, crítica e reflexiva. O currículo visa capacitar o futuro médico para que esse possa atuar pautado em princípios éticos, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde do indivíduo, considerando o princípio da integralidade. Para isso, a educação em saúde e educação continuada são dois pilares fundamentais com a vigência da Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 3, de 2014.

Figura 4 - Formação Generalista com foco na Atenção Básica

Fonte: DEPREPS/SGTES, 2013.

Em relação à expansão de novas vagas de graduação e de residências médicas, o modelo regulatório buscou fomentar novas vagas para elevar o número de médicos a níveis internacionais, focando essa expansão para interiorizar os serviços e a formação médica nas regiões prioritárias. A série de 2013 a 2018 do Censo da Educação do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) demonstra que o número de vagas mais que dobrou e as novas vagas, além de fomentar o quantitativo maior de médicos, buscou atingir as regiões onde havia carência de médicos em seu território. Há, portanto, um foco na interiorização da formação médica. Com o novo marco regulatório, vedou-se a ampliação de novos cursos em capitais onde há maior concentração de escolas. O foco com a Lei passou ser as regiões onde a carência era bem maior, sobretudo nas regiões afastadas dos grandes centros.

Figura 5 - Série histórico de ampliação de vagas de curso de Medicina 2013-2018



Fonte: Censo da Educação Superior, Inep/2018

De acordo com os dados do Ministério da Educação, a médica de vagas antes do Mais Médicos era de 0,8 vagas por 10 mil habitantes, que foram ampliadas, após a edição da Lei para uma média de 1,13 vagas por 10 mil, chegando a uma média de 1,32 vagas já em 2017. A meta era expandir o número de vagas em aproximadamente 11,5 mil vagas para elevar nos próximos anos o número de médicos por cada mil habitantes, pois com o ritmo de expansão antes da edição do Programa, o Brasil somente iria alcançar o índice de 2,7 médicos por cada mil habitantes em 2035. Com as medidas da Lei, esse média saiu de 1,8 para 2,18 médicos por mil habitantes, além disso, com a ampliação de vagas, os índices nas regiões mais desiguais melhoraram substancialmente, principalmente nas regiões norte e nordeste.

4.1. A construção do modelo lógico

Para resgatar a teoria que estava por detrás do Programa Mais Médicos, o presente trabalho utilizou-se da ferramenta do Modelo Lógico (ML), ferramenta essa essencial para estabelecer conexões entre o problema e as soluções propostas. Em regra, as avaliações baseadas em teorias visam demonstrar como os programas buscam atender aos seus objetivos. E o ferramental do Modelo Lógico tem-se mostrado eficaz na compreensão de programas públicos.

Conforme diz Bezerra *et al* (2010), o Modelo Lógico é uma ferramenta muito útil que permite, de forma visível, identificar as relações estabelecidas entre os recursos, para

implantação de programas, e os efeitos desejados aos quais se pretendem alcançar. Além disso, ele pode servir como um organizador avançado para projetar e conduzir uma implementação e avaliação de um programa público (Wholey, Hatry, and Newcomer, 2010, p. 55).

Na estrutura do Modelo Lógico são usados os seguintes componentes: a) Explicação do problema e referências básicas do Programa (objetivos, público-alvo e beneficiários); b) Estruturação do Programa para alcance de resultados (recursos, ações, produtos, resultados intermediários, resultado final e impactos); e c) Identificação de fatores relevantes de contexto, que podem influenciar o andamento do Programa (GUERESI; CASSIOLATO, 2010).

Para Romeiro *et al.* (2013, p. 133), o ML disponibiliza uma linguagem comum para todos os responsáveis pelas ações e colabora para identificar as variáveis relevantes, sendo utilizado como ferramenta para documentar a descrição e análise dos principais fatores que compõem o contexto do problema a ser analisado, da estrutura e dos componentes centrais dos programas, das conexões entre esses componentes, das atividades e recursos previstos para os programas e dos resultados esperados.

Para os técnicos do IPEA, o ML seria "uma proposta para organizar as ações componentes de um programa de forma articulada aos resultados esperados, apresentando também as hipóteses e as ideias que dão sentido à intervenção" (GUERESI; CASSIOLATO, 2010). O resultado esperado quando da aplicação do ML é um processo de planejamento e comunicação do que se espera com um determinado programa e com o funcionamento esperado para ele.

Conforme a Nota Técnica do IPEA, a partir do seu desenho, o ML permite a identificação das deficiências de um programa que podem culminar com interferência para o seu desempenho. Ao traçar as ideias, as hipóteses e as expectativas que constituem a formulação de um programa, é possível verificar se seu desenho original contemplou a delimitação do problema a ser combatido, com a explicação e o enfrentamento necessários para combatê-lo (GUERESI; CASSIOLATO, 2010).

4.2. O modelo lógico do programa mais médicos no eixo educacional

A estruturação do eixo educacional buscou mudar a forma como se prepara o profissional médico visando torná-lo mais capacitado com a realidade da população brasileira. Também alterou a forma como são dispensadas as novas vagas e como são abertos

os cursos de medicina em todo país. Antes da Lei nº 12.871/2013, as instituições de ensino superior privadas solicitavam autorização ao Ministério da Educação, sem que houvesse uma política efetiva que estabelecesse critérios de indução para as regiões prioritárias. Os pedidos, depois de protocolados, eram avaliados e autorizados, na sua grande maioria, nas regiões centrais e mais desenvolvidas do país. Isso fazia com que as desigualdades na distribuição de cursos aumentassem em relação às demais regiões afastadas em detrimento de outras que apresentam um baixo número de cursos de medicina.

Com a Lei dos Mais Médicos, a demanda passou a ser, efetivamente, a partir da necessidade social, regulada e planejada pelo Estado. O Ministério da Educação, com base em parâmetros públicos e dados do Ministério da Saúde, indica as regiões que devem receber novos cursos ou abrir mais vagas nas escolas de formação médica. Assim, não cabe mais as instituições solicitarem pedidos de novos cursos ou aumento de vagas, pois o direcionamento e a indução dessas novas instituições e vagas pertencem ao poder público. A Tabela a seguir traz as principais mudanças com a instituição do modelo regulatório no âmbito do PMM.

Tabela 6 - Principais mudanças no modelo regulatório de abertura de cursos de medicina para instituições privadas

Antes da Lei nº 12.871/2013	Após a Lei nº 12.871/2013
✔ Abertura de cursos por iniciativa da própria instituição	✔ Indução de cursos por parte do Ministério da Educação
✔ Ênfase em regiões mais centrais e desenvolvidas	✔ Ênfase em regiões mais prioritárias
✔ Ênfase na formação para o mercado	✔ Ênfase na formação para Atenção Básica da Saúde
✔ Critérios mais simplificados com baixo controle de qualidade dos cursos	✔ Critérios mais rígidos em observância à demanda social e à qualidade dos cursos.
✔ Ausência de vínculos locais com a rede SUS	✔ Fomento de vínculos com a rede SUS por meio do COAPES
✔ Sem contrapartidas à Rede SUS	✔ Exigências de contrapartidas das Instituições ao SUS.
✔ Baixa aderência com os serviços da rede SUS	✔ Indução de melhorias aos serviços da rede SUS
✔ Sem exigência de Plano de Oferta de Bolsas	✔ Plano de oferta de bolsas integrais com critério socioeconômico até o limite de 10% (dez por cento) desconsiderando o ProUni.
✔ Distância de controle por parte do Regulador	✔ Acompanhamento e o monitoramento da implantação do curso de graduação em Medicina pelo Ministério da Educação

Fonte: elaboração própria (2019)

A reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas para residência médica, assim como o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país, exigiram a definição de novos procedimentos, regramentos e formas de abordar o curso de graduação em medicina, no âmbito do Ministério da Educação. O objetivo é a interiorização dos cursos de medicina, visando uma distribuição regional mais equitativa para diminuir o *déficit* histórico de serviços médicos nas regiões como o Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A tese estabelecida pelo Programa sugere que a desconcentração e interiorização de vagas tende a induzir não somente a desconcentração desses profissionais nas regiões prioritárias, mas também a melhoria dos serviços para área de saúde, além de promover o desenvolvimento regional.

Outra importante mudança ocorreu nas Diretrizes Curriculares para o curso de Medicina que passou a ter uma duração maior, com 7.200 horas, correspondendo a pelo menos 6 anos de integralização. Além disso, o novo marco exigiu que 30% do estágio que devem, necessariamente, ser desenvolvido na Atenção Básica ou em serviço de urgência e emergência. O objetivo é preparar o egresso para que tenha segurança em realizar suas atividades de atendimento, principalmente com conhecimentos na atenção primária de saúde.

Além disso, a lei exige que os formandos devam passar por avaliação periódica durante a sua formação, cujo objetivo é aferir as qualidades das instituições de ensino e do seu corpo docente a fim de corrigir os rumos da educação médica no país. Esta exigência visa aferir o estado momentâneo dos conhecimentos, as habilidades e as atitudes com relação ao novo perfil esperado diante das novas diretrizes curriculares traçadas para a educação do profissional médico.

Outra inovação da Lei nº 12.871/2013 é a criação do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde que deve ser firmado entre os gestores locais e regionais do SUS. As instituições de ensino e a sociedade organizada, tanto a nível público como privado, que ofertem os cursos de medicina e de residência médica, necessitam planejar e acompanhar a formação dos profissionais médicos observando as diretrizes do Programa. Além do que, ele se tornou foro apropriado no qual se discute a aplicação dos investimentos para o funcionamento necessário dos serviços de saúde como campo de prática para os formandos.

Assim como ocorreram mudanças na formação, as residências médicas também sofreram intervenção na sua disposição pela Lei dos Mais Médicos, sendo que novas vagas são ofertadas a depender de onde houver necessidade para tal especialidade, independentemente se custeadas por programas governamentais ou por instituições privadas.

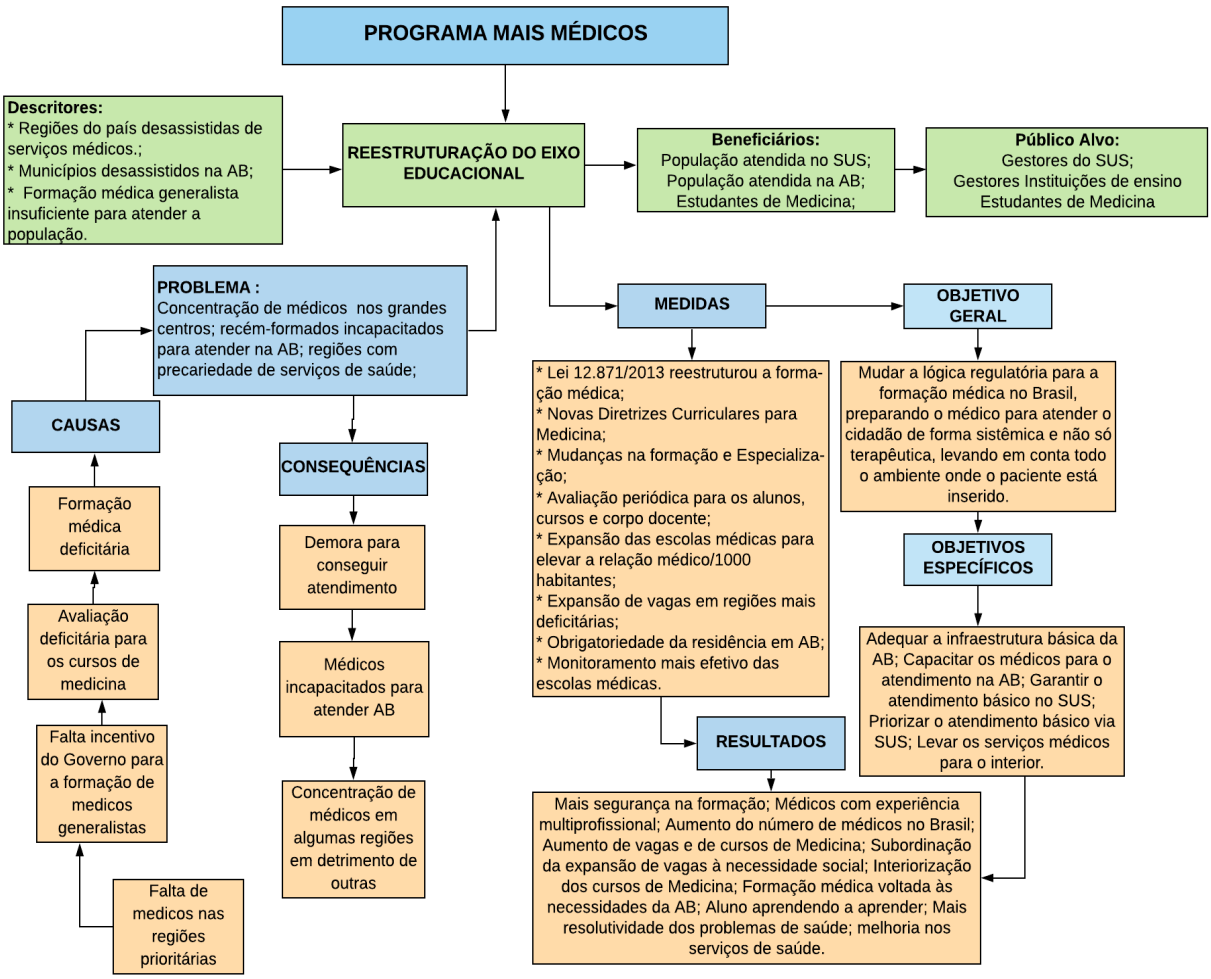
Uma exigência importante da Lei é que - até 2018 - deveriam ser ofertadas vagas nas especialidades médicas em número igual ao de egressos do curso de medicina do ano anterior.

Essas medidas foram necessárias porque, dentro da abordagem lógica, percebeu-se que a raiz do problema estava concentrada nesses indicadores que foram enfrentados pelas ações desenvolvidas pelo Programa. A Figura 6 trata do Modelo Lógico para o eixo educacional do Programa Mais Médicos. Nele é apresentado o problema que dá a origem ao Programa, com os descritores, as causas e consequências, seu público-alvo e o resultado a ser alcançado com as ações efetivas do poder público.

Na Figura 7, que será apresentada a seguir, abordam-se os recursos, as ações e as atividades empreendidas para se alcançarem tanto os resultados intermediários quanto o resultado final. Com base no modelo apresentado (GUERESI; CASSIOLATO, 2010), foi possível montar, através de consulta aos documentos e estudos, os caminhos e recursos percorridos para buscar o enfrentamento das causas do problema.

O foco deste trabalho é compreender se o modelo regulatório, no contexto do eixo educacional, tem sido um bom instrumento para mitigar o problema da falta de serviços médicos qualificados e suficientes para suprir a necessidade da Atenção Básica. O eixo emergencial, como os serviços prestados por médicos contratados para as regiões prioritárias, não é objeto de análise deste trabalho, pois diversas pesquisas já foram realizadas com objetivo de observar os impactos relevantes da contratação de médicos para deslocá-los para as regiões necessitadas do país.

Figura 6 – Matriz Lógica do Programa Mais Médicos para o Eixo Educacional.



Fonte: elaboração própria (2019)

Figura 7 - Estrutura Lógica do Eixo Educacional.

RECURSOS	OPERAÇÃO	AÇÕES	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADO FINAL
a) Contrapartidas - 5% e 10% do Faturamento das Mantenedoras; b) Investimentos dos Municípios na Rede.	**Eixo Formação Médica**	a) reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de residência Médicas para regiões prioritárias b) Novos Parâmetros na formação Médica com foco na Atenção Básica de Saúde; c) Controle Social dos serviços por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES); d) Abertura de Residências Médicas com foco na AB e necessidade regional.	a) Abertura de escloas médicas em regiões prioritárias; b) Aplicação de novas diretrizes curriculares para o curso de Medicina; c) Estimula ao trabalho em equipe multidisciplinar; d) monitoramento e avaliação dos cursos abertos no âmbito do Programa.	a) Presença de serviços médicos no Município; b) Mais segurança na formação Médica; c) Expansão médica com foco na necessidade regional.	1. Melhoria nos serviços médicos dos municípios; 2. Atrair profissionais médicos com perfil de Atenção Básica; 3. Preparar o profissional para cuidar do doente levando em consideração o individuo dentro do seu contexo social e regional; 4. Levar os serviços médicos para o interior.	1. Ampliação de oferta de profissionais médicos nas regiões prioritárias do SUS, evitando a sobrecarga na atenção secundária e teciária; 2. População atendida por profissionais médicos com experiência multiprofissional, com mais resolutividade dos problemas da saúde; 3. Fortalecimento da Atenção Básica de Saúde do SUS.

Fonte: elaboração própria (2019)

5. METODOLOGIA

5.1. Objetivos

5.1.1. Objetivo geral

Analisar, a partir do estudo de caso, os efeitos iniciais da implantação do modelo regulatório a partir do Programa Mais Médicos que visou levar a descentralização dos serviços médicos para as regiões mais necessitadas, bem como levar a qualificação do profissional egresso de medicina para atendimento na Atenção Básica de Saúde.

5.1.2. Objetivos específicos

Dentro dos objetivos específicos do presente trabalho, constou a contextualização das dificuldades na assistência pelo SUS que levaram à implantação do PMM, sobretudo no que corresponde aos aspectos relacionados à estruturação dos recursos humanos e as limitações do poder público, e ainda visou:

a) Compreender se o modelo regulatório estabelece as condições de formação profissional e o mercado de trabalho adequadas ao Programa Mais Médicos;
b) Verificar se as variáveis do eixo educacional estão bem estabelecidas no modelo regulatório;
c) Verificar, a partir do estudo de caso, se o modelo regulatório está produzindo as externalidades positivas para melhorias dos serviços da área de saúde no município estudado;

5.2. Pergunta de pesquisa

Considerando a pesquisa realizada, buscou-se responder a seguinte pergunta: O modelo regulatório de abertura de cursos de medicina criado pelo Programa Mais Médicos se mostra um bom instrumento capaz de induzir melhorias para os serviços médicos nas regiões prioritárias?

5.3. Tipo e descrição geral da pesquisa

A técnica de pesquisa foi a entrevista, que se caracteriza, segundo Marconi e Lakatos (1999, p.94), em um “(...) encontro de duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha

informações a respeito de um determinado assunto". As entrevistas efetuadas foram gravadas, transcritas e, posteriormente, analisadas mediante a análise de conteúdo, conforme perspectiva da abordagem qualitativa proposta por Pires, Sá e Silva e Lopez (2010, p. 669) que tem por objetivo apresentar uma contribuição para a avaliação e o aprimoramento da política pública. Segundo os autores:

> É justamente nessa injunção que métodos e técnicas qualitativas de pesquisa podem apresentar uma contribuição para a avaliação e aprimoramento de políticas públicas, pois proporcionam o deslocamento do foco de análise de decisões (o que) para ações e comportamentos (como e por quê?). (PIRES, SÁ E SILVA E LOPEZ, 2010, p. 669)

Continuam os autores dizendo que o método qualitativo contribui para compreensão do funcionamento dos programas e projetos e tem o condão de lançar luz sobre aspectos não lineares da política pública. Através das técnicas de coletas de dados, como, por exemplo, a entrevista, a observação direta e a análise documental, são possíveis de analisar o comportamento dos atores e dos agentes envolvidos (Pires, Sá e Silva e Lopez, 2010, p. 669).

Neste trabalho optou-se por realizar uma abordagem qualitativa através do estudo de caso, tendo em vista as características da pesquisa, o tempo disponível e a finalidade do estudo. É um excelente método que pode contribuir na verificação dos resultados iniciais da política pública no campo prático.

Para além descrição do modelo regulatório e dos seus resultados, o método e a técnica de pesquisa qualitativa apresentam um potencial para descortinar os processos cotidianos podendo verificar os resultados e refletir com os erros e acertos identificados. Conforme pontua os autores Pires, Sá e Silva e Lopez (2010), o método se mostra tão eficaz que, em alguns casos, pode ser um diferencial na implementação da política pública, já que possibilita a identificação, descrição e compreensão e a propagação de aprendizagens:

> Da mesma forma que possibilita a identificação, descrição, compreensão e disseminação de processos de aprendizagem, que em alguns casos solucionam até problemas de implementação não previstos pelos formuladores de políticas, a aplicação de métodos qualitativos lança luzes sobre os elementos, processos e condições associados ao fracasso de políticas públicas. Isto é possível uma vez que métodos qualitativos de pesquisa permitem o preenchimento da lacuna entre decisões iniciais e resultados obtidos com descrições sobre os comportamentos, ações, valores, crenças, processos e contextos organizacionais. (PIRES, SÁ E SILVA E LOPEZ, 2010, p. 670).

Nesse ponto, com a utilização do método qualitativo torna-se possível a verificação dos processos e dos procedimentos que medeiam a execução das ações

governamentais tanto de forma positiva quanto negativa, o que pode contribuir para o aprimoramento da política pública em curso.

O fator temporal (duração) foi um grande determinante para que este trabalho não se configurasse como uma avaliação de impacto, uma vez que os primeiros graduandos em medicina só irão se formar em 2022, quando se poderá verificar de forma conclusiva os resultados da política pública de desconcentração desses profissionais nas áreas prioritárias. Porém, nada impede verificar os principais efeitos que o novo modelo regulatório referente ao eixo educacional trouxe para a região onde se instalou a instituição de ensino superior.

Por meio do estudo de caso, buscou-se verificar os primeiros resultados da política pública ligados ao eixo educacional, bem como os principais benefícios para a região com a sua implementação. Por mais que seja a fase inicial, é plenamente possível verificar se há externalidades como reflexos da implementação da política. Posto isto, este trabalho buscou constatar na prática como se deu a implementação e quais efeitos já produzidos com a aplicação do eixo na sua modalidade estrutural. Para tanto, foi necessário entender a lógica da política, dialogar com os gestores públicos e privados, bem como conversar com alguns estudantes envolvidos no caso escolhido para o estudo.

O próximo capítulo visa apresentar o cenário do município escolhido que recebeu em seu território uma faculdade de Medicina. Descreverá a experiência dos envolvidos no processo, desde a formulação até a implantação, bem como apresentará os principais benefícios que o modelo regulatório do eixo educacional foi capaz de promover nos serviços de saúde para o município.

6. ESTUDO DE CASO EM JACOBINA, NA BAHIA

Para verificação das experiências iniciais com oferta do curso a partir do modelo, optou-se por fazer um estudo de caso para, com técnicas de entrevistas e observação, verificar os efeitos que o modelo regulatório trouxe para a região prioritária que recebeu uma faculdade de medicina. O uso de estudo de caso é um procedimento importante porque pode investigar múltiplos fenômenos no contexto real do problema investigado, o qual não poderia ser observados apenas pela pesquisa quantitativa. O critério de escolha se deu por ser uma região com baixa relação médica por 1.000 habitantes, e por ser um dos primeiros municípios a receber a faculdade de medicina nos critérios de expansão do Programa Mais Médicos.

6.1. Contexto social e econômico do município escolhido

O município escolhido para realização do estudo foi o de Jacobina. Ele está situado ao norte do estado da Bahia, possui uma população de 86.285 habitantes de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), distante cerca de 339 Km da capital Salvador. É uma cidade que está rodeada por serras, com diversas cachoeiras, e fica ao extremo norte da Chapada Diamantina, destino de muitos turistas em busca de aventuras ecológicas. Foi conhecida como a cidade do ouro, que atraiu os bandeirantes no início do Século XVII. Até hoje, a mineração ainda é um ativo econômico para região com a presença de empresas do ramo instaladas no município.

O Produto Interno Bruto (PIB) *per capta* do município é de R$ 15.208,07, que representa a 417º do Estado, e a posição 2892º em relação ao País (IBGE, 2017). A taxa de ocupação da população empregada gira em torno de 14%, sendo que 45,6% da população recebe meio salário mínimo *per capta* (IBGE, 2012). Ainda segundo o IBGE, 82,4% das receitas são advindas de fontes externas ao município, o que demonstra baixa atividade econômica na região.

Figura 8 - Entrada do município de Jacobina

Fonte: elaboração própria (2019)

6.2. O contexto da estrutura de saúde do município

O município de Jacobina dispõe de uma razoável estrutura de saúde no seu território. Há bons estabelecimentos de saúde e apresenta um significativo desenvolvimento na Atenção Básica em estrito alinhamento com as políticas públicas de fortalecimento da Atenção Básica. Existe uma evidente priorização deste nível de atenção por parte da gestão municipal de saúde, confirmada na entrevista com a gestora responsável pela Secretaria de Saúde do município.

Segundo a secretária de saúde, o município possui apenas dois médicos concursados e cinco contratados. Os demais profissionais que atendem nas unidades básicas são médicos intercambistas, devido ao fomento oriundo do eixo emergencial do Programa Mais Médicos. No entanto, esses serviços foram extremamente prejudicados com o rompimento da parceria entre o Brasil e a OPAS, já que o índice de rotação de médicos brasileiros é muito mais alto em relação aos médicos estrangeiros, sobretudo, em comparação ao antigo contrato feito com os profissionais que eram oriundos de Cuba. Segunda a gestora de saúde, houve um prejuízo enorme para o município quando houve o rompimento da parceria, pois boa parte dos profissionais brasileiros não se dispõem a atender nas unidades mais distantes, mesmo com todo o suporte e as bonificações oferecidos pelo município.

Figura 9 - Sede da Secretaria Municipal de Saúde de Jacobina

Fonte: elaboração própria (2019)

A região de saúde do município é composta por clínicas básicas e dois hospitais, sendo o maior deles, o Hospital Maternidade Municipal Antonio Teixeira Sobrinho, perfazendo um total de 105 (cento e cinco) leitos distribuídos pela cidade e pelos municípios próximos, como Capim Grosso, Morro do Chapéu e Miguel Calmon. Existe uma Base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com 20 equipes de Atenção Básica, uma Policlínica, bem como um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

6.3. Da necessidade de implantação do curso de medicina em jacobina

A necessidade de implantação do curso de medicina dentro da política de desconcentração e interiorização se deu pelo fato da baixa quantidade de profissionais médicos na região de saúde. O município dispunha de uma razoável infraestrutura, porém sempre padecia com a ausência de profissionais médicos em seu território. Com o lançamento do Programa, houve uma melhora significativa na rede, pois foi possível receber profissionais dentro do eixo emergencial, sobretudo, com a presença de médicos intercambistas.

Conforme relatado nos dados do MEC que embasaram a seleção do município no Chamamento Público (BRASIL, 2014), Jacobina contava com *déficit* de médicos em seu território, o que justificava a implantação do curso na região. O problema evidenciado em relação aos médicos intercambistas, no eixo emergencial, era a alta rotatividade desses profissionais que permaneciam por pouco tempo no município, caracterizando a grande dificuldade de fixação de profissional e dos serviços médicos.

6.4. Da seleção do município na chamada pública

Em continuidade à política pública do Programa Mais Médicos no enfrentamento da falta de médicos nas regiões prioritárias des e centralização dos cursos de medicina, o Ministério da Educação lançou a primeira chamada pública de municípios com base nos dados oficiais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). O município de Jacobina foi um dos elegíveis a receber, no seu território, uma instituição privada, inicialmente, para ofertar curso de medicina. Após rigoroso critério de análise, o município foi selecionado para receber a faculdade e conta hoje com uma ampla instituição de ensino com mais de 500 alunos de graduação, sendo mais de 200 alunos matriculados no curso de medicina.

A presença da faculdade de medicina na região, como será descrito no próximo capítulo, passou a ser um grande ativo no fomento dos serviços de saúde para região. Tal reconhecimento, conforme verificado presencialmente pelo pesquisador, foi testemunhado por todos os entrevistados, o que demonstra que o modelo regulatório vem reverberando de forma significativa nos atores envolvidos pela política pública.

A presença da instituição de ensino promoveu uma atração de diversos profissionais da área de saúde para implantarem o projeto do curso com a grande estrutura construída pela mantenedora de ensino superior. Os investimentos empreendidos pelo ente privado mexeram com toda estrutura da região, atraindo diversos profissionais para condução do projeto.

Figura 10 - Faculdade de Medicina de Jacobina

Fonte: elaboração própria (2019)

Além do município contar com os investimentos privados, fruto natural da implantação de um grande projeto, o modelo regulatório também trouxe a previsão de investimento, por parte do mantenedor, como contrapartidas à rede do Sistema Único de Saúde. Tal investimento pode chegar até 10% (dez por cento) dos lucros auferidos com a oferta do curso pelo ente privado. Considerando a grave crise econômica, o modelo tende a contribuir com investimentos para o sistema de saúde.

Com esses recursos serão possíveis, no caso estudado, equipar todo o centro cirúrgico do principal hospital da cidade. Segundo a gestora do SUS, tal demanda já foi discutida no conselho gestor do COAPES e está apenas aguardando a liberação dos recursos por parte da instituição. Como se trata de um compromisso firmado entre a mantenedora e o próprio órgão regulador, os investimentos devem obrigatoriamente ser aplicados na infraestrutura do Sistema, a partir da necessidade evidenciada pela gestão local, sob pena de descumprimento do termo de compromisso e sanções pelo regulador.

7. DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Em busca pelos objetivos da pesquisa, foram considerados os dados oficiais que compõem a região de saúde, através do IBGE, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Durante as entrevistas, também foram realizadas anotações sobre os fatos observados pelo pesquisador e, posteriormente, as análises dos trechos das entrevistas semiestruturadas realizadas durante a pesquisa de campo realizada no município de Jacobina, na Bahia, e no Ministério da Educação, em Brasília–DF.

7.1. Participantes do estudo

A pesquisa focou em duas linhas de frente. A primeira se deu na compreensão da construção da política pública e as expectativas de resultados na sua implementação para o público ao qual ela foi direcionada. Para isso, optou-se por colher as informações na pesquisa documental, descritos nos capítulos anteriores, bem como realizou entrevista com a gestora do Ministério da Educação que foi atuante no processo de formulação da política pública. A segunda linha se deu com a visita presencialmente no município prioritário onde foi obtido informações junto aos atores envolvidos na implementação da política pública, verificando os efeitos iniciais da política pública na prática.

Para isso, foi realizada a entrevista com a gestora do SUS do município. Foram colhidas, também, algumas entrevistas com alunos que estão cursando a graduação na Instituição instalada, visando conhecer a origem deles e suas pretensões. Ouviu-se a opinião do coordenador do curso sobre a importância do curso na formação dos alunos e o que se esperava deles, bem como colhimento de alguns depoimentos de membros da comunidade que moram na região onde a faculdade foi autorizada.

O principal objetivo era verificar na prática os resultados iniciais trazidos com a implantação da faculdade dentro do marco regulatório, e observar se este modelo se mostra um bom instrumento para indução de melhoria dos serviços da área de saúde no município. O foco é verificar se o caso estudado está indo na direção correta do desenho estabelecido pelos formuladores da política pública. Além disso, buscou-se encontrar as dificuldades enfrentadas na implementação com objetivo de sugerir melhorias aos órgãos envolvidos na condução da política.

7.2. Análise das entrevistas

As entrevistas foram realizadas em 2019, ou seja, mais de cinco anos após a edição da Lei dos Mais Médicos. As entrevistas foram realizadas de forma semiestruturada, seguindo os roteiros de entrevistas previamente elaborados (apêndices). Os áudios foram gravados e transcritos, resguardando o sigilo dos entrevistados, principalmente da comunidade acadêmica e da população. A única entrevista que não foi gravada foi a do coordenador do curso de medicina que, por motivos de trabalho, teve sua entrevista respondida por escrito via e-mail.

Para concretizar o trabalho, foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas com sujeitos diretamente envolvidos na política pública, e, para facilitar a identificação, apresentam-se os códigos correspondentes dos entrevistados na Tabela 7 a seguir:

Tabela 7- Tabela de Entrevistados

Identificação	Função do entrevistado
A1	Gestora do Ministério da Educação
A2	Secretária de Saúde do município
A3	Coordenador do Curso da IES
A4	Aluno do curso de medicina
A5	Aluno do curso de medicina
A6	Aluno do curso de medicina
A7	Aluno do curso de medicina
A8	Morador da cidade
A9	Morador da cidade
A10	Morador da cidade

Fonte: elaboração própria (2019)

Após a degravação do material, as falas foram agrupadas por assunto correlatos, levando-se em conta o que foi mais relevante tendo em vista os objetivos do trabalho. Essa metodologia baseou-se na análise do conteúdo, conforme o trabalho de Laurence Bardin (2011). Segundo essa autora, uma das funções primordiais da análise do conteúdo em uma pesquisa qualitativa é o desvendar crítico. Ela assinala que a análise do conteúdo é:

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos

> relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

Para verificar os resultados iniciais dos dados do estudo, foram elencadas as categorias de análise. Esse método, segundo Moraes (1999), é um procedimento que possibilita agrupar dados sobre determinados critérios, cujo objetivo é facilitar a análise da informação. Porém, de acordo com mesmo autor, a categoria deve fundamentar-se em critérios que possuem validades, pertinência ou ser adequadas. Ele afirma que:

> Uma característica inicial e básica de todo e qualquer conjunto de categorias deve ser a sua validade. Dizer que uma categorização deve ser válida significa dizer que deve ser adequada ou pertinente. Esta adequação se refere aos objetivos da análise, à natureza do material que está sendo analisado e às questões que se pretende responder através da pesquisa (MORAES, 1999, p. 7).

A tabela a seguir apresentará, de forma discriminada, as categorias e as subcategorias relativas aos objetivos do trabalho. A intenção consiste em observar as externalidades positivas nos serviços para área de saúde do município estudado, considerando o modelo regulatório de abertura de cursos de medicina em regiões afastadas dos grandes centros como o instrumento indutor dessas melhorias dos serviços prestados nas regiões afetadas pelo Programa.

Tabela 8 - Tabela de Análise de Conteúdos

Categorias	Subcategorias
Formação do Egresso	Motivação do aluno; Pretensão de trabalho do aluno.
Melhoria dos Serviços de Saúde	Percepção da comunidade; Percepção dos alunos; Percepção do gestor municipal.
Impacto socioeconômico	Benefícios diretos; Benefícios indiretos; Atração de profissionais.

Fonte: elaboração própria (2019)

7.3. Formação do egresso

Uma das ações do modelo regulatório é induzir a preparação do egresso com uma formação mais generalista com foco na Atenção Básica, no qual se concentra boa parte dos problemas de saúde da população. Conforme confirmado pela gestora do Ministério da

Educação, o modelo de regulação foi pensado para que os alunos tivessem uma formação voltada para Medicina da Família e Comunidade.

> Isso também foi pensado no modelo da política, que era fazer com que os alunos, os profissionais formados tivessem a formação voltada para a Medicina da família e Comunidade. Então isso era uma tônica muito forte no início do Programa. " Vamos formar profissionais", tanto que um grande número de residências era voltado para a formação de médicos da família e comunidade, porque são esses médicos que atuam na Atenção Básica, são eles que vão atender a pessoa que está com hipertensão, com diabetes, que é o atendimento básico, e que as doenças prevalentes estão ali. (ENTREVISTADO A1).

De igual modo, ao perguntar para o coordenador do curso sobre o perfil do egresso esperado, o professor confirmou que esse é o grande diferencial do projeto pedagógico do curso da faculdade de medicina de Jacobina. Citou como exemplo as próprias deficiências de sua formação, ainda que estudando em uma Universidade Federal. Segundo o coordenador, o projeto do curso oriundo nesse novo modelo:

> Traz uma visão ampla de uma gama maior de problemas de saúde, em relação ao currículo tradicional, de modo que ele é de fato aplicável, além de prover cenários de prática desde cedo. Estudei na UFBA, onde a grade, muito antiga, se provou pouco útil para o meu dia a dia de clínico. Estamos indo para o 5º semestre e não paro de me impressionar como os meus estudantes já são melhores que eu mesmo numa fase muito mais avançado do meu curso. (ENTREVISTADO A3).

7.3.1. Motivação do Aluno

Sobre a motivação dos alunos, foi possível observar nas entrevistas que a preocupação com SUS foi um dos motivos da escolha do curso, principalmente pela origem dos entrevistados que são moradores do interior. A política pública de indução apresentada pelo modelo regulatório se mostrou eficaz em atrair aluno com vivências no próprio interior. Ao perguntar aos entrevistados sobre a motivação de se estudar na instituição, obtivemos as seguintes respostas:

> O que mais me incentivou (estudar na Instituição) foi a grade curricular daqui. Até mesmo por saber da importância da faculdade de medicina aqui para o território da Chapada. Porque a gente sabe da dificuldade, eu trabalho na gestão pública e sei da dificuldade que é essa questão de médicos. Minha primeira graduação é enfermagem... eu sei dessa dificuldade de médico, já em área em que o médico vinha um dia da semana e na outra ligar e dizer que não vinha. Principalmente eu que sou do interior, a gente sofre na pele com essa questão, e foi isso que me incentivou a fazer o curso. (ENTREVISTADO A4).
> Eu gosto dessa Instituição, gostei do vínculo entre alunos e professores. Uma metodologia ativa que é adaptada para cada região. (ENTREVISTADO A7).

A despeito de poder estudar em cidades por conta da nota do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), a aluna entrevistada (A6) optou por estudar em Jacobina. Segundo

ela, por ser de origem humilde e pelas experiências com as dificuldades com SUS, ela foi motivada a fazer medicina. Isso só foi possível pela política de bolsa que o modelo regulatório estabeleceu. No processo seletivo de mantenedoras de ensino, há a previsão de bonificação na pontuação para aquelas instituições que optassem por oferecer bolsas no limite de até 10% das vagas anuais, isso para além dos programas de bolsas estabelecidas pelos programas governamentais já vigentes.

> Eu teria possibilidade de estudar em outras cidades por causa do ENEM, mas eu preferi ficar em Jacobina. Minha família nunca teve plano de saúde e eu via as barreiras pelo SUS, isso me motivou a fazer Medicina. Além disso, eu via a diferença de tratamento entre mim e minha família por eu ser branca e minha família morena (...) eu sempre pensei em voltar e fazer a diferença e mudar a realidade próxima de mim. (ENTREVISTADO A6)

Os testemunhos colhidos com as entrevistas vão na direção dos resultados apresentados por McAuliffe e Barnett (2009) e Reitz *et al.* (2018), citados nesse trabalho, os quais concluíram que o fator mais forte para atrair o profissional para regiões do interior é a experiência e as vivências anteriores nessas regiões. Nesse sentido, o estudo do caso abordado sugere que há fortes razões em afirmar que boa parte desses alunos tendem a optar por desempenharem suas atividades nas regiões afastadas dos centros.

7.3.2. Pretensão de trabalho do aluno

Sobre a pretensão de trabalho dos alunos entrevistados, foi possível identificar que todos foram categóricos em afirmar que pretendem atuar no interior, seja no próprio município onde estudam ou nos municípios de origem. Três dos quatros entrevistados pretendem se especializar para atuarem em Medicina da Família ou Clínica Geral. Sobre a possibilidade de atuar na região os entrevistados responderam:

> Hoje seria médico da família. Eu me identifico muito com SUS. Eu acho fantástico. Sabe aquela coisa de você ver tanto o lado profissional quanto o lado da comunidade? É fantástico, é uma realização pessoal. (ENTREVISTADO A4)
> Meu foco é terminar aqui o curso e já me especializar. Ainda tenho dúvidas. Ainda tenho dúvidas entre clínica geral, oncologia ou neurologia. Pretendo fazer a especialização em São Paulo e depois retornar para Bahia para atuar em Jacobina, que já conheço, ou na minha cidade (Feira de Santana). Se for benéfico, posso continuar em Jacobina mesmo. (ENTREVISTADO A5)
> Quando o estudante vem e se adapta depois de um tempo, ele gosta. Cidade pequena de interior, as pessoas se conhecem e conversam, diferente de cidade grande. Eu pretendo me especializar, mas quero voltar para minha cidade que é tão parecida com aqui (Irecê-BA). (ENTREVISTADO A6)

Através das respostas dos alunos, verifica-se que o processo de interiorização dos cursos de medicina tem um potencial considerável de inserir o médico em formação para desenvolver seu conhecimento através da realidade da saúde pública de cada região. A própria Lei do Programa Mais Médicos, no seu artigo primeiro, apresenta como um dos objetivos do Programa é a inserção do discente nas unidades de atendimento ao SUS para promover essa experiência em sua formação:

> Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:
> (...)
> IV - Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; (BRASIL, 2013)

A própria convivência com os problemas de saúde da região que podem ser sanáveis na própria Atenção Básica influencia na formação do aluno. Ao se perguntar para o entrevistado sobre qual especialização ele sonha fazer, a resposta demonstra que as novas diretrizes do curso impostas pelo modelo regulatório vem influenciando na nova postura de preparar o discente para atuar na atenção primária, ele disse: "sempre sonhei com cirurgia, mas quando cheguei aqui e comecei a estudar os problemas da região, como diabetes (aqui tem muita gente com diabetes e doenças crônicas) vi que elas poderiam sumir com educação para a saúde" (ENTREVISTADO A6).

7.4. Melhoria dos Serviços de Saúde

Um dos grandes desafios enfrentados na saúde brasileira é encontrar mecanismos que promovam a melhoria dos serviços de saúde para a população. Um dos objetivos do modelo regulatório é induzir a melhoria dos serviços nas regiões prioritárias. Pelo desenho da política, o poder público entendeu que descentralizar uma instituição de ensino podia induzir melhorias nos serviços de saúde dos municípios. Conforme informado pela gestora do MEC, havia os investimentos prévios e pactuados que os municípios tinham que aplicar para ser autorizado o curso de medicina no território, e isso, inicialmente, já trazia um benefício para os usuários do sistema.

> A gente sabe que para receber o curso, os prefeitos também tiveram que fazer investimentos na sua rede, e se caso tivesse esses investimentos sido feitos mesmo, é provável que ele tenha provocado alguma melhoria, como aumento de leitos, equipes da Atenção Básica, então isso aí é um dado a ser checado, né? A expectativa à época era que traria esses benefícios. (ENTREVISTADA A1)

De fato, a percepção do pesquisador foi ao encontro do observado pela gestora do Ministério da Educação. Em conversa com os atores envolvidos, deu para perceber que há uma melhora considerável com a implantação do Programa na região visitada. Todas as unidades básicas de saúde foram reformadas com objetivo de preparar para a abertura do curso. Além disso, há um volume significativo de recurso financeiro a ser repassado pela instituição privada que será investida no próprio município, trazendo melhorias para população local.

7.4.1. Percepção da Comunidade

Através da observação e das entrevistas, foi possível perceber que há uma boa avaliação do sistema de saúde da região. A chegada do curso de medicina foi recebida com muita expectativa pela população. Inclusive, segundo testemunhos dos entrevistados da comunidade, com a chegada da instituição de ensino foi possível ver a movimentação maior de alunos e professores nas unidades da Atenção Básica, principalmente promovendo os atendimentos voltados para prevenção. Mesmo sendo alunos, já é possível deles receber uma avaliação satisfatória, pela comunidade por conta da melhoria do atendimento dispensado.

> Eu acho a estrutura ótima, porque as pessoas que estão fazendo o curso de medicina já estão deslocando para o abrigo dos velhos, então se não tivesse eles aqui, a carência era maior, né!? Então para Jacobina foi muito bom. (ENTREVISTADO A8)

> Eu vim de Roraima e lá está uma crise só, principalmente na saúde, agora aqui, em Jacobina, eu ainda nunca vi crise na saúde. (ENTREVISTADO A10)

A presença dos alunos nas unidades de saúde também mudou a postura dos profissionais que atendem na rede, pois trouxe um incentivo ao aprimoramento técnico profissional, bem como o aspecto mais ético de lidar com os pacientes. O ambiente acadêmico tem a função de trazer aspectos reflexivos, trazendo oxigênio novo nas práticas cotidianas dos profissionais.

7.4.2. Percepção dos Alunos

Os alunos que foram entrevistados são do segundo e quinto semestres. Ao serem questionados sobre a melhoria dos serviços, obviamente falaram que a participação deles nos atendimentos ainda está inicial. Eles trabalham mais com a observação e com pesquisas sobre a prevenção das doenças relacionadas com a região. No entanto, eles pontuaram que houve

investimentos para região na área da saúde com a abertura do curso de medicina, a reforma das unidades de saúde e os investimentos nos hospitais. Quanto ao atendimento, o entrevistado A7, que é aluno do quinto semestre, afirmou que há uma boa relação com a comunidade, porém ainda existe aquela resistência de ser atendido pelo estudante, mesmo acompanhado pelo tutor.

> O que a gente vê é que houve um desenvolvimento muito grande com o curso de medicina na região. Algumas promessas foram feitas de abertura de hospitais. Não vou dizer que está perfeito, mas estamos progredindo aos poucos. A gente conseguiu uma boa relação com a comunidade. A gente vê que um ou outro quando se tem uma patologia grave prefere não ser atendido por estudante, mas a maioria é tranquila e a gente consegue observar uma consulta tranquilamente. (ENTREVISTADO A7).

Mesmo para os alunos iniciantes, a percepção de melhoria para a comunidade é positiva, pois é notório a motivação deles em poder ajudar a comunidade, estudando as causas das doenças locais. Se sentem mais motivados em poder contribuir porque são alunos, na sua maioria, filhos da terra onde estão estudando. Há, portanto, uma boa percepção de melhoria nos serviços de saúde para população.

> Eu só ouço comentário positivo aqui, principalmente porque 80% dos estudantes são filhos da terra ou próximos daqui e vão se formar, e vão ficar aqui. Estão em casa. Aqui é a minha raiz e sabem(sic) da região. Outra coisa, a grade curricular é muito boa, é o que mais me incentivou. Desde o início você tem aula prática, e a própria comunidade vê a gente ali o tempo todo. (ENTREVISTADO A4)

Por meio da entrevista e do observado no local, verificou-se que há um novo paradigma no modelo de formação médica, fruto das novas diretrizes de formatação exigidos pelo Programa. Desde os primeiros semestres, os alunos são levados a terem experiências com aulas práticas voltadas à formação mais generalista, com senso de responsabilidade social e de cidadania, o que demonstra boa aderência entre o desenho da política e a sua implementação.

7.4.3. Percepção do Gestor Municipal

A percepção da gestora do SUS, em relação à chegada da escola de medicina, também foi muito positiva. Segundo ela, havia uma grande expectativa da comunidade com a abertura do curso, pois os serviços ofertados passariam a ser mais qualificados, uma vez que os ambientes acadêmicos são locais onde há profissionalização e são neles que atualização mais acontecem. De fato, com a chegada da instituição no município, houve um

incremento nas equipes, pois, segundo a entrevistada, os estudantes passaram a colaborar com as equipes dentro das unidades de saúde e dos hospitais, trazendo mais qualificação para os atendimentos.

> Eu, particularmente, falando da área de saúde, vejo uma qualificação enorme na área dos profissionais, a gente sabe que os ambientes universitários são ambientes privilegiados com relação à atualização e a profissionalização. Eu também vejo o crescimento dentro das equipes, pois os estudantes estão dentro das unidades de saúde e nos hospitais. Isso leva os profissionais a se qualificarem, e leva ao conhecimento. Então eu vejo essa qualidade profissional que vem chegando junto com a comunidade. (ENTREVISTADA A2).

A despeito de serem estudantes que estão no meio do curso, a gestora foi enfática em apresentar externalidades nos serviços com a presença dos alunos nos atendimentos. Segundo ela, já existe um movimento diferenciado com a presença deles, inclusive porque são, obrigatoriamente, acompanhados por profissionais formados, o que gera mais confiança para a comunidade e para as equipes que atuam nas unidades de Atenção Básica, trazendo benefícios para o usuário da rede.

> No início a gente tinha essa dificuldade, porque eles mandavam esses estudantes sem professor que fosse um preceptor. Aí fizemos uma reunião com todas as equipes. Recebemos os alunos e a coordenadora do curso, e informamos para ela que a gente não aceitaria que não tivesse nenhum preceptor. Então, agora, todos eles já vão para unidade básica acompanhados do preceptor, e o preceptor mostra a habilidade que o aluno tem que ter para aquele semestre, para aquela disciplina específica, e quais são as habilidades que ele tem que desenvolver em relação àquela disciplina. (ENTREVISTADA A2).

Outro ativo que está prestes a chegar ao município é a implantação da residência médica. Segundo a gestora, estão aguardando apenas a visita do Ministério da Educação para implantação de dois programas de residência médica voltados para Medicina da Comunidade e da Família. Trata-se de mais uma indução impulsionada pelo modelo regulatório do Programa Mais Médicos dentro da política pública de interiorização e fixação de serviços nas regiões interiorana.

Com a implantação dos programas de residência, os serviços serão profundamente impactados com a presença de profissionais formados e professores atuando dentro da rede. Ainda que haja uma rotatividade de profissionais, a presença dos serviços será permanente devido à própria característica da especialização que exige uma dedicação exclusiva sempre sob orientação de profissionais qualificados.

7.5. Impactos Socioeconômicos

Dentro do desenho da política pública de descentralização de escolas médicas, havia uma forte aposta na melhoria voltada para os aspectos sociais e econômicos das regiões receptoras das faculdades de medicina. Essa observação foi apresentada por todos os entrevistados, desde o participante da formulação da política até a comunidade jacobinense. Havia uma expectativa de indução de mais desenvolvimento na cidade por conta da chegada do curso. O estudo apontou que houve benefícios tanto diretos quanto indiretos.

7.5.1. Benefícios Diretos

A presença de uma Instituição de Ensino Superior, tal como analisado por Schneider (2002), ao pesquisar os efeitos da abertura de campus universitário no município de Santa Maria no Rio Grande do Sul, por si só, já promove um atrativo de grandes e novas atividades econômicas e investimentos para os municípios onde são instalados. Isso acontece devido aos investimentos necessários para que seja aberta a instituição na região. E quando se refere a uma escola de medicina, tal investimento precisa ser ainda maior, haja vista que é um curso cuja modalidade é de natureza integral. Os alunos, oriundos de diversas cidades, se deslocam de suas regiões e passam a morar na cidade durante um período considerável até sua formação.

No caso estudado, verificou-se que houve um movimento considerável na região, principalmente na valorização dos imóveis da região, nos serviços de aluguéis, nos movimentos dos bares e restaurantes. A procura por moradias próximas ao local onde se encontra a faculdade também inflacionou o mercado imobiliário, gerando uma externalidade positiva para os donos das residências que buscaram auferir renda com aluguéis de quartos e quitinetes.

Ao se perguntar o que mudou com a chegada da faculdade, moradores foram enfáticos em dizer que houve uma melhora significativa na economia da cidade

> Mudou principalmente a questão da economia, pois muitas casas foram alugadas, os restaurantes estão sempre cheios de estudantes na hora do almoço. Antes a gente não via esse movimento na cidade. Aumentou o valor do aluguel. (Entrevistado A9)

> Os estudantes de medicina vêm de várias cidades e alugam casas, e o aluguel aqui não é baratinho não. É igual cidade grande (...). Quem tem cantinho para alugar está bem. (Entrevistado A10)

Essa mesma percepção também foi observada pela secretária de saúde, pois, segundo ela, a própria atividade da construção civil foi afetada com a presença da instituição. A cidade precisava se preparar para receber esses novos alunos, pois estes necessitavam se instalar na região por um período muito grande.

> Eu vejo a faculdade de medicina não somente na área de medicina, mas na área econômica, da construção civil, e a gente já começa a ver a mudança na cidade. As pessoas começam a investir nas residências para estudantes; a gente já sai nas ruas, nos bares, e nos restaurantes, e já começa a ver a influência da faculdade. (ENTREVISTADA A2)

Além dos benefícios acima, o município passou por investimentos nas unidades básicas de saúde, com reformas da infraestrutura, para receber a instituição de ensino, conforme consta do termo de adesão firmado pelo município e o Ministério da Educação. Ainda há a previsão dos investimentos oriundos das contrapartidas firmadas, que visam direcionar percentual dos lucros com a oferta do curso na melhoria dos serviços voltados para Atenção Básica.

7.5.2. Benefícios Indiretos

Além dos benefícios diretos, há os benefícios indiretos com a abertura da faculdade na região. Apesar de ser, inicialmente, uma instituição voltada para curso de medicina, há outros cursos que já foram autorizados pela instituição, boa parte na área de saúde, como enfermagem, farmácia, nutrição, psicologia, dentre outros. Hoje a instituição conta com mais de quinhentos alunos, sendo que irá formar não somente médicos para região, mas também profissionais de grande importância na melhoria da saúde da população.

Por ser uma região ainda com alta vulnerabilidade social, as melhorias dos serviços e os investimentos trazidos pelo eixo educacional vem assegurando impactos significantes na região e atendendo ao anseio da comunidade com melhorias de serviços na área de educação para saúde. Os indícios observados no local indicam que há um engajamento maior por parte dos envolvidos, com sinalização clara que as medidas regulatórias são capazes de produzir mudanças na qualidade dos serviços. Isto foi notório ao se observar a satisfação dos usuários entrevistados.

7.5.3. Atração de Profissionais

A atração de profissionais médicos para trabalhar nas regiões prioritárias é um grande desafio enfrentado pelas diretrizes do Programa Mais Médicos. O eixo emergencial trouxe um alívio imediato com a contratação de médicos intercambistas, sobretudo, os estrangeiros que foram colocados nas unidades básicas de saúde. Desde o rompimento do contrato entre o Brasil e a OPAS, o município de Jacobina vem enfrentando dificuldades de atrair profissionais que estejam dispostos a atender nos distritos mais distantes do centro da cidade.

Conforme apontado pela própria secretária de saúde, a grande dificuldade encontrada é atrair e fixar esses profissionais. Em geral, os profissionais médicos não se fixam na região, mesmo com todos os incentivos ofertados pelo município. Daí a grande expectativa da formação dos alunos locais e da expectativa de atraí-los para atuarem na região por meio do eixo educacional. Segundo a gestora, caso cinco desses alunos matriculados optarem em ficar no município, já seria uma grande contribuição para região.

Vale notar que o eixo educacional do Programa Mais Médicos tem um alto potencial de promover uma atração de força de trabalho para atuar na região. Apesar de boa parte dos alunos matriculados serem oriundos de outras cidades, foi constatado que há alguns alunos que são nativos de Jacobina. Além disso, devido ao contato que eles têm com a comunidade do interior, todos alunos entrevistados sentiram afinidades com o município e demonstraram interesse em desempenhar seus trabalhos, quando formarem, ou na própria cidade, ou nos municípios prioritários de onde vieram.

Por esse estudo, ficou evidente que o modelo de desconcentração tem um alto potencial de promover transformações positivas na lógica predominante de concentração de força de trabalho na área médica. Isso obviamente deve ser acompanhado com mais investimentos nas condições de trabalhos a serem desempenhadas pelo profissional que perpassa por desenvolvimento regional a ser implementado com mais políticas públicas regionais.

8. DESAFIOS E MELHORIAS NO MODELO REGULATÓRIO

Um dos grandes benefícios de se avaliar os processos de uma política pública em andamento consiste em poder corrigir algumas vulnerabilidades na implementação do programa. Apesar de apresentar uma boa aderência com o planejado, algumas ações podem ser melhoradas para um bom desempenho do programa. Conforme observado pelo pesquisador e colhido com as entrevistas no município, essas melhorias podem incrementar a política e serão sugeridas pelo pesquisador na reformulação do programa. A seguir, passa-se a pontuar quais melhorias podem ser implementadas com vistas a tornar mais efetivo o modelo regulatório para o eixo educacional.

8.1. O processo seletivo de escolhas de instituições privadas

O processo seletivo adotado pelo modelo regulatório tornou-se o principal obstáculo para implantação da política pública. A adoção de seleção por meio de editais de chamamento público, para instituições privadas, é um processo muito oneroso e muito demorado. O primeiro edital de seleção de mantenedoras foi lançado em 2013, mas somente em 2017 que foi possível abrir a primeira escola de medicina no novo modelo. Tal atraso se deu pelo fato de haver diversos questionamentos administrativos e jurídicos por parte das mantenedoras de ensino em relação ao procedimento seletivo. Por ser um curso com uma demanda muito grande de alunos, e com mensalidades ainda elevadas, há uma disputa muito acirrada pelos grandes grupos da área educacional, sempre questionando o modelo apresentado pelo poder público.

Essa observação foi bem pontuada pela gestora do Ministério da Educação (A1) quando se perguntou sobre possíveis perdas ou ganhos com a implantação do modelo regulatório. Ela afirmou que é um processo muito demorado por envolver diversos interesses. A mudança radical promovida pelo modelo regulatório visou mudar um modelo que só expandia a desigualdade regional de oferta de cursos de medicina, gerando, consequentemente, má distribuição desses profissionais pelo Brasil.

> Eu não diria a maior perda, mas uma desvantagem que vem desse modelo do edital de chamamento é a questão de, até pela própria natureza de um edital, não se conseguir prosseguir com o processo e com o programa, porque há diversas possibilidades de recursos. A decisão da política pública, às vezes, desagrada muitos interesses. Então sempre haverá muitos obstáculos para superar, até que se

> tenha um resultado. É obstáculo jurídico, obstáculos desta natureza, com diversas contestações. Enfim, passa-se muito tempo até que se tenha algum resultado. (ENTREVISTADA A1).

Por se tratar de uma inovação trazida pela política, a qual visa enfrentar o modelo anterior, ainda é necessário estabelecer medidas administrativas com objetivo de promover um processo mais célere e com menos questionamentos jurídicos. Boa parte do atraso observado se deu pela complexidade do processo que envolvia interesses legítimos por parte dos municípios que buscavam esse ativo para sua região, porém, às vezes, sem se enquadrarem nas diretrizes do programa. Por outro lado, a natureza seletiva do processo para as mantenedoras trouxe disputas no mercado que até então tinham maior liberdade para abrir seus cursos. A implementação de mecanismos mais transparentes e mais eficientes no processo seletivo pode refletir em uma política pública mais efetiva.

8.2. Fortalecimento da Intersetorialidade

A intersetorialidade é um importante instrumento utilizado para a efetivação das políticas públicas. Pode ser entendida como uma integração das diferentes políticas setoriais com um modelo de gestão integrado, o qual visa romper com modelos fragmentados de gestão. Ela busca proporcionar o trabalho em conjunto articulado que considera os problemas sociais de forma holística com inclusão de todos atores da política. O Programa Mais Médicos foi gestado com esse caráter intersetorial. Diversos atores públicos e privados participaram na formulação e na implementação da política pública.

Para sua consecução e implementação, foi necessária a integração de diversos setores dos ministérios e de organizações, como o Ministério das Relações Exteriores, que articulou a vinda de médicos estrangeiros; a participação dos Ministérios do Trabalho e Previdência com vistas à regularização dos profissionais em questões trabalhistas e previdenciárias. Além disso, havia participação dos gestores locais do Sistema Único de Saúde, com suas comissões e conselhos, em destaque para as Comissões Intergestores Tripartites (CIT) e as comissões Intergestores Bipartites (CIB), as quais se constituíram fóruns próprios para pactuação e articulação das ações e dos serviços integrados nas redes de atenção à saúde.

A diminuição da articulação horizontal e vertical do Programa foi constatado na conversa com a gestora da Secretaria de Saúde. A coordenação entre diversos setores públicos na condução da implementação da política pública foi prejudicada com a

descontinuidade política. O principal instrumento de fortalecimento do processo de integração entre o ensino e serviços para comunidade – Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES) – foi criado pelo município, porém não houve suporte por parte dos atores do governo federal, o que vem trazendo dificuldades na condução dos serviços do município.

Portanto, o fortalecimento dos conselhos municipais buscando mais participação dos governos estaduais e federal na condução da política é um desafio na sua implementação. O fomento do COAPES é um grande ativo que deve ser fortalecido, pois é um foro adequado para aprendizagens e de vivências conjuntas o qual visa o aperfeiçoamento das práticas nos serviços de saúde. Esse instrumento pode estimular a incursão coletiva, envolvendo a gestão municipal, a comunidade acadêmica e a sociedade, que buscam acompanhar os compromissos pactuados entre a instituição de ensino e a gestão da saúde no âmbito do SUS.

8.3. Continuidade do Modelo Regulatório

O maior desafio a ser enfrentado na política regulatória é manter sua continuidade. O Brasil ainda encontra dificuldade de promover a continuidade de suas políticas, o que tem gerado diversos prejuízos para implementação de boas políticas. Conforme verificado neste estudo, o modelo regulatório tem se mostrado efetivo na indução do que se pretendeu alcançar com o lançamento do Programa. As entrevistas e a observação do pesquisador ratificaram que a política de descentralização de instituições privadas de medicina é um excelente instrumento de indução de atração de serviços médicos e desenvolvimento econômico para o interior.

Devido ao alcance das metas estipuladas no início do programa, com forte expansão de vagas e instituições, tanto públicas como privadas, o Governo Federal optou por suspender a abertura de novas vagas de curso de medicina por cinco anos até que seja feito um acompanhamento desses cursos criados. Os estudos devem passar pela qualidade do ensino e a efetividade verificável nos objetivos do Programa.

A definição da continuidade ou não do modelo regulatório deve passar pela nova gestão que assumiu o Governo Federal. Porém, o estudo sugere que tais medidas, após implementadas, deve ser seguido, observando os princípios norteadores que fundamentaram o eixo educacional, sobretudo na descentralização dos serviços médicos para regiões prioritárias. O novo paradigma estabelecido pelo Programa visa fomentar o fortalecimento

do Sistema Único de Saúde, com atração e formação de profissionais dos serviços médicos qualificados para Atenção Básica. O crescimento desorganizado de escolas médicas no país, às vezes visando apenas o lucro das instituições privadas, já demonstrou, ao longo do tempo, que não é um bom caminho capaz de mitigar os problemas da interiorização dos serviços e a fixação de profissionais médicos nos interiores. É necessário avançar na implementação da política, mas sem desconsiderar os avanços até aqui alcançados.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo regulatório de expansão direcionada de cursos e vagas de medicina, oriundo do Programa Mais Médicos, buscou promover uma mudança na maneira como se enfrenta o problema da centralização da educação para os serviços médicos. O enfoque do eixo educacional significou uma grande oportunidade para que as regiões prioritárias pudessem contar com o fortalecimento dos seus serviços na área de saúde, com profissionais qualificados dentro dos municípios afastados dos grandes centros.

A grande concentração de médicos e, consequentemente, melhores serviços na área de saúde, sempre foi um tema de grande preocupação por partes dos formuladores de políticas públicas. O enfrentamento dos problemas emergenciais ocupou as pautas das agendas dos gestores governamentais. Porém, debates ainda são trazidos ao cenário público sobre as medidas efetivas que visem resolver o grave problema de concentração dos serviços nos grandes centros. O mapa da desigualdade na distribuição de profissionais médicos só vem corroborar a importância de se manter uma política pública agressiva de investimentos nas regiões prioritárias, servindo como instrumento eficaz na indução de melhorias para as regiões atingidas pela política pública.

Conforme apresentado nesse trabalho, os dados apontam para um certo protagonismo do ensino de medicina pelas instituições privadas (Scheffer *et al.* 2018), o que gera mais responsabilidade do poder público no direcionamento desses cursos às necessidades regionais. O modelo se mostrou revolucionário nesse sentido porque direcionou o interesse privado para as carências de investimentos no Sistema Único de Saúde. Com a grave crise por que passa o Brasil, há também a oportunidade de aproximar o ente privado de ensino para que este venha colaborar com os anseios sociais por melhores serviços.

O presente trabalho buscou avaliar através do estudo de caso se o atual modelo tem a capacidade de induzir as melhorias prometidas nos serviços médicos nas regiões prioritárias. De acordo com o resultado da pesquisa, a política pública de indução mostrou-se alinhada com os princípios estabelecidos pelas diretrizes do programa, pois trouxe fortalecimento dos serviços no município, com atração de profissionais para região, captação de recursos e investimentos para infraestrutura do SUS e, principalmente, com a cultura de novas práticas e formação médicas voltadas para as soluções das questões locais.

Os entrevistados apresentaram um bom grau de satisfação pela presença da escola de medicina em seu território, dizendo que foi um grande ativo não somente para o

município em si, mas, também, para todos os povoados que estão em sua volta. Conforme apresentado nesse trabalho, houve uma percepção de mais qualificação dos serviços para Atenção Básica, inclusive com estímulo de pesquisas voltadas para questões locais, que é um dos grandes objetivos positivados no próprio diploma legal do Programa apresentado logo no seu primeiro artigo (BRASIL, 2013).

Em relação à proposta de atração e fixação de profissionais para interior, os achados deste trabalho sugerem boa similaridade com os resultados das pesquisas de McAuliffe e Barnett (2009), na Austrália, que trouxeram o fator origem do egresso como algo de extrema importância na escolha de trabalho do profissional. Nessa mesma linha, têm-se os resultados de Deutschlander, Suter e Grymonpre (2013) e Rose e Rensburg-Bonthuyzen (2015) ao afirmarem que a identidade com as regiões precárias tem uma forte influência na hora da escolha das regiões para se trabalhar.

É importante destacar que, por ser tratar um modelo recente, ainda é preciso fazer um levantamento maior para se chegar à conclusão dos efeitos dos impactos para as regiões com o fomento dessa política regulatória de indução de curso nos interiores. Porém, os resultados colhidos até agora têm demonstrado boas externalidades para a região relativos aos serviços médicos, à área econômica e na cultura de formação de médicos voltados para atenção primária, que é a porta de entrada para solução da maioria dos problemas de saúde da população.

Contudo, conforme demonstrado no último capítulo, ainda há muito caminho a se percorrer, para que o modelo venha se aprimorado e poder gerar melhores resultados para os quais ele foi lançado. Através da pesquisa, verificou-se que está havendo uma ruptura com os aspectos da intersetorialidade, sendo que este foi um dos fundamentos essenciais para sua boa condução no lançamento do Programa. Apesar de todo o arcabouço legal, na prática, ficou comprovado que os diversos órgãos e setores da administração não estão mais trabalhando com a total sintonia que teve quando da efetivação da política.

A descontinuidade da política pública, por parte dos gestores públicos, tem se tornado um grande gargalo na condução e na efetivação dos resultados pelos quais se pretendem alcançar no Programa. Quando se envolve políticas estruturantes, como é o caso da educação, nas quais há necessidade de um período de médio a longo prazo, a interrupção da política tende a gerar enormes prejuízos para o destinatário dos serviços – que é o cidadão.

Neste sentido, é latente a necessidade de fortalecer o modelo regulatório vigente já que se mostrou um bom instrumento indutor de melhorias nos serviços médicos em regiões

prioritárias. Para isso, é necessário que haja um bom diálogo entre os atores políticos envolvidos, bem como a comunidade médica e os empresários, visando o bem comum de todos. A condução da política mostrou que é plenamente possível conciliar o interesse público com o interesse privado no fomento de uma educação para qualificar os serviços.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, E.; MAEDA, A. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries. The International Bank for Reconstruction and Development. Washington: **The World Bank**, 2011. pg. 68.

ASGHARI, S. E. A. Factors influencing choice to practice in rural and remote communities throughout a physician`s career cycle. **Society of Rural Physicians of Canada**, 22, n. 3, 2017. p. 92-99. Disponível em: <https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Directories/Committees_List/CJRM-RuralPractice2017.pdf>.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEZERRA, L. C. D. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. D. A. SAMICO, I. *et al*. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook. 2010. p. 65-78.

BRASIL. **Edital nº 3, de 22 de outubro de 2013,** Primeiro Edital de Pré-Seleção de Municípios para Implantação de Curso de Graduação em Medicina por Instituição de Educação Superior Privada, Brasília, Ministério da Educação, 23 out 2013. 30-32. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=14474-edital-mec3-pre-sel&Itemid=30192>.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde**. 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, set 1990. Acesso em: 25 mar 2019.

_____. **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, Brasília, outubro 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 25 mar 2019

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Série Pactos pela Saúde 2006**. Brasília, 4, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>.

_____. **Medida Provisória nº 621,** de 08 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 09 jul 2013. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2013/medidaprovisoria-621-8-julho-2013-776449-publicacaooriginal-140368-pe.html>. Acesso em: 25 jan 2019.

_____. **Medida Provisória nº 890,** de 1º de Agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 01 ago 2019. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv890.htm>

_____. **Portaria Ministério da Educação nº 2, de 1º de fevereiro de 2013**. Estabelece os procedimentos e o padrão decisório para os pedidos de autorização dos cursos de graduação em medicina ofertados por Instituições de Educação Superior - IES integrantes do Sistema Federal de Ensino., Brasília, 31 janeiro 2013. 22. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/30292334/do1-2013-02-04-portaria-normativa-no-2-de-1-de-fevereiro-de-2013-30292326>.

_____. **Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros**, Brasília, 2015. p. 128. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_doi>. Acesso em: 16 mai 2019.

_____. **Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015**, Botucatu, 2017. p. 1087-1101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/1807-5762-icse-1807-576220160520.pdf>. Acesso em: 25 mar 2019.

_____. **Programa Mais Médicos. Estudantes: Residência Médica, 2013b**. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/residencia-medica>. Acesso em: 15 mai 2019.

_____. **Mais Médicos Conheça o Programa**. http: //www.maismedicos.gov.br/. Disponível em: <http://www.maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em: 02 nov. 2018.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al. **Um modelo lógico da Rede Cegonha**. *Physis*, Dez. 2013, vol.23, no.4, p.1297-1316. ISSN 0103-7331

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - 2015. **Quatro especialidades concentram 39% dos especialistas do País**, 2018. Disponível em: <http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27505:2018-03-19-20-22-02&catid=3.>. Acesso em: 16 mai 2019.

_____. **Demografia Médica 2015**. Um terço dos médicos afirma estar com sobrecarga de trabalho, 2015b. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&vie >. Acesso em: 15 mai 2019.

_____. **Considerações sobre o Programa Mais Médicos, 2018**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2018_pesquisa_maismedicos.pdf>. Acesso em: 20 mai 2019.

_____. **Presença feminina cresce cada vem mais.** CFM Publicações, on line, 2019. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/#page/12>. Acesso em: 17 mai 2019.

_____. **Demografia Médica 2015**. População médica cresce mais que a geral, mas persistem as desigualdades na sua distribuição, 2015a. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25>. Acesso em: 15 mai 2019.

COPEMAN, W. J. **The Underserviced Area Program of the Ministry of Health of Ontario**. Can Fam Physician. Jul; 33, 1987. p. 1683–1685. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2218204/?page=1>. Acesso em: 23 mar 2019.

DEUTSCHLANDER, S.; SUTER, E.; GRYMONPRE, R. **Interprofessional practice education: is the 'interprofessional' component relevant to recruiting new graduates to underserved areas?**. Rural Remote Health, v. 13, n. 4, 2013. p. 1-11. Disponível em: <https://www.rrh.org.au/journal/article/2489>. Acesso em: 15 mai 2019.

DOMINGOS, A.; SILVA, L. E. **Teoria do programa: O que é, para que serve e quando fazer?** Associação Latianoamericana de Ciências Políticas - ALACIP, Montevideu, 26-28 Julho 2017. Disponível em: <http://www.congresoalacip2017.org/arquivo/downloadpublic2?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czozNToiYToxOntzOjEwOiJJRF9BUlFVSVZPIjtzOjQ6IjIwMzMiO30iO3M6MToiaCI7czozMjoiNWZjZDkyYTUzOGY5MmFhNDk3YTlmMjUwMDIyMDcwYjYiO30%3D>. Acesso em: 15 maio 2019.

ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. **Estatísticas Nacionais**, 2019. Disponível em: <https://www.escolasmedicas.com.br/>. Acesso em 16 maio 2019.

GUERESI, S.; CASSIOLATO, M. **Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avalliação**. Nota Técnica IPEA, Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/100924notatec6disoc.pdf>>. Acesso em: 20 mar 2019.

HOLMES, J. E.; MILLER, D. A. **Factors affecting decisions on practice locations.** Journal of Medical Education, 61(9, Pt 1), 1986. p. 721-726.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em:< https://censo2010.ibge.gov.br/> .

_____. **Cidades@. Sistema Agregador de Informações.** Disponível em:< https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/jacobina.html.

JOSEPH S. WHOLEY, H. P. H. K. E. N. **Handbook of Practical Program Evaluation**, New York, 3rd ed, 2010. Disponível em: <http://www.blancopeck.net/HandbookProgramEvaluation.pdf>. Acesso em: 11 nov 2018.

KAZANJIAN, A.; PAGLICCIA, N. **Key factors in physicians' choice of practice location: findings from a survey of practitioners and their spouses**. Health & Place, v. 2, n. 1, 1996. p. 21-34.

LAPA, A. **Programa Mais Médicos: uma contribuição à análise da oferta de ações e Serviços de saúde**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde da Escola Fio Cruz, Brasília, 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_contribuicao_analise_oferta_acoes_servicos_saude.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, v. 5, 2002.

MCAULIFFE, T.; BARNETT, F. Factors influencing occupational therapy students' perceptions of rural and remote practice. **Rural and Remote Health**, v 9: 1078. (Online), v. 9, March 2009. Disponível em: <https://researchonline.jcu.edu.au/10591/1/article_print_1078.pdf>. Acesso em: 16 mai 2019.

MEDINA, M. G. E. A. **Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil**. Saúde Debate, Rio de Janeiro: 2018, p. 346-360, n. 1, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0346.pdf>. Acesso em: 20 mar 2019.

MIRANDA, A. S. D.; MELO, D. A. **Análise comparativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos em agregados de municípios do Rio Grande do Sul**, Brasil. Ciências e Saúde Coletiva, v.21, n. 9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2837.pdf>. Acesso em: 20 mar 2019.

MORAES, R. **Análise de conteúdo. Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, 1999. Disponível em: <http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html>. Acesso em: 03 agosto 2019.

MOREIRA, A. D. C. G. E. A. **Programa mais Médicos: uma análise a partir de modelo lógico**. Com Ciências, v. 28, n. 3 e 4, 2017. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v28_3programa_mais_medicos.pdf> .>. Acesso em: 26 mar 2019.

PINTO, Hêider Aurélio *et al*. **O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica**. Revista Divulgação, Rio de Janeiro, v. 51, p. 105-120, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em: 20 mar 2019.

_____. Hêider Aurélio *et al*. **Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2017. p.1087-1101. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0520.>. Acesso em: 15 mai 2019.

PINTO, I. C. D. M. **Mudanças nas Políticas Públicas: a perspectiva do ciclo de política. Revista de Política Públicas**, (on line), v. 12, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3832/1960>.

PIRES, R.; LOPEZ, F.; SILVA, F. S. E. **Métodos Qualitativos de Avaliação e suas Contribuições para o Aprimoramento de Políticas Públicas**. In: Jr., J.C.C. Brasil em Desenvolvimento: Estado Planejamento e Políticas Públicas. , Brasília, 2010. p. 661-688.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V.; MORO, S. **Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional**. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu, 2004. Disponível em: <www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/./1356>. Acesso em: 10 jun 2019.

REITZ, R. *et al*. Factors **Influencing Family Physician Scope of Practice: A Grounded Theory Study. Family Medicine**, v. 50, 2018. p. 269-274. Disponível em: <https://journals.stfm.org/familymedicine/2018/april/horst-2017-0204>. Acesso em: 10 mar 2019.

RIBAS, A. N. **Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria da Avaliação de Programas.** Dissertação de Mestrado, Brasília, 2016. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20577/1/2016_AntonioNevesRibas.pdf>. Acesso em: 10 jun 2019.

RODRIGUES, R. B.; SILVA, N. C. D.; ROCHA, T. A. H. **Atração e Retenção do Profissional Médico e os Desafios para a Estratégia Saúde da Família.** Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/gpr2161.pdf>. Acesso em: 10 mar 2019.

ROMEIRO, C. E. A. **O Modelo Lógico como ferramenta de planejamento, implantação e avaliação do programa de promoção da saúde na estratégia de saúde da Família do Distrito Federal**. Revista Brasileira de Atividade Fisica e Saúde, Pelotas, 2013. p. 132-142. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/114389/mod_resource/content/1/Modelo%20L%C3 %B3gico %20-%20Experi%C3%AAncia%20de%20Bras%C3%ADlia.pdf>. Acesso em: 26 mar 2019.

ROSE, A.; RENSBURG-BONTHUYZEN, E. J. V. **The factors that attract healthcare professionals to and retain them in rural areas in South Africa**. South African Family Practice, (on line), Vol 57 :, p. 44-49 January/February 2015. Disponível em: <http://safpj.co.za/index.php/safpj/article/view/3993>. Acesso em: 15 mai 2019.

SAPKOTA, Bhim & AMATYA, Archana. (2015). **What factors influence the choice of urban or rural location for future practice of Nepalese medical students**? A cross-sectional descriptive study. Human resources for health. 13. 84. 10.1186/s12960-015-0084-5. Disponível em: https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0084-5. Acesso em 26 mai 2019.

SANTOS, Andréia rodrigues dos. **A Teoria do Programa e seus Múltiplos Usos: Construído Referência para a Avaliação do Pronatec**. Curso de Especialização em Análise e Avaliação da Gestão Pública, Tribunal de Contas da União. Instituto Serzedello Corrêa (ISC), 2013. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br › portal › file › fileDownload

SANTOS, F. M. D. **Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin**. Revista Eletrônica de Educação. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.], São Carlos, SP, 6, n. n. 1, mai 2012. p.383-387. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br.>. Acesso em: 15 mai 2019.

SCHEFFER, M. E. A. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Conselho Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2015. 284. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao97e48472142cfdd1cd5d5b5ca6831cf4.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

_____. **Demografia Médica do Brasil 2018**. Faculdade de Medicina da USP, CFM, CREMESP, 2018. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278>. Acesso em: 16 mai 2019.

SCHNEIDER, L *apud* MOTA, Antônio Macêdo. **Educação e desenvolvimento: um estudo do impacto econômico da universidade federal no município de Santa Maria (RS)**. As Universidades Estaduais da Bahia e o Desenvolvimento Local e Regional, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/pgpu/article/view/16810/14079>.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. **Avaliação de Políticas Públicas: uma revisão teórica de um campo em construção**. Revista Administração Pública [on line], 42, 2008. p. 529-550. Acesso em: 17 maio 2019.

APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - GESTOR SERES/MEC

Data:

Local: Ministério da Educação

Identificação

Nome:

Formação acadêmica:

Função:

Tempo na Função:

Do ponto de vista da intersetorialidade, o Programa Mais Médicos foi um dos modelos de Políticas Públicas mais interessantes lançado pelo Governo Federal, pois envolveu diversos atores, como o Ministério da Saúde, das Relações Exteriores, da Defesa, de organismos internacionais, do Ministério da Educação e Casa Civil.

1. Fale um pouco como foi a sua experiência de ter participado dessa formulação do ponto de vista da articulação intersetorial.

2. Para enfrentar um grande problema de falta de médicos nos principais municípios do país, a Lei dos Mais Médicos trabalhou com três eixos: o **provimento emergencial**, **o eixo infraestrutura** e o **eixo formação médica**. Na sua opinião, qual o impacto imediato para os serviços de saúde na abertura de um curso de medicina em regiões afastadas do grande centro?

3. Na sua opinião, o modelo de política pública regulatória de desconcentração de cursos e vagas para regiões prioritárias é um modelo que tem capacidade de induzir melhorias para a população atingida e mitigar a falta de profissionais da área de saúde, incluindo nesse caso, médicos para a região de oferta?

4. Há estudos que 85% dos problemas de saúde da população são resolvidos na Atenção Básica. Qual a contribuição que o modelo regulatório do PMM trouxe no sentido de estimular a formação desses profissionais nessas especialidades?

5. Uma coisa importante com o advento da Lei nº 12871 foi a criação do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde - COAPES, Portaria Interministerial n° 1.127, que visa fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade para os cursos da área de saúde. Qual a importância deste importante instrumento para a melhoria do ensino e da oferta dos serviços de saúde?

6. Do ponto de vista da política pública regulatória, quais seriam as perdas ou os ganhos, caso se alterassem esse modelo regulatório considerando o eixo de responsabilidade do Ministério da Educação?

7. Por fim, você gostaria de fazer algum comentário sobre as perguntas ou outra abordagem a respeito do tema?

APÊNDICE II - – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - GESTOR SECRETARIA DE SAÚDE

Data:

Local:

Identificação

Nome:

Formação acadêmica:

Função:

Tempo na Função:

1. Qual a importância para o município de se ter uma faculdade de medicina?

2. Quais serviços da área de saúde a população passou a ser beneficiada com a chegada do curso de medicina? Há alguma parceria entre a faculdade e a gestão municipal para oferta de alguns serviços?

3. Quais os impactos econômicos, sociais e culturais demonstrados com a instalação do curso de medicina no município?

4. O que o curso tem influenciado na indução da melhoria dos serviços de saúde da região?

5. Os investimentos exigidos para implantação puderam contribuir na melhoria da rede da saúde?

6. Em termos estruturais, houve algum investimento por parte do poder público federal, estadual e municipal para melhor acomodar esses alunos e, consequentemente, prestar um serviço de qualidade para a população.

7. Como você avalia o modelo regulatório de indução de interiorização de cursos de medicina preconizado pelo Programa Mais Médicos?

8. Comente sobre a percepção da comunidade com a instalação do curso de medicina no município?

9. Qual a perspectiva do gestor municipal para aquela região com o curso de medicina.

10. Qual é o desafio de cumprir as exigências regulatórias para manter o curso de medicina na região?

Sínteses e fechamento

11. Você acha que a política pública de interiorização de curso de medicina é uma boa política pública que pode induzir a desconcentração de médicos dos grandes centros?

12. Na sua visão os serviços de Atenção Básica foram modificados pela presença de uma instituição de ensino na área médica? Pode falar um pouco sobre isso?

13. Gostaria de fazer algum comentário final sobre aspectos abordados ou não pelas perguntas?

APÊNDICE III - – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – POPULAÇÃO

Data:

Local:

Nome:

Sexo:

Idade:

1. Qual era a expectativa da chegada um curso de medicina nessa região?

2. Você achou positivo a chegada de uma faculdade de medicina no município? Por quê?

3. Na sua visão, o que mudou com a chegada de uma faculdade de medicina na região?

3. Você acha que com a chega da faculdade de medicina a presença de profissionais e de serviços saúde melhorou na cidade?

4. Você conhece alguém que está estudando medicina nessa faculdade?

APÊNDICE IV - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COORDENADOR DO CURSO

Data:

Local:

Identificação

Nome:

Formação acadêmica:

Função:

Tempo na Função:

1. Qual o diferencial do projeto pedagógico do curso-PPC para formação de um egresso com mais capacidade na Atenção Básica e Serviços de Emergência e Urgência do SUS?
2. O projeto do curso de Medicina tem o condão de contribuir para formação de um médico crítico-reflexivo e generalista?

3. O perfil do curso está voltado para formar médicos com capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para solucionar desafios que se apresentam na prática médica, em especial nos cenários do SUS?

4. Há algum programa de extensão em curso (ou algum projeto) que atenda a população de Jacobina e regiões, em especial a população carente?

5. Há algum projeto de implantação de Programa de Residência Médica com foco em Medicina Geral e da Família?

6. A instituição tem participado do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com vistas a contribuir para reestruturação de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade?

7. Na sua opinião, a abertura do curso de medicina e residência médica nesta região terão a capacidade de atrair profissionais e serviços para a região?

8. Qual o diferencial que o Programa Mais Médicos trouxe para induzir a formação de qualidade para o egresso de Medicina?

9. Qual é o perfil dos ingressos no curso de medicina? Há alunos matriculados do município e regiões vizinhas?

10. Você teria algo mais a declarar sobre a importância do curso para a sociedade jacobinense e região?

APÊNDICE V – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – ALUNOS

Data:

Local:

Instituição:

Identificação

Nome:

Sexo:

Curso:

Semestre:

1. Você tem algum vínculo com a região ou está vindo de outro lugar para estudar?

2. Qual é a sua motivação para vir estudar nessa instituição de ensino?

3. Qual a sua percepção sobre a instalação do curso de medicina nessa região?

4. Você já está tendo aulas práticas nas unidades básicas de saúde do município? Se, sim, fale um pouco dessa experiência.

5. Existe a possibilidade de você permanecer atuando na região após a conclusão do curso? Sim? ou Não? Por quê?

6. Após a sua formatura, você vai se candidatar a uma Residência Médica? Qual a especialidade você pretende escolher? Qual o motivo seria dessa escolha?

7. Durante o curso está havendo incentivos para desenvolver seus conhecimentos na Atenção Básica?

8. Em sua visão, qual a contribuição para os serviços de saúde esta faculdade de medicina trará para o município de Jacobina?

9. A maioria dos seus colegas de turma são da região ou vieram de outros estados para estudar?

10. Na sua opinião, o processo de interiorização de faculdades de medicina tem um potencial de efetivar a interiorização do médico no Brasil?

11. Você gostaria de comentar mais alguma coisa sobre a entrevista, sobre algo que não foi abordado?

APÊNDICE VI - - CARTA DE APRESENTAÇÃO UTILIZADA PARA AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Brasília, 30 de junho de 2019.

Prezado Senhor,

Apresentamos a V. Sa. o mestrando **Francirley dos Santos Oliveira**, estudante regularmente matriculada sob a matrícula nº **17.4.3.014,** no Curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Esse estudante está desenvolvendo uma pesquisa que tem como objetivo avaliar o modelo regulatório de autorização de cursos e vagas de medicina no âmbito do Programa Mais Médicos.

Em decorrência do objetivo da pesquisa, é necessário que o referido mestrando realize entrevista individual com V. Sa. Dessa forma, solicitamos vossa colaboração no sentido de conceder, aproximadamente, 40 (quarenta) minutos de sua agenda de trabalho para a realização da entrevista. Caso permita, a entrevista será gravada, sendo posteriormente degravada, com o objetivo de formar uma base de dados para a pesquisa e posterior análise.

Acrescentamos que a participação nessa pesquisa é voluntária e poderá haver a desistência a qualquer momento, não havendo previsão de gastos ou remuneração.

Ressaltando a importância de sua valiosa colaboração para o estudo, agradecemos antecipadamente, e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

_____

Professor Dr. Almir de Oliveira Júnior
Orientador

Telefones: (61) 8165-1665 ou 2026-5575 E-mail: almir.junior@ipea.gov.br