

ANÁLISE DA EXPANSÃO DO CURSO DE MEDICINA À LUZ DAS PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS DE FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Data de Submissão: 22/09/2023

Data de aceite: 02/10/2023

Brunno Rodrigues Gonçalves

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM-UFG). Pesquisador no Projeto SIMAPES - Ministério da Saúde do Brasil. | <https://orcid.org/0000-0001-8392-6615>

Leila Medeiros Melo

Doutoranda em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás (UFG) | <https://orcid.org/0000-0002-6438-7537>

Valéria de Oliveira Lemos Novato

Doutoranda em Administração pelo PPGADM da Universidade Federal de Goiás (UFG). Pesquisadora no Projeto SIMAPES - Ministério da Saúde do Brasil. | <http://orcid.org/0000-0002-9556-8736>

Vicente da Rocha Soares Ferreira

Doutor em administração pela Universidade de Brasília e Professor dos cursos de graduação e pós-graduação em administração - PPGADM/FACE/UFG. Coordenador do projeto SIMAPES do Ministério da Saúde do Brasil. | <https://orcid.org/0000-0002-1196-5778>

enfrentando um importante processo de expansão, sendo fortemente influenciada por políticas públicas que fomentam a formação em saúde no país. Assim, relacionar políticas de formação e a cronologia de expansão de um curso contribui com a literatura e tomada de decisão dos gestores públicos. Como métodos se utilizou de uma análise histórica e exploratória para mapear cronologicamente a expansão do ensino médico brasileiro à luz das políticas de formação em saúde. Os resultados apontaram: a) predomínio constante de um maior número vagas no setor privado, com sua acentuação a partir de 2013, com exceção da região centro-oeste, e b) maior desigualdade territorial entre interior e capital nas regiões norte e nordeste. Estes resultados podem levar a processos carenciais de mão de obra médica e falta de serviços de saúde, mesmo frente à implementação de políticas públicas no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina; Educação Médica; políticas públicas.

RESUMO: A formação médica no Brasil vem

ANALYSIS OF THE MEDICINE COURSE EXPANSION IN THE LIGHT OF THE HEALTH EDUCATION MAIN PUBLIC POLICIES IN BRAZIL

ABSTRACT: Medical training in Brazil has been facing an important expansion process, being strongly influenced by public policies that promote health training in the country. Therefore, relating training policies and the expansion chronology of a course contributes to the literature and to the practitioners decision-making. As methods we used a historical and exploratory analysis to chronologically map the expansion of Brazilian medical education in the light of health education policies. The results shown: a) constant predominance of higher vacancies in the private sector, with boosting since 2013, except for the midwest region, and b) higher territorial inequality between capital and countryside in the north and northeast regions. These results can lead to shortages of medical manpower and lack of health services, despite the implementation of public policies.

KEYWORDS: Medicine; Medical Education; Public policies.

1 | INTRODUÇÃO

Mais de 200 anos se passaram desde a primeira escola médica inaugurada no Brasil e ainda persistem problemas de falta de profissionais da saúde no país^{2,13}. Enquanto a demanda pela formação médica vem crescendo ao longo dos anos, a carência de médicos tem limitado o acesso e a cobertura universal à saúde como prevê a constituição federal de 1988, bem como os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), como equidade e integralidade³⁰.

Após o relatório Global *Strategy on Human Resources for health: Workforce 2030* da Organização Mundial da Saúde³⁴ indicar a necessidade de estudos práticos que analisem a formação de profissionais de saúde para minimizar a escassez da força de trabalho em saúde, muitos países tem fortalecido os esforços de pesquisas que contribuem com a formação na saúde³¹.

No Brasil, o Ministério da Saúde sugeriu, em 2018, à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, estudos que colaboram com a formação médica no país, sobretudo nos eixos de trabalho e educação com a análise de políticas públicas voltadas para formação em saúde e o mapeamento de tecnologias que subsidiam e servem de base para a utilização de recursos públicos para esse fim⁴⁴. E, na literatura, começa-se a observar um aumento de estudos que abordem a formação médica^{21,35} em detrimento do número majoritário para a área de enfermagem³⁴. O Estado, nesse ínterim, começou a enxergar a necessidade de formular políticas públicas para prover a formação de tais profissionais e a literatura aponta a necessidade de analisá-las^{6,11}.

Para entendermos como se analisa uma política pública é necessário, a priori, a superação do conceito do que é uma política pública; entendendo-a como um conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas²⁴. Expressa a

transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público: “colocando o governo em ação”²³.

É possível localizar na literatura estudos focados em analisar as políticas públicas em sua individualidade e seu impacto no contexto de formação de médicos pelo Brasil^{11,35}. Mas, há incipiência de estudos que elucidam o impacto de uma política pública ao seu objeto orientado^{22,14}. Nesse sentido, analisar políticas públicas é de fundamental importância; seja por fomentar o debate sobre melhores práticas para a sua implementação, seja por dar subsídios científicos para que os gestores tomem decisões assertivas no futuro, garantindo a reflexão do contrato social perante o curso das reais necessidades da população.

Diante das lacunas levantadas, o objetivo deste estudo é de mapear cronologicamente a expansão do ensino médico à luz das principais políticas públicas de formação em saúde implementadas no Brasil. Assim, o estudo passa por marcos históricos importantes no que tange o reconhecimento das faculdades como mantenedoras do curso. Além disso, o estudo contribui ao elucidar as fragilidades desse contexto, seus impactos na vida da população e seus indivíduos, além de apontar as crescentes necessidades da população por saúde até os dias atuais.

2 | MÉTODO

O estudo trata-se de uma Análise Histórica, com abordagem mista, isto é, qualitativa e quantitativa de dados descritivos e exploratórios. Ao que se refere a parte qualitativa, utilizamos de revisão criteriosa e levantamento documental das políticas públicas vigentes sobre o tema. Os dados quantitativos foram extraídos do sistema e-MEC – Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Ensino Superior - e dos dados disponibilizados pela última publicação da Demografia Médica Brasileira, descritos posteriormente.

O método histórico tem como premissa básica a crença na História como ciência e disciplina capaz de explicar estruturas e acontecimentos, notadamente os de foro político-econômico³³. A análise histórica também se situa dentro da abordagem qualitativa, valoriza os aspectos e percepções descritivas dos fatos, procurando compreender os sujeitos, ações, situações e por seu intermédio, o contexto¹⁶.

Trabalhar com a pesquisa qualitativa numa abordagem sócio-histórica consiste na preocupação de compreender os eventos investigados, descrevendo-os e procurando as suas possíveis relações, integrando o individual com o social¹. A abordagem exploratória remete a ideia do caráter qualitativo com a sumarização dos eventos, considerando que todos eles são importantes e devem ser explorados e descritos¹⁶.

A metodologia por meio de análise histórica, qualitativa e exploratória, tem como objetivo a análise e descrição de fatos do passado com o olhar do presente, considerando a evolução de sua conjuntura social, política e econômica. Por meio dessa metodologia é possível compreender os eventos cronológicos que culminam nos fatos atuais, bem como

solidificar o conhecimento acerca do assunto, uma vez que conhecendo sobre o passado, entende-se o presente para planejar melhor o futuro.

O referencial teórico que embasa a correlação de análise histórica versus políticas públicas aqui abordados descende principalmente da tese de doutorado intitulada “Duzentos Anos de Ensino Médico no Brasil” defendida pelo atual PhD. Jorge Luiz do Amaral, pesquisador em Saúde Coletiva, ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2007³⁶. Utilizou-se os dados correspondentes para elucidação do presente estudo, no que concerne os antecedentes históricos que permeiam o ensino médico no Brasil, sobretudo após a década de 1990.

Além disso, para a construção dessa análise, foram utilizados dados retirados do sistema e-MEC, um sistema eletrônico público de acompanhamento dos processos que regulamentam a educação superior brasileira³⁷. O e-MEC disponibiliza informações sobre todos os cursos, de todas universidades públicas e privadas do país. Dessa forma, para estruturação e formação do presente, utilizou-se os seguintes dados: número de instituições de ensino superior que oferecem o curso de medicina e número de vagas ofertadas nos cursos de medicina. Foram considerados inclusos dados referentes de instituições ativas, sem utilização de filtro para categoria administrativa, organização acadêmica e credenciamento.

Outrossim, o documento “Demografia Médica no Brasil” publicado pela Faculdade de Medicina da USP em conjunto com o Conselho Federal de Medicina, sob organização do Dr. Mario Scheffer, subsidia os dados demográficos utilizados no presente estudo, fornecendo e atualizando informações sobre a evolução numérica populacional e a concentração por região, em cada ano, de profissionais médicos no Brasil⁷.

Os dados demográficos foram levantados e alocados em planilhas feitas no software “Microsoft Excel 2020” para a melhor demonstração dos dados quantitativos. Utilizando-se do cruzamento desses dados com ilustrações gráficas geradas no próprio software, para melhor elucidação e visualização das informações encontradas.

3 | RESULTADOS

Desde a chegada da Família Real Portuguesa ao Brasil, em 1808, e a inauguração da primeira escola médica do país, o ensino médico vem sofrendo influência de fatores políticos, sociais, econômicos, regimes de governos e diferentes propostas de gestão em políticas públicas na saúde e no campo social-humanitário. Esses fatores contribuíram para a evolução, expansão, organização da educação médica e da educação na saúde no Brasil.

Por meio da figura 1 é possível observar o crescimento do curso de medicina no Brasil, desde o Brasil Imperial até os dias de hoje. Chama-se atenção para o crescimento acelerado nos últimos 20 anos. Entre 1990-2020 o crescimento de escolas médicas no Brasil foi de 333,75%. Em comparação, o período anterior (1970-1990) registrou um

crescimento de apenas 65,2%.

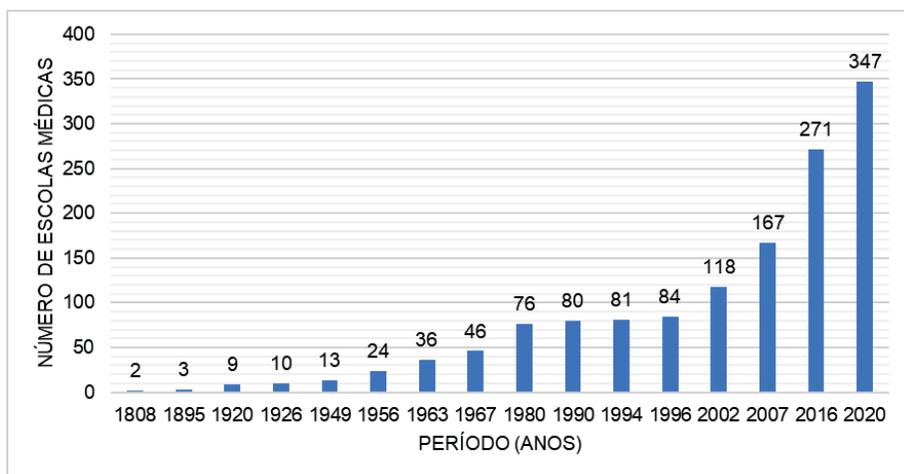


Figura 1. Evolução numérica de escolas médicas no Brasil.

Fonte: Autoria Própria.

Tal fenômeno de expansão pode ser melhor explicado pela análise comparativa de períodos importantes e das políticas públicas instauradas em cada época, principalmente após a segunda metade da década de 90, dado pela iminência do processo de redemocratização política brasileira também no campo social e do ensino superior. A tabela 1 evidencia as principais políticas públicas que impactaram e forneceram subsídios para a ampliação do curso de medicina no Brasil, influenciando, sobretudo, o crescente número de abertura de escolas médicas constatados anteriormente.

Nome da Política	Características/Objetivos
PROMed (2002-2005)	Aproximar o ensino médico à realidade da saúde pública brasileira, voltando as atividades e o ensino médico para as necessidades da população e usuários do SUS. ³⁸
ProUni - Programa Universidade Para Todos (2004-Atual)	Tem como finalidade a concessão de bolsas de estudos integrais e parciais a estudantes de cursos de graduação e de cursos sequenciais de formação específica, em instituições privadas de educação superior. ⁴³
PROSaúde (2005-Atual)	Fortalecer o ensino voltado para as necessidades dos usuários do SUS. Incluiu os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Implementou incentivos financeiros aos municípios e escolas médicas que aderiram à política. ⁴²
REUNI (2007-2013)	Criar condições para a ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais. Tinha como objetivo dobrar a oferta de vagas de ensino superior no Brasil. ⁴¹
SiSU (Sistema de Seleção Unificada) (2010-Atual)	Tem como objetivo democratizar o acesso às universidades públicas, em todo o Brasil, para toda a população que realiza anualmente a prova do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). Sendo que a oferta de vagas pelo sistema aumentou em mais de 410% entre 2010-2020. ⁴⁰

<p>Programa Mais Médicos (2013-atual)</p>	<p>Medida para combater as desigualdades de distribuição regional de profissionais da saúde. Eixos: Melhora na infraestrutura das redes de saúde; Ampliação e reforma dos cursos de graduação e residências, principalmente em regiões com déficit profissional; Provisão emergencial de médicos para áreas remotas do país. É considerado o maior programa de expansão do ensino em saúde do Brasil.³⁹</p>
---	--

Tabela 1. Principais Políticas Públicas de Impacto no Ensino Médico no Brasil.

Ao levantar as políticas públicas, conforme visto na tabela 1, é possível perceber que a principal intersecção entre cada uma delas é, sobretudo, a abordagem na democratização do acesso ao curso superior em medicina e a formação de recursos humanos na área da saúde voltados para mão de obra no Sistema Único de Saúde (SUS) – o sistema de saúde público brasileiro.

Vale ressaltar que, atualmente, o cidadão que almeja uma vaga em uma instituição de curso superior tem à sua disposição o Sistema de Seleção Unificada (SiSu), que através da nota do ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio), aloca a vaga almejada no curso de preferência para qualquer universidade brasileira, mudando a lógica populacional de continuar a jornada de estudos do estudante na cidade/estado de origem, fortalecendo a lógica de democratização do acesso⁸.

Além de visualizar esse processo de expansão do ensino médico brasileiro, como posto, é necessário prosseguir à análise regional desta ampliação, conforme disposto nos gráficos a seguir, considerando que as mesmas políticas que ampliaram o número de vagas/cursos de medicina também objetivaram diminuir a desigualdade de acesso aos serviços de saúde nas diferentes regiões brasileiras.

Assim, examinamos a expansão do curso de medicina subdividindo a análise entre as regiões mais pobres e as mais desenvolvidas no território nacional.

3.1 Região Norte e Nordeste

Na região norte, o crescimento do número de vagas gerais autorizadas para o curso de Medicina, entre 2004-2021, foi de 143,85%, conforme visualizado na figura 2. Em relação às vagas privadas o crescimento foi de 300,4% no período, enquanto que as vagas públicas cresceram 54,18% entre 2004 e 2021. A maior porcentagem de crescimento geral e a maior diferença de vagas autorizadas - privadas versus públicas - foi em meados do ano de 2013, no início do Programa Mais Médicos.

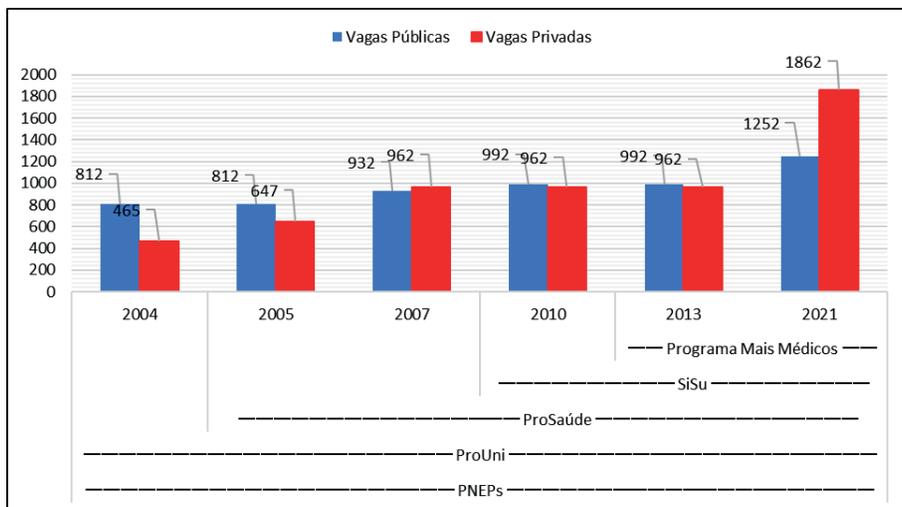


Figura 2. Número de vagas autorizadas para o curso de medicina, em cada ano de política pública – Região Norte.

Fonte: Autoria própria

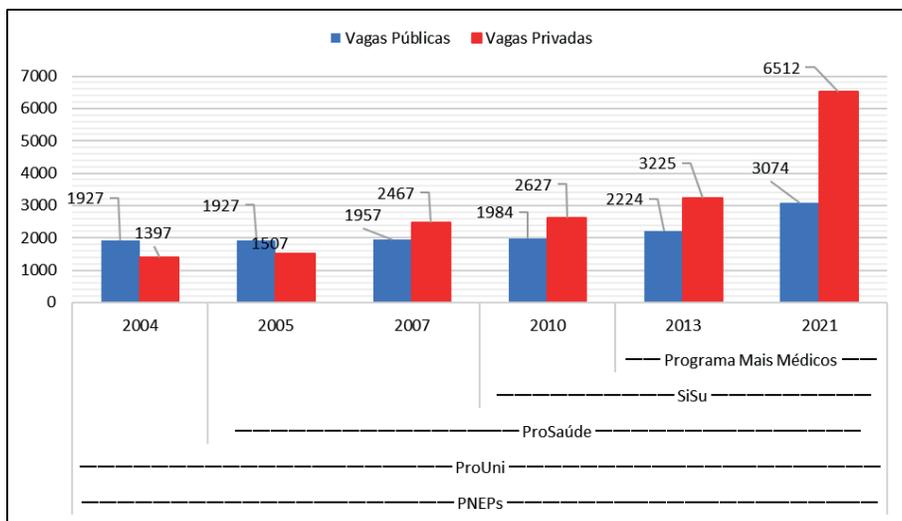


Figura 3. Número de vagas autorizadas para o curso de Medicina em cada ano de política pública - Região Nordeste

Fonte: Autoria própria

Por sua vez, a região Nordeste do Brasil apresentou um crescimento no número de vagas autorizadas para o curso de medicina de 188,4% entre os anos de 2004 e 2021. As vagas privadas, isoladamente, cresceram 366,14% no período estudado, ao passo que as vagas públicas tiveram um crescimento de 120,04%. Observa-se que, em meados do ano de 2005, sob a criação da política pública ProSaúde, o número de vagas autorizadas em faculdade privadas ultrapassou as públicas, crescimento acelerado que foi reforçado em

2013, com a criação do Programa Mais Médicos.

3.2 Região Sul e Sudeste

No mesmo período de análise, entre 2004 e 2021, a região Sul do Brasil registrou um crescimento de 105,18% no número de vagas autorizadas para o curso de medicina. Nesta região, as vagas privadas tiveram um acréscimo de 151,62%, enquanto as públicas cresceram 38,1% no mesmo período. O maior pico de crescimento de vagas da região se deu em 2013, na vigência das políticas “Mais Médicos” iniciada em 2013, SiSu, com início em 2010, ProSaúde (2005) e ProUni (2004). No final de 2021, as vagas autorizadas em faculdades públicas foram de 1.528 *versus* 4.016 de faculdade privadas (figura 4).

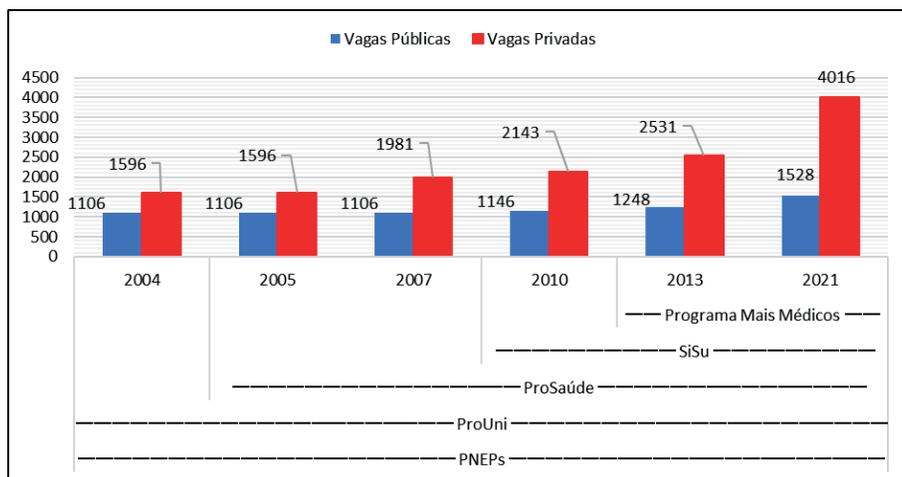


Figura 4. Número de vagas autorizadas para o curso de Medicina em cada ano de política pública - Região Sul

Fonte: Autoria própria

Na região Sudeste, por sua vez, evidencia-se uma prevalência de vagas privadas sobre as vagas públicas, sem inversão deste cenário em nenhum período de tempo. De forma geral, o número de vagas privadas cresceu 122,6% entre 2004 e 2021, sendo que o maior percentual de expansão se deu entre os anos 2013-2021. Por outro lado, o número de vagas públicas nos últimos 8 anos cresceu 19,5%, conforme ilustrado na figura 5.

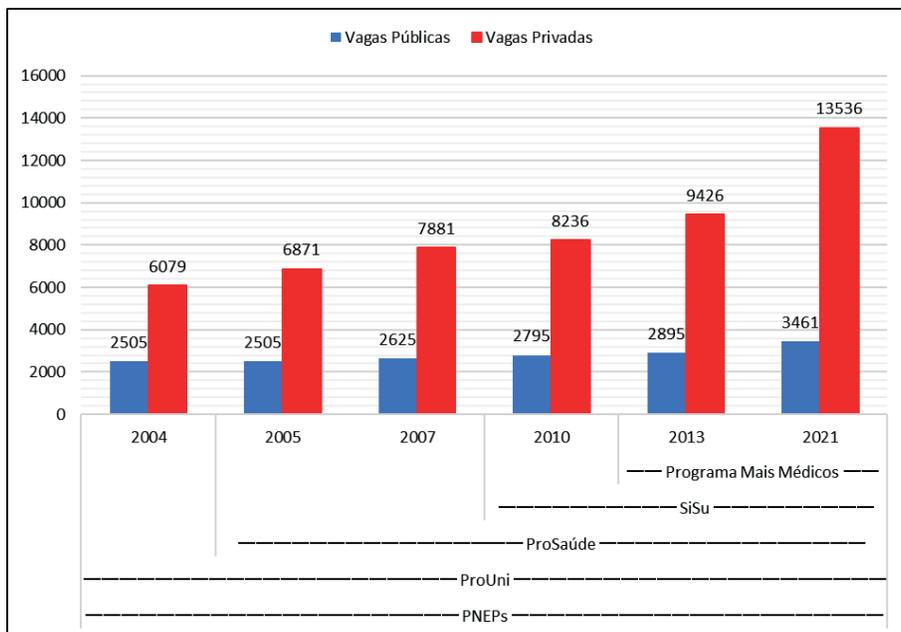


Figura 5. Número de vagas autorizadas para o curso de Medicina em cada ano de política pública - Região Sudeste.

Fonte: Autoria própria

3.3 Região Centro-Oeste

Até meados dos anos 2009, o número de vagas públicas e privadas apresentavam equivalência numérica no Centro Oeste. Após implantação do SiSu e do Programa Mais Médicos, em 2009 e 2013 respectivamente, as vagas privadas superaram as públicas, ocorrendo inversão deste panorama em 2020. Nos últimos dez anos, o número de vagas públicas autorizadas cresceu 236% e o número de vagas privadas autorizadas 216% (figura 6).

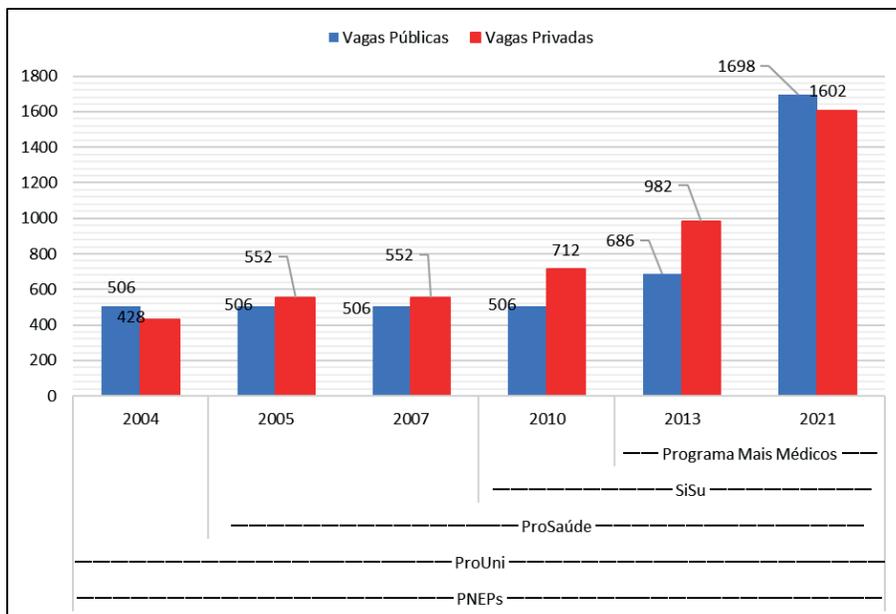


Figura 6. Número de vagas autorizadas para o curso de Medicina em cada ano de política pública - Região Centro Oeste.

Fonte: Autoria própria.

3.4 Brasil

Objetivando compreender o impacto das diferentes políticas sobre a distribuição regional brasileira, há uma maior área de cobertura profissional nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, enquanto permanece exígua a concentração de médicos em grande parte da região Norte do país.

A figura 7 ilustra a concentração de profissionais nas grandes regiões do Brasil, no ano de 2020, através do cruzamento entre os dados da razão de distribuição de médicos nas grandes regiões a cada mil habitantes com a porcentagem da população da região em relação à população brasileira total.

A região Norte, por exemplo, concentra 4,6% da mão de obra médica do país, ao passo que a sua população corresponde a 8,8% da população total do Brasil, com 1,3 médicos para atender mil habitantes. A região Nordeste apresenta 18,4% dos médicos do Brasil, enquanto que a sua população total representa 27,2% da população total da nação, com uma taxa de 1,69 médicos para cada mil habitantes.

A região Sudeste concentra 53,2% dos médicos do Brasil e a sua população corresponde a 42,1% de todo o país, com uma taxa de 3,15 médicos para cada mil habitantes. Já na região Centro-Oeste o cenário é de 2,74 médicos para cada mil habitantes, concentrando 8,5% dos profissionais do país e com uma população que corresponde a

7,8% de toda a população brasileira. Cerca de 15,3% dos médicos do Brasil estão na região Sul, ao passo que a região concentra 14,3% de toda a população do país, oferecendo 2,68 médicos a cada mil habitantes.

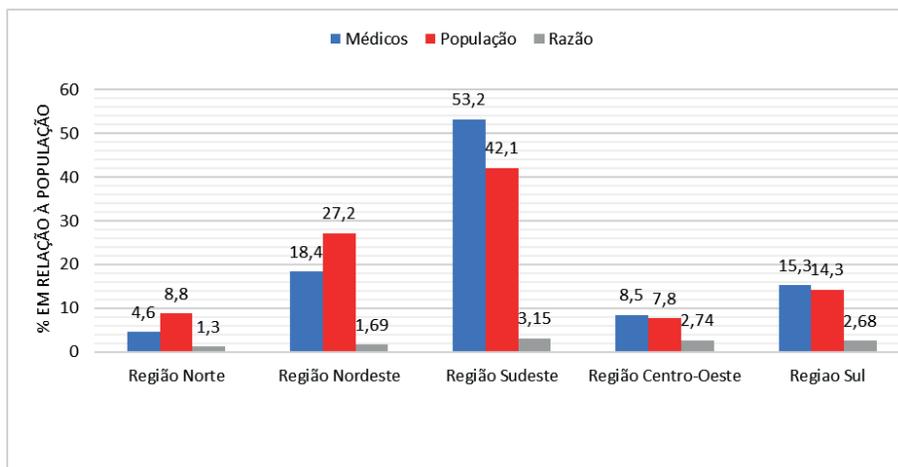


Figura 7. Distribuição de profissionais médicos e razão (%) por mil habitantes na população brasileira em 2020

Fonte: Autoria própria, com dados de Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 20207.

Ao levantar a distribuição de médicos no território brasileiro também é possível vislumbrar a disposição desses profissionais entre capitais e municípios do interior do Brasil. Para isso, a razão entre número de médicos das capitais pelo número desses profissionais no interior fornece um indicador de desigualdade importante para fins de comparação numérica; ou seja, o questionamento de “quantas vezes um espaço geográfico – capital ou interior – concentra mais profissionais médicos em relação ao outro” é um dado pertinente de análise. Também é possível mensurar essa estimativa em todo o território nacional, levando a dados de comparação entre territórios geográficos das grandes regiões e entre regiões versus Brasil, conforme ilustrado na tabela 2.

Ao examinar os dados da tabela 2, entende-se que quanto mais próximo de 1 menor o índice de desigualdade. Assim posto, o Brasil possui 3,8 vezes mais médicos nas grandes capitais do que em cidades do interior. A região Sudeste, por exemplo, apresenta o menor índice de desigualdade, com 2,87 vezes mais profissionais nas capitais do que nos interiores. Enquanto que a região Nordeste apresenta a maior discrepância numérica relativa com 7,95 vezes mais médicos nas capitais do que no interior nordestino.

Região	Indicador de desigualdade
Brasil	3,80
Região Norte	5,49
Região Nordeste	7,95
Região Centro Oeste	4,75
Região Sudeste	2,87
Região Sul	4,61

Tabela 2. Indicador de Desigualdade – Razão entre a distribuição de médicos nas capitais e interiores do Brasil, segundo cada grande região brasileira, 2020.

Fonte: Autoria própria com dados de Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2020⁷.

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta um mapeamento da expansão da Medicina no Brasil ao longo de seu processo político, concentrando a atenção nos últimos 10 anos, sobretudo pela influência das políticas públicas implementadas nesse período no território.

O acesso à universidade e a cursos superiores no Brasil tem um histórico classista e limitado, seja pela elitização do ensino, seja pela predominância do setor privado ao longo da educação nacional contemporânea⁹. Diante dessa perspectiva, a mercantilização do curso de medicina no Brasil vem se tornando uma realidade: os expressivos aumentos do número de vagas nesse curso no Brasil, sobretudo no âmbito privado, podem não refletir as reais necessidades da população no país.

Essa disparidade que reflete, principalmente, na assistência à saúde, ao longo da evolução de políticas públicas para o setor da saúde nos últimos dez anos evidencia o antagonismo de políticas públicas que beneficiam o setor privado e ferem princípios fundamentais da doutrina no SUS como a equidade³⁰. Uma vez que a oferta de ensino e a assistência estão sendo realçadas em áreas geográficas com menores necessidades de acesso²⁷.

É possível constatar o processo de evolução crescente do número de vagas autorizadas e a criação de novos cursos de medicina em todo o país, o que contrapõe a ideia perpetuada de que a carência assistencial na saúde brasileira é consequência exclusiva da falta de profissionais. Neste sentido, os achados aqui apresentados corroboram com a discussão de que a maior dificuldade no Brasil é, sobretudo, a má distribuição dos médicos pelo território²⁷. De um lado, o aumento de vagas em medicina, e do outro, a falta de médicos em posições estratégicas pelo território nacional.

Nosso estudo evidencia que, apesar do aumento de números absolutos de vagas e maior fomento de políticas públicas para a inclusão do indivíduo no ensino superior em medicina, áreas com grande densidade populacional como as regiões Nordeste e Norte continuam sofrendo com a escassez de médicos. Principalmente nas regiões mais interioranas, com apenas 1,69 e 1,3 médicos para 1000 habitantes, respectivamente, ao

passo que a região Sudeste possui quase 3 vezes mais médicos nas mesmas localidades.

Observando os gráficos com a mudança na distribuição/concentração de profissionais ao longo do período prescrito, podemos identificar que as políticas públicas não foram capazes de ampliar adequadamente o número de vagas de medicina na região Norte - em comparação com as demais regiões do país. Pois, parece que a oferta de vagas nesta região, proporcionalmente, tornou-se ainda menor. Em contrapartida, as regiões Sul e Sudeste (principalmente), passaram a concentrar bem mais os cursos de graduação em medicina, seja na esfera pública ou privada¹².

Em relação às políticas públicas do período pesquisado, destaca-se pouco a ascendência e impacto de políticas anteriores ao ano de 2010. Mesmo aquelas que deram origem aos programas atualmente bem estabelecidos como SiSu e ProUni, que só ganharam força e visibilidade nos últimos 10 anos após mudanças no texto legal. Nosso estudo ratifica a ideia que a expansão do ingresso por si só não caracteriza o sucesso da política pública no ensino, bem como não promove a universalidade ao ensino superior⁴. São necessárias, portanto, políticas que pensam além do ingresso e além da inclusão do profissional no mercado, se não, políticas de permanência e vínculo.

Destaca-se a influência do Programa Mais Médicos - cujo eixo de criação é a política de formação médica através do estabelecimento de novas universidades e do aumento do número de vagas em medicina, principalmente nas regiões mais vulneráveis e carentes do território brasileiro. Uma vez que esse programa aborda a tentativa de diminuir as iniquidades de oferta de mão de obra, como apontado acima. Esse achado corrobora com o que mostra o impacto dessa política pública na expansão do ensino médico no Brasil, como aumento significativo do número de vagas autorizadas em medicina²⁵.

Todavia, apesar do incentivo do Programa Mais Médicos, é premente salientar que problemas estruturais como a falta de incentivo, inexistência de plano de carreiras, condições precárias de trabalho, sobrecarga trabalhista e excessiva interferência da política local levam a uma alta rotatividade do médico principalmente nas regiões mais afastadas e mais vulneráveis, acarretando a migração do profissional recém formado para os grandes centros^{12,4}. Nessa perspectiva, na tentativa de sanar esse impasse o Programa Mais Médicos, limitadamente, contrata profissionais do exterior, sob negociações trabalhistas exclusivas, na tentativa de levar mão de obra para as áreas com déficit profissional.

Neste íterim, analisando as diferentes disputas na organização da assistência à saúde em todo o território nacional e perpassando o ideal de avaliação que envolve a estrutura, o processo e os resultados da assistência, é clara a necessidade de investigação na estrutura dos serviços e os processos inerentes ao atendimento na saúde envolvendo encontros/diálogos entre diferentes atores e o resultado dessas interações¹⁷. Além disso, aponta a necessidade de um diálogo sobre um plano de cargos e salários, semelhante ao adotado no judiciário e nas forças armadas, que poderia suprir alguns dos óbices à permanência de profissionais médicos nos interiores do país.

Os achados aqui presentes tornam possível visualizar um cenário antagônico: políticas públicas subsidiando o aumento do número de escolas médicas privadas e vagas autorizadas no setor privado, com manutenção da concentração de profissionais nos grandes centros urbanos²⁴. Nesse sentido, ainda que a região Nordeste tenha apresentado a maior proporção de vagas abertas no período, elas estão maciçamente concentradas na iniciativa privada, como acontece nas demais regiões, à exceção do Centro-Oeste – onde há relativo equilíbrio entre o total de vagas públicas e privadas. Vale refletir, também, que a menor proporção de novas vagas nas regiões Sudeste e Sul deve-se, principalmente, à ínfima expansão do setor público, o que nos condiciona a pensar que a concorrência pelas vagas de residência (ofertadas, geralmente, por instituições públicas), nestas mesmas regiões, só aumentará.

Isto posto, ressalte-se que os resultados aqui discutidos se referem apenas à autorização para a oferta de vagas no setor público e privado de cada região - sob influência das diferentes políticas vigentes -, sem distinguir quais delas foram efetivamente preenchidas, o que nos remete a sugestões de novos questionamentos: 1) As vagas ofertadas nas regiões mais carentes estão sendo realmente ocupadas? 2) Os profissionais formados nas regiões com maior escassez de médicos (em decorrência do SiSU) permanecem nestes locais após a conclusão da graduação, voltam para sua terra natal ou migram para os grandes centros em busca de especialização? 3) A abertura/oferta de vagas de graduação - maior bandeira das políticas vigentes-, conseguirá suprir as fragilidades da assistência (como o tecnicismo, os desafios no diálogo médico-paciente, a ineficácia do atendimento, etc)?

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresenta reflexões e propõe debates acerca da perspectiva da política geral e das políticas públicas que dão base e anuência para a expansão do ensino médico no Brasil, permitindo identificar as fragilidades do sistema de políticas e os impactos reais na vida e no cotidiano da população.

Cabe salientar que esse artigo aponta como limitação o acesso às informações sobre o número de vagas efetivamente preenchidas nas diferentes instituições de formação médica, bem como de referências acerca de vagas de residência e sua distribuição regional. Mas, apesar disso, abre caminhos para novas discussões sobre a formação de profissionais médicos e de saúde em geral e não encerra o debate relativo às diferentes nuances da assistência à saúde de qualidade.

Foi evidenciado que a problemática da carência profissional médica, mesmo com a instauração e implementação de políticas públicas visando sanar esse problema perpetua-se em áreas historicamente e geograficamente menos abastecidas. Nesse contexto, as políticas públicas de formação na saúde que deveriam servir para resolutividade de

problemáticas sociais, ainda não conseguiram consolidar o enfrentamento das disparidades sociais relativas a cada território e no Brasil.

A grande contribuição desse estudo é evidenciar a discussão - ou a falta dela - entre os números absolutos de profissionais médicos generalistas formados e as reais necessidades de assistência da população, bem como das áreas de maior carência. O estudo mostra que há o aumento de profissionais no mercado, a apresentação gráfica de *maior concentração* de médicos em grandes centros urbanos e a carência em regiões menos abastecidas socioeconomicamente.

Dentre as sugestões apresentadas para estudos futuros, destaca-se a necessidade de trazer à luz do ensino médico e da expansão do curso de medicina no Brasil os impactos da transformação do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) como ferramenta de seleção de estudantes para a entrada em Universidades Federais pelo país, um assunto ainda pouco abordado pela dificuldade de captação de dados e a captação irregular dentro do próprio território brasileiro.

Conclui-se que o curso de medicina, ainda que não seja o único responsável pela qualidade da assistência à saúde prestada à população brasileira, é influenciado pelas políticas públicas vigentes, parecendo ter avançado na possibilidade de acesso dos candidatos à formação acadêmica (por meio do aumento de vagas ofertadas), mas continua perpetuando as desigualdades sociais, dependendo de novos arranjos políticos para sobrepor os incontáveis desafios à permanência de profissionais nas áreas mais carentes do país e à qualificação da assistência prestada.

FINANCIAMENTO

Este artigo faz parte do projeto SIMAPES (Sistema de Mapeamento, Monitoramento e Avaliação da Educação na Saúde), desenvolvido pela Universidade Federal de Goiás (UFG), através da FUNAPE, e com financiamento do Ministério da Saúde do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Freitas MT de A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. Cadernos de pesquisa. 2002;21-39.
2. Ceccim RB, Pinto LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. Revista brasileira de educação médica. 2007;31:266-77.
3. Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim M de C, Faria ET de, Mialhe FL, et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. Ciência & Saúde Coletiva. 2014;19:383-91.
4. Silva R de LM. A universalidade do acesso e permanência no ensino superior. Concilium. 2022;22(5):441-51.

5. Nava P. Capítulos da história da medicina no Brasil. Ateliê Editorial; 2004.
6. Dias HS, Lima LD de, Teixeira M. De ações pontuais a marco de governo: a medicina na trajetória da política nacional de educação e regulação do trabalho na saúde. Trabalho, Educação e Saúde. 2020;18.
7. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA, et al. Demografia médica no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP, CFM. 2020;125.
8. Teramatsu G, Straforini R. Do Enem ao SISU: cartografia da interiorização do acesso à educação superior no Brasil. 2022;
9. Minto LW. Educação superior no PNE (2014-2024): apontamentos sobre as relações público-privadas. Revista Brasileira de Educação. 2018;23.
10. André M. Etnografia da prática escolar. Papyrus editora; 2013.
11. Santos Júnior CJ dos, Misael JR, Trindade Filho EM, Wyszomirska RM de AF, Santos AA dos, Costa PJM de S. Expansão de vagas e qualidade dos cursos de Medicina no Brasil: “Em que pé estamos?” Revista Brasileira de Educação Médica. 2021;45.
12. Ney MS, Rodrigues PH de A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2012;22:1293–311.
13. Machado MH, Ximenes Neto FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23:1971–9.
14. Ollaik LG, Medeiros JJ. Governmental instruments: reflections for a research agenda on implementation of public policies in Brazil. Revista de Administração Pública. 2011;45(6):1943.
15. Girardi SN, Stralen AC de S van, Cella JN, Wan Der Maas L, Carvalho CL, Faria E de O. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. Ciência & saúde coletiva. 2016;21:2675–84.
16. Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Revista de administração de empresas. 1995;35:57–63.
17. Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana. 1984;3:95.
18. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2013;(1).
19. SAÚDE BMD. Mais Médicos: conheça o programa. 2015;
20. Santos Filho L. Pequena história da medicina brasileira. Em: Pequena História da Medicina Brasileira. 1980. p. 150–150.
21. Rezende VL, Rocha BS, Naghettini A, Fernandes MR, Pereira ERS. Percepção discente e docente sobre o desenvolvimento curricular na atenção primária após Diretrizes Curriculares de 2014. Revista Brasileira de Educação Médica. 2019;43:91–9.

22. Garcia RMC, others. Políticas públicas de inclusão: uma análise no campo da educação especial brasileira. 2004;
23. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. 2006;20–45.
24. Guareschi N, Comunello LN, Nardini M, Hoenisch JC, others. Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência. Violência, gênero e políticas públicas Porto Alegre: EDIPUCRS. 2004;177–93.
25. Mourão Netto JJ, Rodrigues ARM, Aragão OC, Goyanna NF, Cavalcante AES, Vasconcelos MAS, et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;42:2.
26. Brasil. Programa Mais Médicos-dois anos: mais saúde para os brasileiros. Ministério da Saúde Brasília; 2015.
27. Nassar LM, Passador JL, Pereira Júnior GA. Programa Mais Médicos, uma tentativa de solucionar o problema da distribuição médica no território brasileiro. *Saúde em Debate*. 2021;45:1165–82.
28. Scheffer M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2015;19:637–70.
29. Medina MG, Almeida PF de, Lima JG, Moura D, Giovanella L. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. *Saúde em Debate*. 2018;42:346–60.
30. Separavich MA, Couto MT. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. *Ciencia & saude coletiva*. 2021;26:3435–46.
31. de Melo Neto AJ, da Silva Barreto D. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2019;14(41):2162–2162.
32. Caetano LD, Lima R de CGS. Revista Caros Amigos e manifestações de junho 2013: uma análise ético-política. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*. 2018;5(1):86–97.
33. Goldman P. Searching for history in organizational theory: Comment on Kieser. *Organization Science*. 1994;5(4):621–3.
34. Machado CR, Poz MRD. Systematization of the knowledge on methodologies for health workforce staffing. *Saúde em Debate*. 2015;39:239–54.
35. Silva MP, Paraíso MA. Um currículo na integração ensino-serviço do Programa Mais Médicos e possíveis efeitos culturais. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2019;17.
36. Amaral JL. Duzentos anos de ensino médico no Brasil. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
37. Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior Cadastro e-MEC. [homepage na internet]. Instituições de Ensino [acesso em 25 ago 2022]. Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/>

38. Oliveira NA de, Meirelles RMS de, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008;32:333–46.
39. Almeida Araújo IL, da Conceição Cerqueira G, Sales MJT, Vidal SA. Avaliação da efetividade do Programa Mais Médicos por meio de condições traçadoras em Pernambuco, 2011 a 2016. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2022;17(44):2787–2787.
40. Campos IA. Avaliação do efeito do Sistema de Seleção Unificada (SiSU): uma análise em instituições federais de ensino superior mineiras. 2019;
41. de Melo Costa D, Costa AM, Barbosa FV. Financiamento público e expansão da educação superior federal no Brasil: o REUNI e as perspectivas para o REUNI 2. *Revista Gestão Universitária na América Latina-GUAL*. 2013;6(1):106–27.
42. Haddad AE, Brenelli SL, Cury GC, Puccini RF, Martins M de A, Ferreira JR, et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. Vol. 36, *Revista Brasileira de Educação Médica*. SciELO Brasil; 2012. p. 03–4.
43. Catani AM, Hey AP, Gilioli R de SP. Prouni: democratização do acesso às Instituições de Ensino Superior? *Educar em revista*. 2006;125–40.
44. Akerman M, Fischer A. Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil (ANPPS): foco na subagenda 18–Promoção da Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2014;23:180–90.