

# Programa Mais Médicos: reflexões sobre a seleção de municípios para novas escolas privadas

*More Doctors Program: reflections on the selection of municipalities for new private schools*

Anna Tereza Miranda Soares de Moura<sup>1</sup>  [annaterizam.smoura@gmail.com](mailto:annaterizam.smoura@gmail.com)  
Maria Tereza Fonseca da Costa<sup>1</sup>  [mtfdacosta@gmail.com](mailto:mtfdacosta@gmail.com)  
Neila Cabral de Souza Cavalcante<sup>1</sup>  [ncabraldesouzacavalcante@gmail.com](mailto:ncabraldesouzacavalcante@gmail.com)

## RESUMO

**Introdução:** As tentativas de organização do provisionamento profissional para saúde antecedem a criação do SUS, e os desafios são ainda maiores quanto à distribuição desigual de médicos nas diferentes regiões brasileiras, com especial dificuldade para sua adequação à atenção primária à saúde (APS). O Programa Mais Médicos (PMM) fortaleceu, a partir de 2013, a discussão sobre a formação de egressos com perfil generalista, com forte inserção nesse nível de atenção. Foi orientada a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos de Medicina, de modo a reforçar a atuação no contexto local, fortalecer o ensino nas unidades básicas de saúde (UBS) e estabelecer a formalização de convênios com a gestão dos municípios selecionados, com vistas ao alcance de melhores resultados.

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar o processo de seleção de municípios para a implantação de novos cursos privados de Medicina do Brasil a partir do primeiro edital do PMM.

**Método:** Realizou-se um estudo qualitativo com análise documental de informações das diferentes etapas do PMM, disponíveis em registros e sites oficiais relacionados à seleção de municípios no período de 2013 a 2014.

**Resultado:** O período estudado envolveu a publicação da primeira portaria normativa até o resultado final dos recursos, após 15 meses do início do certame. Foram selecionados 21 municípios com características diversas dos indicadores dispostos, a maioria localizada no estado de São Paulo.

**Conclusão:** A proposta do PMM se alicerça na fixação do médico no interior e na potência da integração entre os sistemas de ensino e saúde locais. Ao contemplar especialmente municípios da Região Sudeste, que já possuía número expressivo de cursos, fica o questionamento quanto à oportunidade de real modificação no cenário de provisionamento de médicos no interior, em especial aqueles lotados na APS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde; Educação Médica.

## ABSTRACT

**Introduction:** Attempts to organize professional provision for health precede the creation of the SUS and the challenges are even greater regarding the unequal distribution of doctors in the different Brazilian regions, with particular difficulty in adapting them to Primary Health Care (PHC). Since 2013, the 'More Doctors Program' (PMM, *Programa Mais Médicos*) has strengthened the discussion about training graduates with a generalist profile, with a strong presence in this level of care. The revision of the National Curriculum Guidelines (DCNs) for medical courses was oriented towards reinforcing action in the local context, strengthening the teaching in Basic Health Units (UBS) and establishing the formalization of agreements with the management of the selected municipalities, aiming to achieve better results.

**Objective:** To analyze the process of selecting municipalities to implement new private medical courses of Brazil, based on the first PMM public notice.

**Method:** A qualitative study was carried out with documentary analysis of information from the different stages of the PMM, available in official records and websites, related to the selection of municipalities from 2013 to 2014.

**Result:** The assessed period involved the publication of the first Normative Ordinance until the final result of the appeals, fifteen months after the start of the contest. Twenty-one municipalities were selected, most of which located in the state of São Paulo.

**Conclusion:** The PMM proposal is based on the retention of doctors in the countryside and on the power of integration between the local education and health systems. By targeting municipalities in the southeast region, which already had a significant number of courses, the question remains as to whether there will be a real change in the scenario for the provision of doctors in the countryside, especially those assigned to PHC.

**Keywords:** Primary Health Care; Health Policy; Medical Education.

<sup>1</sup> Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editor associado: Gustavo Antonio Raimondi.

Recebido em 27/09/23; Aceito em 30/09/24.

Avaliado pelo processo de double blind review.

## INTRODUÇÃO

Existe forte descompasso entre as taxas de crescimento de médicos no país e da população brasileira, e, nos últimos 20 anos, o aumento do número de médicos foi cinco vezes superior. Mesmo diante dessa expressiva ampliação numérica em diversas regiões, inclusive em áreas distantes dos grandes centros urbanos, ainda persiste uma tendência de concentração em locais centrais e mais desenvolvidos. A desproporção no crescimento acompanha a distribuição desigual, e estudos apontam que, nos 4.980 municípios brasileiros com menos de 50 mil habitantes, residem 30% da população, e apenas 8% dos médicos desenvolvem suas atividades nessas localidades. Em contrapartida, em apenas 49 municípios com mais de 500 mil habitantes, atuam 62% dos médicos do país. A concentração de profissionais em determinadas áreas parece ser influenciada pela alta concentração populacional, pela maior renda *per capita* e pelas oportunidades de especialização, entre outras características que conferem maior rentabilidade ao mercado<sup>1-3</sup>.

O Sudeste conta com uma relação de 3,39 médicos por mil habitantes, acima da média nacional de 2,41, sendo considerada a maior do país. Regiões como o Norte e o Nordeste possuem situação bem distinta, com relação de 1,45 e 1,93 médico, respectivamente. Também é importante observar a distribuição entre a capital e o interior dos estados, com uma organização mais uniforme em São Paulo e no Rio de Janeiro. Parece que a oferta de médicos poderia ser utilizada como um indicador para a análise de oportunidades de acesso dos usuários aos serviços, e aqueles que residem nas Regiões Sul e Sudeste estariam em vantagem, o que reforça a importância de monitorar esse mapeamento<sup>1,4</sup>.

No Brasil, existem atualmente 390 instituições de ensino superior (IES) com cursos de Medicina, e apenas 35% são públicas, com maior concentração em cinco estados, respectivamente São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Paraná. Foi possível observar nas últimas décadas uma significativa expansão do setor privado no ensino superior que envolveu toda a área da saúde, não sendo exclusiva da medicina. Como consequência, observaram-se mudanças expressivas no formato, tamanho e funcionamento das IES, como os diferentes mecanismos de ingresso e a transferência do financiamento do Estado para os alunos e suas famílias<sup>1,5-7</sup>.

Embora a expansão do número de vagas e matrículas possa reconfigurar o mercado de trabalho, ela não necessariamente soluciona problemas como a desigualdade na distribuição de profissionais entre as regiões e a dificuldade de fixação em determinados espaços. O crescente número de egressos de Medicina parece não ter modificado o expressivo contraste regional, com migração continuada para a proximidade dos grandes centros, situação que as

diversas políticas de provimento, de fixação e de incremento quantitativo de IES ainda não corrigiram<sup>1,3,8</sup>.

Ainda se faz necessário avaliar longitudinalmente se a formação em escolas privadas pode favorecer a atuação de seus egressos em equipamentos relacionados à saúde suplementar, dificultando o alinhamento com os objetivos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Claro está que existe um enorme esforço para o fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) na maioria das escolas brasileiras, independentemente de sua estrutura e organização. O desafio de provisionamento de recursos humanos na APS é histórico e conta com diversos movimentos e normativas para impulsionar a cobertura nesse nível de atenção. Mesmo em regiões com maior número de IES que possuem cursos na área de saúde e oferta de especialização com residência em medicina de família e comunidade, ainda prevaleciam baixas coberturas populacionais na primeira década dos anos 2000<sup>5,9,10</sup>.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi lançado em 2013 como uma iniciativa que pretendia responder às demandas e aos desafios relatados anteriormente. Os eixos estruturantes do programa traziam diferentes perspectivas relacionadas à formação médica crítico-reflexiva apresentadas nas novas DCN, além de ações objetivas que visavam à expansão do número de escolas, incluindo a oferta de programas de residência médica, considerando também incrementos potenciais à infraestrutura de unidades de saúde<sup>11</sup>. A divulgação ocorreu em momento de fortes manifestações populares e causou profundo debate entre instâncias relacionadas à formação, regulação e prática médicas, em especial por conta da proposta da participação de médicos estrangeiros no processo. Ainda assim, os editais traziam a previsão de criação de 11,5 mil novas vagas em cursos de graduação em municípios do interior do Brasil, além de 12,4 mil vagas de residência que seriam abertas até 2017. A ideia central do programa era buscar a fixação de profissionais médicos em áreas de difícil acesso a partir não apenas de melhorias estruturais, mas também com reforço na formação para a APS no Sistema Único de Saúde (SUS) e principalmente com regulação da expansão pelo Estado<sup>2,12,13</sup>.

Essa proposta de paridade entre vagas em diferentes momentos da formação se baseia na expectativa de que o município onde o médico residente concluiu suas atividades possa ser o local em que permanecerá exercendo sua vida profissional. Claro está que a fixação depende de outras iniciativas, como a existência de plano de cargos e salários, a disponibilidade de ferramentas de trabalho e atualização, a especialidade desejada, a presença de plano de carreira e o incentivo à atualização, de modo a promover maior atratividade para permanência do recém-formado em regiões de difícil acesso e/ou maior vulnerabilidade<sup>14-16</sup>.

Os critérios estabelecidos para a escolha dos municípios com novas escolas eram fundamentais para o alcance dos objetivos relacionados ao provisionamento mais equânime de médicos no país. Assim, parece oportuna a análise das publicações referentes ao chamamento ocorrido entre os anos de 2013 e 2014. Compreendendo a complexidade e a relevância do eixo formação, o pilar escolhido como de interesse para este artigo é o da expansão de escolas, com foco no perfil de municípios da Região Sudeste. O presente estudo se propõe a analisar o processo de seleção para implantação de novos cursos privados a partir do primeiro edital do PMM e sua contribuição para o fortalecimento da APS. A ideia é refletir sobre os resultados das etapas de seleção, os indicadores utilizados e a possibilidade de o programa atender às demandas dos locais escolhidos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com análise documental dos editais de seleção e análise espacial da distribuição dos municípios do Sudeste que participaram dos processos para abertura de novos cursos, implantados por meio do PMM, no período de 2013 a 2014. O método adotado consistiu em utilizar documentos como fonte primária de informação para a pesquisa, tais como textos escritos e imagens. Para isso, foram realizadas etapas de coleta, organização, classificação e interpretação desses documentos, com o objetivo de responder às questões propostas.

Como fontes para a análise dos documentos e a confecção dos mapas e da linha cronológica, utilizam-se os dados oficiais disponíveis nos portais da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS), do Sistema Eletrônico do Ministério da Educação do Brasil (Cadastro e-MEC de Instituições), da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (Seres) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-Datasus)<sup>6,17-19</sup>.

Foram considerados para a leitura completa os documentos oficiais de maior relevância sobre o programa, como a Lei nº 12.871/2013, os editais de chamamento dos municípios para implementação dos cursos de Medicina e as DCN. Após a leitura, realizou-se um maior aprofundamento sobre as informações relacionadas às mudanças propostas e aos seus principais objetivos<sup>20-22</sup>.

Na sistematização dos dados, identificaram-se os municípios envolvidos e descreveram-se as inscrições aprovadas e canceladas, as pendências e a estrutura dos equipamentos públicos. Conforme indicado nos editais, o cancelamento foi considerado como não cumprimento das exigências do certame. A análise verificou ainda a distribuição,

a localização e os critérios de participação estabelecidos para os municípios, o que foi realizado com base na proposta e na publicação dos resultados definidos nos atos normativos que regulamentavam a seleção<sup>20,23</sup>.

Os resultados aqui apresentados fazem parte de uma pesquisa mais ampla com o objetivo geral de analisar o processo de construção da integração ensino-serviço-comunidade das novas escolas particulares de Medicina, implantadas a partir do primeiro edital do PMM no Sudeste brasileiro.

## RESULTADOS

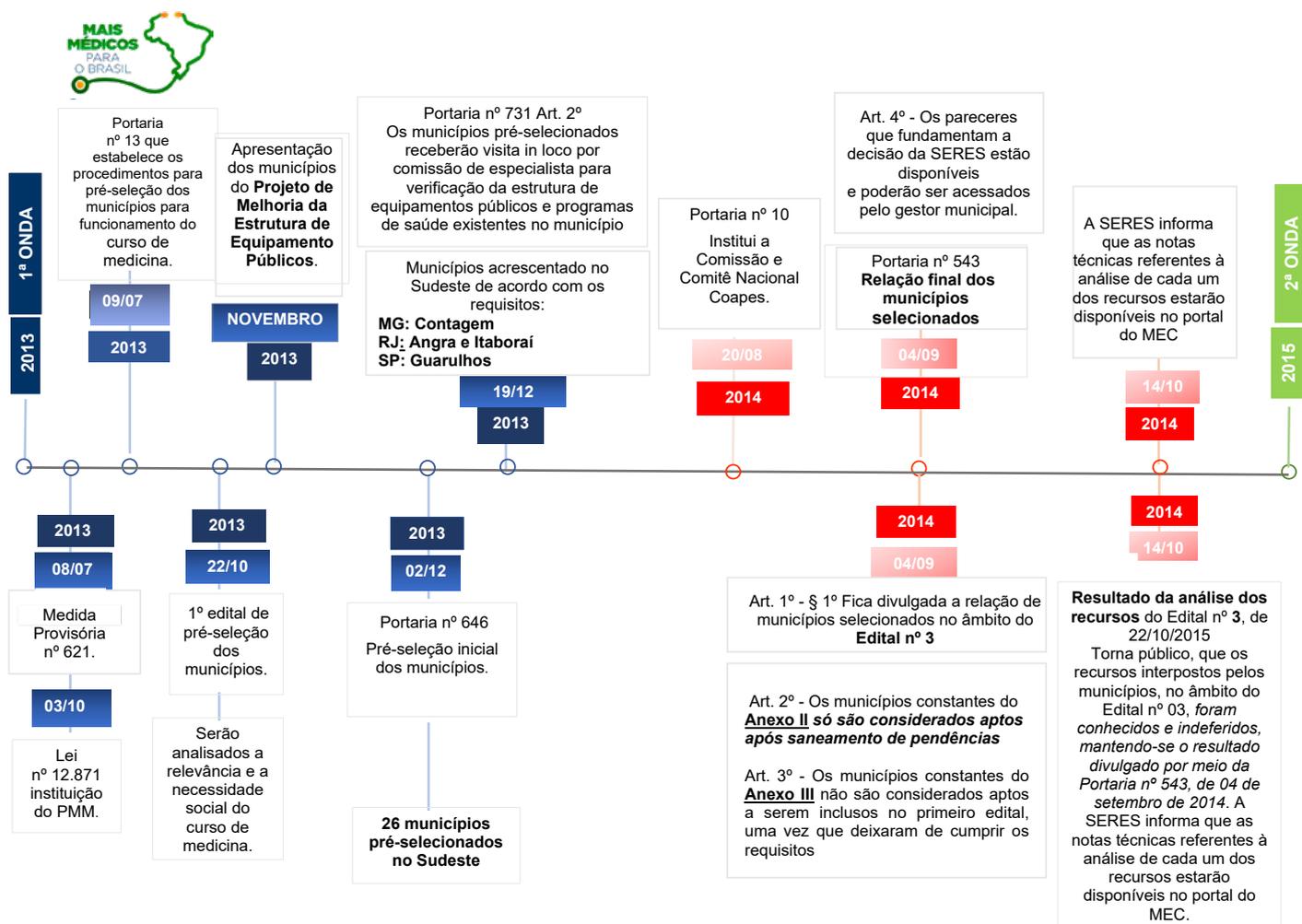
Até 2022, o Brasil contava com 389 IES que ofereciam cursos de Medicina, das quais 121 eram públicas e 289 privadas. A Região Sudeste concentrava quase a metade, aproximadamente 43,8%, dos cursos de Medicina do país. São Paulo liderava com 74 escolas, sendo dez públicas e 63 privadas, com 21 localizadas nas três principais cidades do estado: capital, Campinas e Ribeirão Preto<sup>1</sup>.

Observa-se uma desproporção entre a oferta de vagas e a abertura de cursos por escolas privadas tanto na capital quanto no interior do país. Em primeiro lugar, em número de vagas no interior, destacava-se o estado de Santa Catarina, com 83,9%, seguido por Minas Gerais com 66%, São Paulo com 62,2%, Rio de Janeiro com 40,9% e Espírito Santo com 41%. Na Região Sudeste, todos os estados apresentavam uma maior concentração de escolas privadas no interior, embora elas estivessem localizadas em municípios urbanos dentro ou fora de região metropolitana<sup>1</sup>.

A Figura 1 mostra a linha do tempo do processo de seleção de municípios pelo PMM para autorização do curso de Medicina na Região Sudeste. Vale ressaltar que a publicação da portaria que estabelecia os procedimentos de pré-seleção para adesão de municípios das Regiões Norte e Nordeste ocorreu apenas seis meses após o término desse edital, o que foi considerado como segunda onda do programa. A análise documental nos sistemas de informação da Seres/MEC, do MS e da SGTES (Cadastro e-MEC, Cadastro CNES) permitiu identificar a dinâmica relacionada à escolha dos municípios e das IES para cursos de Medicina na Região Sudeste<sup>6,17,19</sup>.

A primeira portaria para chamamento dos municípios foi publicada em julho de 2013 com o estabelecimento de critérios para pré-seleção e funcionamento de curso de Medicina por instituição de educação superior privada. Nessa primeira etapa, os municípios interessados deveriam atender obrigatoriamente a alguns critérios, como possuir até 70 mil habitantes de acordo com o censo de 2012 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), não se constituir capital do estado e não contar naquele momento com cursos em funcionamento<sup>20</sup>.

**Figura 1.** Linha do tempo do processo de seleção de municípios pelo PMM para autorização do curso de Medicina na Região Sudeste.



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Diante dessa proposição, a Figura 2 apresenta o mapa de qualificação de municípios da Região Sudeste para o funcionamento de curso de Medicina, com a relação final dos 21 selecionados para assinatura do Termo de Adesão e Compromisso, ao final da primeira onda de seleção.

Além disso, a Seres destacava que poderia priorizar os municípios distantes a pelo menos 100 quilômetros de curso de Medicina preexistente, excetuando aqueles que possuíssem mais de 500 mil habitantes. Isso se justificaria nos casos em que houvesse a necessidade de reparar discrepâncias em relação àqueles com menor relação de médicos por habitante e com estrutura mínima de serviços de saúde capaz de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos<sup>24</sup>.

Para uma visão nacional da seleção de municípios na referida portaria, a Tabela 1 apresenta a lista dos 39 selecionados,

dos quais 54% estão localizados na Região Sudeste. O estado de São Paulo foi o maior beneficiário, sendo contemplado com 14 municípios, seguido pela Bahia com sete.

No período entre novembro e dezembro de 2013, foi realizada a seleção de municípios em todo o Brasil para o PMM, com 22 selecionados na Região Sudeste. Ainda no mesmo ano, o MEC divulgou o acréscimo de outros quatro municípios na região nessa pré-seleção, chegando a um total de 26, conforme discriminado na Tabela 2 por estados da região. De acordo com Portaria da Seres nº 646/2013, a inserção ocorreu devido à entrada de interposição de recursos por parte de gestores municipais, dentro do prazo estabelecido. Cabe destacar que os pareceres sobre os deferimentos ou indeferimentos somente poderiam ser acessados pelo gestor municipal responsável por meio do cadastro no Sistema e-MEC<sup>20,25,26</sup>.

**Figura 2.** Mapas com as situações dos municípios na Região Sudeste para o funcionamento dos cursos de Medicina por IES privadas ao longo das etapas do Edital nº 3/2013, conforme resultado publicado na Portaria nº 543/2014.



Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados do MEC ([www.portal.mec.gov.br](http://www.portal.mec.gov.br)).

**Tabela 1.** Municípios brasileiros selecionados por UF na etapa final do Edital nº 3 do PMM, conforme Portaria nº 543/2014.

Regiões	Municípios selecionados PMM	População estimada – IBGE 2021	UF	Total de selecionados/ UF
Nordeste	Alagoinhas	153.023	BA	7
	Eunápolis	115.360		
	Guanambi	85.353		
	Itabuna	214.123		
	Jacobina	80.749		
	Jaboatão dos Guararapes	711.330		
	Juazeiro	219.544		
Sul	Campo Mourão	96.102	PR	4
	Guarapuava	183.755		
	Pato Branco	84.779		
	Umuarama	113.416		
	Erechim	107.368	RS	4
	Ijuí	84.041		
	Novo Hamburgo	247.303		
São Leopoldo	240.378	SC	1	
Jaraguá do Sul	184.579			

Continua...

**Tabela 1.** Continuação.

Regiões	Municípios selecionados PMM	População estimada – IBGE 2021	UF	Total de selecionados/ UF
Sudeste	Cachoeiro de Itapemirim	212.172	ES	1
	Contagem	673.849	MG	4
	Passos	115.970		
	Poços de Caldas	169.838		
	Sete Lagoas	243.950		
	Angra dos Reis	210.171	RJ	2
	Três Rios	82.468		
	Araçatuba	199.210	SP	14
	Araras	136.739		
	Bauru	381.706		
	Cubatão	132.521		
	Guarujá	324.977		
	Guarulhos	1.404.694		
	Jaú	153.463		
	Limeira	310.783		
	Mauá	481.725		
	Osasco	701.428		
	Piracicaba	410.275		
	Rio Claro	209.548		
	São Bernardo do Campo	849.874		
São José dos Campos	737.310			
Norte	Tucuruí	116.605	PA	2
	Vilhena	104.517	RO	
TOTAL GERAL				39

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados do MEC (via [www.portal.mec.gov.br](http://www.portal.mec.gov.br)).

Na penúltima fase ocorrida em novembro do mesmo ano, os gestores locais dos municípios pré-selecionados apresentaram a estrutura dos equipamentos públicos de saúde. Os municípios que não possuísem programa de residência médica nas especialidades elencadas deveriam se comprometer a implantar, em até um ano após o início das atividades do curso, no mínimo três programas em parceria com a IES vencedora do chamamento público<sup>20</sup>.

Ao longo de nove meses após a publicação da primeira lista, foram realizadas visitas *in loco* pelos avaliadores do MEC e emitidos pareceres com a divulgação de nova relação de selecionados. Alguns municípios apresentaram pendências e somente seriam considerados aptos após o saneamento das irregularidades. A Tabela 2 apresenta os municípios desclassificados após apresentação de recursos e as referidas justificativas. Apenas o município de Muriaé foi excluído por conta do não cumprimento dos prazos em desacordo com as datas e os critérios estabelecidos. Outros três municípios

apresentaram pendências relacionadas aos equipamentos e programas de saúde relativos à cobertura de 60% da população pela Estratégia Saúde da Família (ESF), de atenção primária e nota Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Havia um item, entre os critérios de seleção na segunda fase, que indicava a necessidade de a cidade possuir no mínimo 17 equipes de ESF, e esses três municípios tinham equipes em menor número. Considerando a influência direta da organização da ESF na efetivação das propostas de atividades apresentadas pelas IES para o campo de atuação prática dos alunos, foram julgados como sem o suporte adequado de equipamentos públicos<sup>17,25,27</sup>.

Após a análise da estrutura de equipamentos e programas de saúde existentes nos municípios aprovados, publicou-se um comunicado em setembro de 2014 com o quantitativo de vagas ofertadas nas diversas regiões do Brasil, totalizando 2.460 vagas. O objetivo das visitas aos locais também era assegurar as condições adequadas de cenários

**Tabela 2.** Municípios pré-selecionados na primeira etapa do Edital nº 3 do PMM, publicado na Portaria nº 646/2013, Região Sudeste.

Estado	Quant.	Municípios pré-selecionados	Municípios adicionados após recursos	Municípios desclassificados pós-recursos	Indicadores não atendidos	
Espírito Santo	1	Cachoeiro de Itapemirim	Não houve			
Minas Gerais	4	Muriaé Passos Poços de Caldas Sete Lagoas	Contagem			Muriaé Exclusão por causa da entrega posterior de documentos em desacordo com as datas e os critérios estabelecidos.
Rio de Janeiro	1	Três Rios	Angra dos Reis <b>Itaboraí</b>			Itaboraí Pendências identificadas nos equipamentos e programas de saúde públicos.
São Paulo	16	Araçatuba Araras <b>Assis</b> Bauru Cubatão Guarujá <b>Indaiatuba</b> Jaú Limeira Mauá Osasco <b>Pindamonhangaba</b> Piracicaba Rio Claro São Bernardo do Campo São José dos Campos	Guarulhos			Assis Indaiatuba Pindamonhangaba Pendências identificadas nos equipamentos e programas de saúde públicos.
Subtotal		22	4		5	
Total	26					

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados do MEC (via [www.portal.mec.gov.br](http://www.portal.mec.gov.br)).

de prática para os novos cursos, por meio da manutenção da proporção de cinco leitos do SUS disponíveis por aluno, além da relação adequada de alunos por equipe de APS inferior ou igual a três. Na Região Sudeste, foram autorizadas 1.390 vagas, representando cerca de 25% do total brasileiro e com 70,86% delas disponíveis no estado de São Paulo<sup>28,29</sup>.

## DISCUSSÃO

A partir da análise documental nos diferentes sistemas de informação disponíveis, foi possível identificar a dinâmica relacionada à escolha dos municípios candidatos para sediar cursos de Medicina privados na Região Sudeste. Considerando que já existiam até a data do certame 89 cursos distribuídos nos quatro estados da região, sendo mais de 50% (49) localizados em grandes centros urbanos, a expectativa seria pela escolha de locais onde a expansão proposta pudesse contribuir para a melhoria de indicadores sociais e de saúde locais. Claro está que a expansão de cursos isoladamente não é suficiente para resolver problemas referentes à desigualdade na distribuição de profissionais e à dificuldade para sua fixação, o que pode criar desequilíbrios na oferta e demanda, e ocasionar inclusive mudança nos valores salariais<sup>8,30</sup>.

A partir do edital do PMM, foi possível notar que a totalidade dos 26 municípios selecionados tinha mais de 70 mil habitantes, em discordância com o indicador proposto. A Figura 2 e a Tabela 1 mostram que, considerando o perfil populacional, o único município de médio porte selecionado foi Três Rios no Rio de Janeiro, sendo todos os demais de grande porte. Fica então o questionamento sobre o alcance dos objetivos do programa quanto à realidade observada em municípios pequenos, que contam com a presença de apenas 8% de médicos em atuação no país. Além do número reduzido de habitantes, esse perfil de município também experimenta importantes desafios na organização de suas redes de atenção, quanto às alterações nos perfis demográfico e epidemiológico das diferentes regiões brasileiras, com forte dependência dos serviços prestados próximos às capitais e dificuldade de interlocução e até de transporte de pacientes que necessitam de atenção especializada<sup>31-34</sup>.

Vale ressaltar que, no estado de São Paulo, foram selecionadas cidades consideradas potências econômicas, como São Bernardo do Campo, São José dos Campos, Guarulhos e Osasco, que certamente possuem não apenas rede qualificada, como também já se beneficiavam da presença

de cursos nas suas respectivas macrorregiões. Também houve desacordo quanto aos critérios para além do número de habitantes, por conta de sua proximidade com a capital (alguns distando apenas cerca de 20 quilômetros) e dos índices elevados de IDH<sup>24,32,34</sup>.

Apesar da implementação do PMM, que contribuiu para a expansão dos cursos de Medicina, ainda persiste uma distribuição inadequada de médicos e instituições de ensino pelo território nacional. Embora o Sudeste apresente a maior proporção de médicos por mil habitantes (2,81) entre as regiões do país, o desafio persiste especialmente com a crescente expansão das escolas privadas no interior, impulsionada pelas políticas governamentais voltadas para o provimento e a fixação de profissionais médicos em áreas remotas<sup>1</sup>.

Em relação ao quantitativo total de vagas disponibilizadas para o Sudeste, a distribuição ainda permanece com desigualdades. O Espírito Santo possuía uma cobertura estimada de 84,2% da população por equipes de saúde da família em 2020, com mais da metade dos seus equipamentos concentrados na grande região da capital<sup>27,35</sup>.

Minas Gerais é o segundo estado mais populoso do país, com elevado percentual de habitantes em região rural, distribuídos entre 854 municípios, e mais da metade deles é considerada como de pequeno porte. Parecia oportuna a expansão nesses estados, em que apenas um e quatro municípios foram contemplados, respectivamente. A gestão da rede de saúde em localidades pequenas e rurais é um grande desafio que precisa contemplar desequilíbrios relacionados ao IDH, organização desigual de serviços e dependência ampla de integração com equipamentos regionais. Considerando a tímida expansão nesses estados, o encaminhamento para resolução ou ao menos minimização dessas irregularidades parece ter ficado para depois<sup>31,36</sup>.

O aumento de vagas e conseqüentemente de egressos também pode afetar a distribuição de profissionais de saúde, sendo oportuna uma abordagem abrangente da situação que considere não apenas a formação, mas também as singularidades regionais<sup>37</sup>.

É bem possível que mesmo municípios de médio e grande portes que contam com cursos já consolidados e de qualidade renomada enfrentam dificuldades crônicas para acolher a população vulnerável em suas periferias e precisam de revisão constante na organização da oferta de serviços. A análise crítica sobre a relação entre a universidade, o Estado e o mercado, especialmente no contexto brasileiro, é importante para compreender o papel da regulação e orientação da educação superior. A necessidade de adequação da universidade aos interesses do mercado, a influência das políticas educacionais nas estratégias de desenvolvimento

econômico, a mercantilização da educação e a certificação e reconhecimento internacional dos diplomas são aspectos que merecem atenção na análise dessa relação. A reflexão sobre o alcance de ações regulatórias para a garantia de padrões de qualidade na assistência prestada à população está em aberto<sup>38</sup>.

A análise dos documentos oficiais da Seres mostrou que apenas cinco pendências não foram sanadas durante o processo. A estrutura das redes de atenção municipais foi o principal impedimento, já que não possuíam as características necessárias para abrigar cursos de Medicina e, provavelmente, também são inadequadas para atender às demandas da população local. A exclusão de Muriaé ocorreu também pelo não cumprimento dos requisitos exigidos, com entrega de documentos em prazo posterior ao estabelecido no edital, expressando a necessidade de melhor organização local. É possível imaginar que o gestor – considerado como principal articulador das etapas do certame – de municípios de menor porte nem sempre conta com apoio administrativo e de recursos humanos adequados para o cumprimento das exigências dispostas. Os princípios de equidade para participação no certame ficam passíveis de discussão, sendo um reflexo da desestruturação nessas localidades onde existem maiores dificuldades quanto ao funcionamento das atividades assistenciais, que muito se beneficiariam com o reforço na proposta de infraestrutura<sup>39,40</sup>.

A linha de tempo disposta na Figura 1 ilustra que, nos primeiros seis meses após a divulgação do programa, ocorreram várias publicações, desde as portarias iniciais até a relação final dos selecionados. Diferentemente de períodos mais longos geralmente aplicados a editais com essa magnitude e abrangência, percebe-se certa celeridade entre as etapas, provavelmente decorrente da necessidade de resposta diante da falta de médicos percebida pela população. Era possível identificar à época ampla manifestação popular e larga cobertura pela mídia, relacionadas ao acesso dificultado aos serviços de saúde, tanto na atenção primária quanto para as especialidades. O PMM possuía em suas bases aspectos relacionados à expansão e valorização da ESF, contando inclusive com melhorias de infraestrutura e capacitação, o que poderia facilitar a contratação de médicos nesse nível de atenção, considerada um desafio crônico para a gestão em saúde<sup>41,42</sup>.

Questões referentes à demografia médica e ao provisionamento profissional já são conhecidas e evidenciam esses contrastes, necessitando de amplo investimento tanto na rede de saúde quanto na qualificação dos que prestam assistência em regiões mais remotas. Essa integração entre os sistemas de educação e saúde é fundamental, em especial na perspectiva da formação continuada, sempre em sintonia com as demandas e o contexto local<sup>31</sup>. O PMM prevê a celebração

de um Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes) entre os gestores desses dois campos de atuação, com representação das secretarias municipais e estaduais de saúde e das IES envolvidas. A ideia central seria promover uma aproximação que possibilitasse certa garantia para que as condições adequadas do campo de prática para formação médica de qualidade sejam disponibilizadas. Além da possível parceria no desenvolvimento compartilhado de projetos para a contínua qualificação de recursos humanos, que já seriam potencializados pelos novos programas de residência<sup>3,12,43,44</sup>.

A disponibilização de cláusulas contratuais para o estabelecimento dessas colaborações não é suficiente para sanar os entraves na articulação entre municípios e IES. A admissão de docentes e alunos em áreas de difícil acesso, unidades de saúde com espaços inadequados e a supervisão compartilhada com preceptores da própria equipe são problemas que não se resolvem apenas com documentos. É bem possível que mesmo municípios de médio e grande portes que contam com cursos já consolidados e de qualidade renomada enfrentam dificuldades crônicas para acolher a população vulnerável em suas periferias e precisam de revisão constante na organização da oferta de serviços<sup>45,46</sup>.

O fenômeno de expansão do ensino médico no Brasil foi impulsionado por políticas públicas há algumas décadas, mas não conseguiu reduzir as disparidades regionais na oferta de vagas, com crescimento notável de IES privadas. Claro está que o aumento de cursos pode sugerir avanços no acesso à informação e na qualificação da assistência, mas não é necessariamente capaz de prover a demanda de profissionais nos municípios escolhidos. A abertura de novos cursos de Medicina é de interesse geral em um país onde o acesso à saúde ainda é limitado, e novas abordagens políticas e propostas regulatórias serão necessárias para reter profissionais em áreas carentes e melhorar os cuidados e serviços oferecidos<sup>37</sup>.

A partir de 2013, houve uma mudança na dinâmica para abertura de novos cursos de Medicina, que passou a ser regulamentada por lei federal, o que não acontece com nenhuma outra graduação. A ideia de chamamentos públicos a partir de editais de concorrência foi recebida com certo estranhamento e certamente modificou o cenário atual. A regulamentação trouxe direcionamentos e maior transparência nos processos, mas não conseguiu coibir a abertura por meio de processos judiciais impetrados por IES privadas que já possuíam interesse na expansão de suas vagas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As proposições para mudanças e recentes direcionamentos na formação médica tiveram como base atender às necessidades de saúde da população atendida

no SUS, considerando a importância da APS como a porta de entrada da rede. A revisão das DCN lançadas em 2014 privilegiou ainda mais a APS como eixo formador, com egressos capazes de dialogar com os contextos e as demandas da clientela assistida nos diferentes níveis de atenção<sup>9</sup>.

Para que as políticas de ensino e saúde possam atuar de maneira integrada como instrumentos capazes de promover as transformações desejadas, observou-se em certo momento a necessidade de investimento e regulação para a abertura de novas escolas de Medicina. A finalidade seria privilegiar espaços carentes de formação, valorizando ações para fixação do egresso nesses locais e fomentando melhorias nos equipamentos disponíveis. O provisionamento de médicos no interior do país permanece como um grande desafio, e o PMM parecia possuir em seus pilares características capazes de modificar essa situação, em especial com a oferta de programas de residência médica com número de vagas semelhante ao de egressos dos novos cursos.

O programa introduziu mudanças significativas na forma como os cursos de Medicina são estabelecidos, colocando o Estado como principal autoridade na seleção de novos cursos, levantando questões sobre o papel da regulamentação, do financiamento e da expansão de vagas. A privatização gradual do ensino médico, observada antes mesmo do PMM, também é um aspecto importante a ser considerado nesse contexto.

A instalação do Coapes e a concomitante organização de programas de residências nas grandes áreas de atuação médica traziam ainda mais sinergismo para os municípios do interior que sofrem com o desafio de contratação de médicos. Mesmo municípios de médio e grande portes enfrentam dificuldades para atender às demandas de segmentos mais vulneráveis em suas periferias, destacando a importância da integração entre os sistemas de educação e saúde. Considerando as contrapartidas dispostas, a previsão de maior integração entre as instituições de ensino e a rede de saúde, além das novas diretrizes que norteiam a formação, seria possível esperar avanços significativos nos locais contemplados. A qualificação dos serviços de saúde, que podem se modificar expressivamente com a presença de alunos, docentes e preceptores, também precisaria ser avaliada de forma longitudinal.

Nesse contexto de mudanças e reflexões, o edital em apreço contemplou inicial e especialmente a Região Sudeste do país, que já possuía muitos cursos instalados em grandes centros urbanos. Com a nova proposta, seria possível direcionar a abertura de escolas em espaços até então considerados de menor interesse, remodelando o perfil de oferta de vagas. Não se trata aqui de simplificar complexos problemas de acesso e disponibilidade de recursos da saúde, limitando a sua solução à presença de escolas médicas no interior. E os resultados da

primeira onda do programa parecem não ter contribuído para o alcance dos propósitos idealizados.

As influências das forças de mercado sobre o processo de formação dos profissionais da saúde podem ter sido ignoradas ou minimizadas, e a formulação de políticas e mecanismos de regulação acabam por ser insuficientes. O setor educacional vem se transformando rapidamente com o crescimento de grandes grupos privados, o que pode trazer condições desfavoráveis na disponibilidade de recursos e representatividade maior de oligopólios. A expansão de cursos médicos privados no Brasil foi impulsionada por diferentes tipos de financiamento, incluindo os governamentais, com necessidade premente de monitoramento da qualidade e infraestrutura necessárias para a formação adequada dos profissionais. A relação entre universidades, Estado e mercado influencia não apenas a formação de profissionais de saúde, mas também as ações direcionadas à educação e ao desenvolvimento local<sup>47</sup>.

O aumento da oferta de médicos no Brasil, embora seja significativo, parece que não será capaz de solucionar as desigualdades referentes à distribuição geográfica. Pelo contrário, o aumento ocorrido principalmente no âmbito das IES privadas pode agravar as disparidades de concentração, o que significa que algumas regiões podem ter ainda menos médicos em relação à média nacional. Estudos futuros, com análises sistematizadas e de linhas de tempo, serão necessários para observar o impacto dessa expansão na região mais rica do país, com ênfase em indicadores voltados para a qualidade da assistência prestada às camadas mais vulneráveis.

A abertura de novos cursos de Medicina é de interesse público, alinhada ao direito constitucional à saúde para todos os cidadãos. No entanto, é crucial que a expansão seja cuidadosamente planejada e implementada, levando em consideração as necessidades específicas de cada região e garantindo a qualidade da formação e dos serviços de saúde oferecidos. A colaboração entre todos os atores envolvidos é essencial para enfrentar os desafios e alcançar uma distribuição equitativa de profissionais de saúde em todo o país.

Assim, parece oportuno que esse acompanhamento periódico esteja previsto no próprio edital (inclusive *in loco*) ao longo dos próximos anos, em especial no que se refere à possibilidade de retenção e permanência de egressos em municípios menores do interior.

## CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Anna Tereza Miranda Soares de Moura participou da organização do referencial teórico, da análise de dados e das reflexões para a discussão com revisão final do texto. Maria Tereza Fonseca da Costa participou da revisão do texto com indicação de alterações na estrutura e no conteúdo da discussão. Neila Cabral de Souza

Cavalcante participou da busca, análise e organização das referências com estruturação e desenvolvimento do arcabouço teórico que compõe as diversas seções deste artigo.

## CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

## FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

## REFERÊNCIAS

1. Scheffer MC, Guilloux AGA, Miotto BL, Almeida C de J. Demografia médica no Brasil 2023 São Paulo: FMUSP, AMB; 2023 [acesso em 3 fev 2024]. Disponível em: <https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2023.pdf>.
2. Oliveira RAD de, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F, Barreiras de acesso aos serviços em cinco regiões de saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2019;35(11):e00120718. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718>.
3. Rocha EMS, Sarti TD, Azevedo GD de, Filippin J, Siqueira CEG, Andrade MAC. Education in the Mais Médicos program: the gap between proposals and implementation. Rev Bras Educ Med. 2021;45(1):e034. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200416.ING>.
4. Conselho Federal de Medicina. Demografia médica: Brasil possui médicos ativos com CRM em quantidade suficiente para atender demandas da população. São Paulo: SBCM; 2018 [acesso em 20 jan 2020]. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/v2/index.php/not%C3%ADcias/3777-demografia-medica-brasil-possui-medicos-ativos-com-crm-em-quantidade-suficiente-para-atender-demandas-da-populacao-nov-2018>.
5. Tomazela JM. MEC facilita a criação de mais vagas de medicina no Brasil. Estadão; 20 maio 2022 [acesso em 15 ago 2022]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/educacao/mec-facilita-criacao-de-novas-vagas-em-cursos-de-medicina/>.
6. Brasil. Cadastro Nacional de Instituições e Cursos de Educação Superior (e-MEC). Brasília, Ministério da Educação; 2023 [acesso em 26 ago 2023]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br>.
7. Scheffer MC, Guilloux AGA, Poz MRD, Schraiber LB. Reasons for choosing the profession and profile of newly qualified physicians in Brazil. Rev Assoc Med Bras. 2016;62(9):853-61. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.09.853>.
8. Franco T de AV, Poz MRD. A participação de instituições de ensino superior privadas na formação em saúde no Brasil. Trab Educ Saúde. 2018;16(3):1017-37. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00163>.
9. Brasil. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 23 jun 2014. Seção 1, p. 811 [acesso em 7 ago 2020]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192).
10. Levcovitz E, Lima LD de, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc Saúde Colet. 2001;6(2):269-91. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>.
11. Brasil. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 22 maio 2020]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_mais\\_medicos\\_dois\\_anos.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf).
12. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos; 23 out 2013 [acesso em 5 ago 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm),

13. Silva LN da. Programa Mais Médicos: embates políticos entre entidades médicas e o Estado [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2018 [acesso em 15 fev 2021]. Disponível em: <http://www.bdttd.uerj.br/handle/1/4425>.
14. Campos GW de S, Pereira Jr N. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(9):2655-63 [acesso em 15 fev 2021]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63047411002>.
15. Storti MMT, Oliveira FP de, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21:1301-14. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0511>.
16. Silva MP, Paraíso MA. Um currículo na integração ensino-serviço do Programa Mais Médicos e possíveis efeitos culturais. *Trab Educ Saúde*. 2019;17(3):e0022454. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00224>.
17. Brasil. Cadastro Nacional de Pesquisa de Estabelecimentos (CNES) [acesso em 20 out 2020]. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipes.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp).
18. Brasil. Portarias. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior; 2020 [acesso em 10 nov 2021]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-regulacao-e-supervisao-da-educacao-superior-seres/30000-uncategorised/18977-portarias>.
19. Brasil. Instituições de educação superior e cursos cadastrados. Brasília: Ministério da Educação; 2020 [acesso em 12 ago 2021]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>.
20. Brasil. Portaria nº 731, de 19 de dezembro de 2013. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 20 dez 2013 [acesso em 7 ago 2020]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=14894-port731-201213-pdf&category\\_slug=dezembro-2013-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=14894-port731-201213-pdf&category_slug=dezembro-2013-pdf&Itemid=30192).
21. Brasil. Edital MEC nº 6, de 23 de dezembro de 2014. Primeiro edital de seleção de mantenedoras de Instituições de Educação Superior (IES), para autorização de funcionamento de curso de medicina por IES privadas em municípios selecionados no âmbito do Edital nº 3, de 22 de outubro de 2013. Diário Oficial da União; 23 dez 2014 [acesso 7 ago 2020]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=16783-seres-edital6-23122014&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16783-seres-edital6-23122014&Itemid=30192).
22. Brasil. Homologação do resultado final do processo de seleção das propostas inscritas no Segundo Edital de Chamada Pública de Mantenedoras de Instituições de Educação Superior do Sistema Federal de Ensino para autorização de funcionamento de cursos de Medicina em municípios selecionados no âmbito do Edital nº 3, de 22 de outubro de 2013, 2018. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior; 5 jul 2017 [acesso em 7 ago 2020]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=81451-homologacao-resultado-final-informacoes-por-municipio-e-mantenedora-pdf&category\\_slug=janeiro-2018-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=81451-homologacao-resultado-final-informacoes-por-municipio-e-mantenedora-pdf&category_slug=janeiro-2018-pdf&Itemid=30192).
23. Brasil. Portaria nº 543, de 4 de setembro de 2014. Brasília: Ministério da Educação; 4 set 2014 [acesso em 7 ago 2020]. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Port-Seres-MEC-543-2014-09-04.pdf>.
24. Brasil. Edital MEC, 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 [acesso em 5 ago 2020]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=14474-edital-mec3-pre-sel&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=14474-edital-mec3-pre-sel&Itemid=30192).
25. Brasil. Portaria nº 646, de 2 de dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Educação; 2 dez 2013 [acesso em 5 ago 2020]. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Port-Seres-646-2013-12-02.pdf>.
26. Brasil. Resultado da análise dos recursos edital nº 3, de 22 de outubro de 2014. Brasília-DF: Ministério da Educação; 22 out 2014 [acesso em 4 set 2020]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=16517-resultado-analise-recursos&category\\_slug=outubro-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16517-resultado-analise-recursos&category_slug=outubro-2014-pdf&Itemid=30192).
27. Brasil. Relatório de Histórico de Cobertura de Estratégia de Saúde da Família e de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 24 jun 2023]. Disponível em: <https://gestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
28. Brasil. Comunicado. [acesso em 10 out. 2020]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=16452-aud02-comunicado-de-vagas-30092014&category\\_slug=setembro-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16452-aud02-comunicado-de-vagas-30092014&category_slug=setembro-2014-pdf&Itemid=30192).
29. Santos Jr 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?". *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(2):e058. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200523>.
30. Moraes HMM de, Sá RGR de, Albuquerque M do SV de, Oliveira RS de. Expansão e privatização dos cursos de medicina e a integração ensino-serviço: o caso do estado de Pernambuco. *Saúde Debate*. 2023;47(137):182-95. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313713>.
31. Rodrigues MR, Sousa MF de. Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. *Saúde Debate*. 2023;47(136):242-52. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022313616>.
32. Oliveira APC de, Gabriel M, Poz MRD, Dussault G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(4):1165-80. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>.
33. Matias MC, Verdi M, Finkler M, Ros MAD. O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas. *Saúde Soc*. 2019;28(3):e11512. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170830>.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiras em 01/07/2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2021 [acesso em 17 jul 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>.
35. Espírito Santo. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Vitória: Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo; 2019 [acesso em 5 fev 2023]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf>.
36. Daniela SC. Análise do comportamento dos indicadores da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS-MG) em Minas Gerais no período de 2016 a 2019 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2021 [acesso em 10 maio 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/45214>.
37. Oliveira BLCA de, Lima SF, Pereira MUL, Pereira Júnior GA. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). *Trab Educ Saúde*. 2019;17(1):e0018317. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>.
38. Silveira ZSD, Bianchetti L. Universidade moderna: dos interesses do Estado-nação às conveniências do mercado. *Rev Bras Educ*. 2016;21(64):79-99. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782016216405>.
39. Jesus RA de, Medina MG, Prado NM de BL. Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21:1241-56. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0555>.
40. Matta GC. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Matta GC, Pontes AL de M, organizadores. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007 [acesso em 8 ago 2021]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>.
41. Comes Y, Trindade J de S, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(9):2749-59. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16202016>.

42. Ney MS, Maia LS, Santiago Jr D, Vieira ACT, Poz MRD. Desafios para a retomada do Programa Mais Médicos. Nota Técnica. Página Grená. Rio de Janeiro: IMS, Uerj; 2023 [acesso em 10 jun 2023]. Disponível em: [https://zenodo.org/records/8301778/files/NT - Desafios para a retomada do PMM - 23.09.11 v.1.0 .pdf?download=1](https://zenodo.org/records/8301778/files/NT-Desafios%20para%20a%20retomada%20do%20PMM-23.09.11.v.1.0.pdf?download=1).
43. Poz MRD, Pierantoni CR, Girardi S. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. In: Poz MRD, Pierantoni CR, Girardi S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora; Fiocruz Escola Politécnica; 2013. v. 3, p. 184-233 [acesso em 18 maio 2021]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kpw/pdf/noronha-9788581100173-07.pdf>.
44. Brasil. Portaria nº 16, de 25 de agosto de 2014. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 26 ago 2014 [acesso em 4 set 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=9&data=26/08/2014>.
45. Costa GAL. O procedimento do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes) nas 4ª e 5ª regiões de saúde do Rio Grande do Norte [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017 [acesso em 5 jun 2020]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/25033>.
46. Pizzinato A, Gustavo A da S, Santos BRL dos, Ojeda BS, Ferreira E, Thiesen FV, et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. Rev Bras Educ Med. 2012;36(1):170-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000300025>.
47. Poz MRD, Maia LS, Costa-Couto MH. Financeirização e oligopolização das instituições privadas de ensino no Brasil: o caso das escolas médicas. Cad Saúde Pública. 2022;38:e00078720. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078720>.



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