

Lei do Mais Médicos: avaliando o cumprimento dos critérios municipais para funcionamento de escolas médicas

“Mais Médicos” – “More Physicians” law: evaluating compliance with municipal criteria for the operation of medical schools

Flávia Guimarães Menezes Silva¹  falgms@gmail.com
Paulo André Jesuino dos Santos¹  pajesuino@gmail.com
Luiz Fernando Quintanilha¹  quintanilha.lf@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Lei do Mais Médicos (LMM) conferia que as autorizações para o funcionamento do curso de Medicina deveriam ser precedidas de chamamento público para os municípios e para as instituições de ensino, com requisitos obrigatórios para a seleção.

Objetivo: Este artigo objetivou investigar o cumprimento dos critérios estabelecidos no primeiro chamamento público pelos municípios selecionados e com escolas médicas implantadas por meio da LMM.

Método: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem analítica de procedimentos de pesquisa documental, em que se utilizaram os documentos de legislação e os dados públicos do Ministério da Saúde como fonte de dados.

Resultado: Pôde-se apreender que todos os municípios selecionados no primeiro chamamento continuaram cumprindo os critérios mínimos estabelecidos para os indicadores “número de equipes de atenção básica”, “existência de Caps” e “hospital de ensino”. Já para o indicador “número de leitos disponíveis do SUS por aluno igual ou superior a cinco”, constata-se que há uma fragilidade para essa análise com possíveis impactos negativos nos cenários práticos de ensino.

Conclusão: Reitera-se a necessidade de se instituir um observatório para o monitoramento das condições mínimas dos equipamentos públicos de saúde, dos municípios que sediam escolas médicas oriundas dessa lei, para se assegurar a qualidade da formação médica no que tange à oferta adequada de cenários de prática e equipes de saúde.

Palavras-chave: Lei do Mais Médicos; Política Pública; Auditoria; Municípios.

ABSTRACT

Introduction: “Mais Médicos” (More Physicians) law (LMM) stated that authorizations for the operation of the medicine course should be preceded by a public call for municipalities and educational institutions, with mandatory requirements for selection.

Objective: This article aimed to investigate compliance with the criteria established in the first public call by the selected municipalities and with medical schools implemented through LMM.

Methods: This is a descriptive, exploratory study, with an analytical approach to documentary research procedures, using legislation documents and public data from the Ministry of Health as a data source.

Results: It was observed that all municipalities selected in the first call continued to meet the minimum criteria established for the indicators “number of primary care teams”, “existence of CAPS” and “teaching hospital”. As for the indicator “number of available SUS beds per student greater than or equal to 5”, it seems that there is a weakness in this analysis with possible negative impacts on practical teaching scenarios.

Conclusion: It is necessary to establish an observatory to monitor the minimum conditions of public health equipment in municipalities that host medical schools arising from this law is reiterated, to ensure the quality of medical training regarding the adequate supply of practice scenarios and health teams.

Keywords: “Mais Médicos – “More Physicians” law; Public Policy; Audit; Municipalities.

¹ Universidade Salvador, Salvador, Bahia, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.
Editora associada: Agnes Cruvinel.

Recebido em 13/07/24; Aceito em 27/03/25.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

A Lei Federal nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM), pode ser considerada um marco histórico na oferta de curso de graduação em Medicina no país. A partir dessa lei, os processos de autorização para esse curso deixaram de seguir as normativas da Lei nº 10.861/2004, ainda vigente para os outros cursos de graduação, e passaram a seguir a Lei do Mais Médicos (LMM). E em seu artigo 3º, determinava-se que as autorizações para o funcionamento do curso de Medicina deveriam ser precedidas de chamamento público para os municípios e para as instituições de ensino superior (IES) privadas¹.

No que tange ao chamamento público dos municípios, era prevista a necessidade do cumprimento de três etapas de seleção. A primeira etapa compreendia a análise da relevância e necessidade social da oferta do curso de Medicina, verificada pelos seguintes critérios: 1. ter, no mínimo, 70 mil habitantes; 2. não ser capital do estado; 3. não possuir curso de Medicina em seu território².

A segunda etapa de seleção englobava a análise da estrutura de equipamentos públicos e programas de saúde existentes no município. Foram listados os seguintes critérios: 1. mínimo de 250 leitos disponíveis do SUS (métrica de cinco leitos por aluno); 2. mínimo de 17 equipes de atenção básica; 3. existência de leitos de urgência e emergência ou pronto-socorro; 4. existência de, pelo menos, três programas de residência médica; 5. adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), do Ministério da Saúde; 6. existência de Centro de Atenção Psicossocial (Caps); 7. hospital de ensino ou unidade hospitalar com potencial para hospital de ensino; e 8. existência de hospital com mais de cem leitos exclusivos para o curso².

Já a terceira etapa considerava a análise de projeto de melhoria da estrutura de equipamentos públicos e programas de saúde no município². Não havia instrumento objetivo de detalhamento sobre os itens que precisavam constar no projeto, somente que a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (Seres) poderia designar especialistas para a análise, assim como para realizar avaliação *in loco*.

Com base nessas etapas, constata-se que, para sediar um curso de Medicina, os municípios deveriam garantir condições mínimas de infraestrutura e equipamentos públicos, fundamentais para uma formação médica conforme preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso³. Todavia, apesar de essas condições estarem previstas no edital de chamamento público, após a seleção do município e a autorização para o funcionamento do curso, não foi identificado um processo de monitoramento que assegure a manutenção do cumprimento desses requisitos.

Esse cenário difere do que ocorre com o monitoramento do cumprimento dos requisitos que competem às IES. Nesse caso, desde março de 2015, antes mesmo do início do funcionamento dos cursos de Medicina, foi instituída a Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas (Camem), por meio da Portaria nº 306. Tal comissão tem a “finalidade de monitorar e acompanhar a implantação e a oferta satisfatória dos cursos de graduação em medicina nas IES”⁴.

Há de se destacar que inúmeros trabalhos científicos avaliam o PMM em termos de efetividade e de alcance dos objetivos propostos, como a diminuição da carência de profissionais médicos nas regiões prioritárias para o SUS⁵⁻⁸.

Contudo, até o nosso conhecimento, não foram encontrados estudos objetivando a verificação da continuidade do cumprimento dos critérios pactuados pelos municípios selecionados após a implantação das escolas médicas. Assim como não foram identificadas comissões ou investigações com esse propósito.

Urge, portanto, a necessidade de avaliar esses aspectos, já que o descumprimento de requisitos mínimos para a implantação do curso impacta diretamente o processo de formação dos estudantes de Medicina, especialmente no que se refere à realização das práticas que dependam de equipamentos públicos de saúde e de suas equipes. Ademais, a não observância desses requisitos fragiliza a política pública em si, com efeitos negativos na qualidade da saúde que se oferta à sociedade.

Dessa forma, o presente estudo possui o objetivo de investigar o cumprimento dos critérios estabelecidos no primeiro chamamento público pelos municípios selecionados e com escolas médicas implantadas por meio da LMM. Espera-se, com isso, não apenas auditar a manutenção do cumprimento dos critérios postos aos municípios, como também contribuir para a reflexão sobre a implantação de um processo de monitoramento contínuo e eficaz.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem analítica de procedimentos de pesquisa documental, em que se utilizaram os documentos de legislação e os dados públicos do Ministério da Saúde como fonte de dados.

Inicialmente, analisou-se a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o PMM, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS¹. Em seu artigo 3º, apreendeu-se que a autorização para o funcionamento dos cursos de Medicina deveria ser precedida de chamamento público para os municípios e as IES privadas.

Com base nesse chamamento, deu-se seguimento às definições dos procedimentos metodológicos.

Seleção dos indicadores

Considerando a chamada pública, pesquisou-se o primeiro edital de pré-seleção de municípios para a implantação de curso de graduação em Medicina por IES privada, Edital nº 3, de 22 de outubro de 2013. Nele, foram avaliados os critérios para a pré-seleção dos municípios, sendo destacados os seguintes:

- 1) número de leitos disponíveis do SUS por aluno igual ou superior a cinco;
- 2) mínimo de 17 equipes de atenção básica;
- 3) existência de Caps;
- 4) hospital de ensino ou unidade hospitalar com potencial para hospital de ensino.

Foram excluídos dois critérios estabelecidos nessa etapa: 1. “existência de, pelo menos, três Programas de Residência Médica” e 2. “existência de hospital com mais de

cem leitos exclusivos para o curso”. O primeiro caso se justifica pelo fato de que os programas de residência poderiam ser um compromisso com a IES vencedora, para implantação em até um ano do início das atividades do curso; e, no segundo caso, porque não há dados públicos que permitam a análise do cumprimento do indicador.

Seleção dos municípios

Foram selecionados os municípios contemplados no primeiro edital de chamamento público, e com IES autorizadas para o funcionamento de cursos de Medicina, consoante resultado divulgado no *Diário Oficial da União* (DOU), Portaria nº 545, de 26 de setembro de 2016⁹. No Quadro 1, visualiza-se a relação dos municípios por Unidade de Federação (UF) e mantenedora selecionada divulgada na referida portaria.

Quadro 1. Relação de mantenedoras selecionadas e classificadas no primeiro chamamento público das IES para autorização de funcionamento de cursos de Medicina em municípios selecionados no âmbito do Edital nº 3, de 22 de outubro de 2013.

Município	UF	Mantenedora selecionada
Vilhena	RO	Associação Educacional de Rondônia
Alagoinhas	BA	Sociedade de Ensino Superior Estácio de Sá Ltda.
Eunápolis	BA	Pitágoras – Sistema de Educação Superior Sociedade Ltda.
Guanambi	BA	Sociedade Padrão de Educação Superior Ltda.
Itabuna	BA	Instituto Educacional Santo Agostinho Ltda.
Jacobina	BA	Ages Empreendimentos Educacionais Ltda.
Juazeiro	BA	Irep Sociedade de Ensino Superior, Médio e Fundamental Ltda.
Jaboatão dos Guararapes	PE	Sociedade de Educação Tiradentes S/S Ltda.
Cachoeiro de Itapemirim	ES	Empresa Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão S. A (Embrae)
Contagem	MG	Sociedade Mineira de Cultura
Passos	MG	Centro Educacional Hyarte-ML-Ltda.
Poços de Caldas	MG	Sociedade Mineira de Cultura
Sete Lagoas	MG	Centro Educacional Hyarte-ML-Ltda.
Angra dos Reis	RJ	Sociedade de Ensino Superior Estácio de Sá Ltda.
Três Rios	RJ	Sociedade Universitária para o Ensino Médico Assistencial Ltda.
Araçatuba	SP	Missão Salesiana de Mato Grosso
Araras	SP	Sociedade Regional de Ensino e Saúde S/S Ltda.
Bauru	SP	Associação Educacional Nove de Julho
Cubatão	SP	AMC – Serviços Educacionais Ltda.
Guarujá	SP	Associação Prudentina de Educação e Cultura (Apec)
Guarulhos	SP	Associação Educacional Nove de Julho
Jaú	SP	Associação Prudentina de Educação e Cultura (Apec)
Mauá	SP	Associação Educacional Nove de Julho
Osasco	SP	Associação Educacional Nove de Julho
Piracicaba	SP	ISCP Sociedade Educacional S. A.
Rio Claro	SP	ISCP Sociedade Educacional S. A.
São Bernardo do Campo	SP	Associação Educacional Nove de Julho

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Município	UF	Mantenedora selecionada
São José dos Campos	SP	ISCP Sociedade Educacional S. A.
Campo Mourão	PR	Centro Educacional Integrado (CEI)
Guarapuava	PR	Campo Real Educacional S. A.
Pato Branco	PR	Associação Patobranquense de Ensino Superior S. C. Ltda.
Umuarama	PR	Associação Paranaense de Ensino e Cultura
Erechim	RS	Fundação Regional Integrada
Ijuí	RS	UNISEB União dos Cursos Superiores SEB Ltda.
Novo Hamburgo	RS	Associação Pró-Ensino Superior em Novo Hamburgo
São Leopoldo	RS	Associação Antonio Vieira
Jaraguá do Sul	SC	Sociedade de Ensino Superior Estácio de Sá Ltda.

Fonte: Elaborado pelos autores. Dados extraídos da Portaria nº 545, de 26 de setembro de 2016⁹.

Quadro 2. Percurso da coleta de dados por indicador.

Indicador	Fonte	Mês de coleta		Percurso para a coleta dos dados
		2013	2014-2019	
Número de leitos disponíveis do SUS por aluno igual ou superior a cinco	Datasus	Outubro	Setembro	Datasus – Tabnet – Rede assistencial – CNES – recursos físicos – hospitalar – leitos de internação. • Seleção de linhas: municípios do Brasil. • Seleção em colunas: ano/mês de competência. • Seleção em conteúdo: a quantidade de leitos no SUS.
Mínimo de 17 equipes de atenção básica	E-gestorAB	Outubro	Setembro	Informação e Gestão da Atenção Básica” (e-gestor) – cobertura da atenção básica” – download dos arquivos compactados por período – seleção do arquivo “histórico-AB-municípios-2007-202012”.
Existência de Caps	Datasus	Outubro	Setembro	Datasus – Tabnet – rede assistencial – CNES – estabelecimentos – tipos de estabelecimento – Centro de Atenção Psicossocial. • Seleção de linhas: municípios do Brasil. • Seleção em colunas: ano/mês de competência. • Seleção em conteúdo: quantidade.
Hospital de ensino ou unidade hospitalar com potencial para hospital de ensino	Datasus	Outubro	Setembro	Datasus – Tabnet – rede assistencial – CNES – estabelecimentos – tipos de estabelecimento – hospital geral. • Seleção de linhas: municípios do Brasil. • Seleção em colunas: ano/mês de competência. • Seleção em conteúdo: quantidade.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Recorte temporal

O período de 2013 a 2019 foi definido para contemplar o ano de publicação do primeiro edital de chamada pública para os municípios e para anular os possíveis efeitos de investimentos extras em decorrência da pandemia da Covid-19, declarada em 11 de março de 2020¹⁰.

Como esses indicadores são disponibilizados publicamente com periodicidade mensal, estabeleceu-se o mês de outubro para o ano de 2013 como “estágio inicial” do indicador de cada município, por ter sido esse o mês da publicação do primeiro edital de chamada pública. Nos anos subsequentes, foram obtidos os dados dos meses de

setembro, considerando que a divulgação do resultado ocorreu no referido mês.

Coleta de dados

A coleta dos dados para os indicadores selecionados foi realizada no *site* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e no *site* de Informação e Gestão da Atenção Básica (E-gestorAB). O Quadro 2 apresenta o percurso da coleta para cada indicador definido.

No âmbito do indicador “número de leitos disponíveis do SUS por aluno igual ou superior a cinco”, apreendeu-se o número de leitos existentes. Para seguir com a análise da

métrica estabelecida no indicador “igual ou superior a cinco”, buscou-se o número de vagas anuais disponibilizadas para cada município, no Edital nº 6, de 2014, primeiro edital de chamada pública de mantenedoras de IES privadas¹¹. Para o cálculo de leitos do SUS por aluno, foi considerado o mesmo racional exemplificado no edital de chamada dos municípios: “ou seja, para um curso com 50 vagas, o município deverá possuir, no mínimo, 250 leitos disponíveis do SUS”².

Organização e análise dos dados

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel. Para sua análise, além da verificação do cumprimento do requisito, pelo município, ano a ano, adicionou-se a análise da taxa de crescimento anual composta (*compound annual growth rate* – CAGR). Essa medida é muito utilizada na economia para análise de investimentos financeiros, mas pode ser adotada, também, para outras medidas, como nível de produção, número de usuários registrados ou situação em que se pretenda comparar um valor final e um valor inicial durante um determinado período¹².

Para obter essa taxa no Microsoft Excel, utiliza-se a seguinte fórmula¹³:

$$CAGR = ((Vf / Vi) ^ (1 / n)) - 1$$

Em que Vf= valor final, Vi = valor inicial e n = número de anos em análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentam-se nesta seção os dados coletados de cada indicador, com a CAGR calculada para o período em estudo. Soma-se a esses resultados a discussão dos dados na perspectiva proposta.

Indicador “número de leitos disponíveis do SUS por aluno igual ou superior a cinco”

Na Tabela 1, são apresentados os dados consolidados para esse indicador, contemplando o número de vagas anuais autorizados para cada município, o número de leitos necessário conforme métrica estabelecida no edital, a evolução histórica, de 2013 a 2019, e a CAGR para o período selecionado para essa análise.

Tabela 1. Evolução do número de leitos disponíveis do SUS, 2013-2019, nos municípios selecionados no primeiro chamamento público para a implantação de curso de graduação em Medicina por IES privada

Município	UF	Número de vagas anuais do curso	Quantidade de leitos necessários	Diferença entre leitos necessários e quantidade de leitos em setembro de 2014	Out.	Set.	Set.	Set.	Set.	Set.	Set.	CAGR 2013-2019
					2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Alagoinhas	BA	65	325	-145	174	180	180	175	175	177	187	1,2%
Angra dos Reis	RJ	55	275	24	210	299	299	294	303	331	290	5,5%
Araçatuba	SP	65	325	153	477	478	478	478	333	341	305	-7,2%
Araras	SP	55	275	22	289	297	307	300	300	262	262	-1,6%
Bauru	SP	100	500	231	703	731	638	612	612	612	636	-1,7%
Cachoeiro de Itapemirim	ES	100	500	223	763	723	493	493	345	352	354	-12,0%
Campo Mourão	PR	50	250	-131	125	119	119	122	138	138	154	3,5%
Contagem	MG	50	250	-20	311	230	230	218	333	328	339	1,4%
Cubatão	SP	50	250	-116	134	134	134	141	141	66	66	-11,1%
Erechim	RS	55	275	-118	123	157	159	159	159	159	159	4,4%
Eunápolis	BA	55	275	-124	174	151	145	147	147	147	125	-5,4%
Guanambi	BA	60	300	-186	115	114	125	125	157	157	159	5,5%
Guarapuava	PR	55	275	24	274	299	265	272	248	252	270	-0,2%
Guarujá	SP	55	275	-12	237	263	234	234	219	225	225	-0,9%
Guarulhos	SP	100	500	928	1.441	1.428	1.429	1.453	1.456	1.456	1.444	0,0%
Ijuí	RS	50	250	-58	184	192	138	127	129	129	157	-2,6%
Itabuna	BA	85	425	204	636	629	621	485	490	490	408	-7,1%
Jaboatão dos Guararapes	PE	100	500	-40	463	460	445	415	415	530	550	2,9%
Jacobina	BA	55	275	-31	242	244	103	103	103	103	107	-12,7%

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Município	UF	Número de vagas anuais do curso	Quantidade de leitos necessários	Diferença entre leitos necessários e quantidade de leitos em setembro de 2014	Out.	Set.	Set.	Set.	Set.	Set.	Set.	CAGR 2013-2019
					2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Jaraguá do Sul	SC	50	250	-14	231	236	231	231	231	244	244	0,9%
Jaú	SP	55	275	430	705	705	705	705	715	711	711	0,1%
Juazeiro	BA	55	275	107	400	382	382	366	392	452	468	2,7%
Mauá	SP	50	250	66	292	316	316	303	246	246	189	-7,0%
Novo Hamburgo	RS	60	300	-10	289	290	284	279	237	246	243	-2,8%
Osasco	SP	70	350	242	592	592	608	604	591	589	578	-0,4%
Passos	MG	50	250	41	291	291	290	304	327	284	164	-9,1%
Pato Branco	PR	50	250	-62	188	188	196	205	195	208	205	1,5%
Piracicaba	SP	75	375	-66	312	309	309	315	282	331	331	1,0%
Poços de Caldas	MG	50	250	-36	214	214	206	189	187	187	191	-1,9%
Rio Claro	SP	55	275	3	274	278	278	267	232	190	188	-6,1%
São Bernardo do Campo	SP	100	500	55	724	555	564	560	593	785	780	1,2%
São José dos Campos	SP	100	500	318	833	818	740	736	736	869	823	-0,2%
São Leopoldo	RS	65	325	-91	214	234	234	221	168	168	133	-7,6%
Sete Lagoas	MG	50	250	-9	241	241	241	242	242	242	217	-1,7%
Três Rios	RJ	50	250	19	269	269	255	264	226	226	186	-6,0%
Umuarama	PR	60	300	-12	289	288	294	496	496	508	525	10,5%
Vilhena	RO	50	250	-62	161	188	188	188	188	187	187	2,5%

Fonte: Elaborada pelos autores.

É possível constatar na coluna “diferença entre leitos necessários e o número de leitos existentes em setembro de 2014”, que 20 municípios (54%) não atendiam à métrica estabelecida no edital. Supõe-se, assim, que os gestores municipais da época incluíram leitos de outros municípios integrantes da mesma região de saúde, conforme possibilidade prevista no edital. Como essa informação não é de domínio público, não foi possível fazer a análise fidedigna do cumprimento desse requisito.

Isso posto, para se analisar a série histórica, considerou-se a quantidade de leitos do SUS registrada para o município no ano de divulgação do resultado de seleção dos municípios, já que as parcerias estabelecidas eram com o objetivo de complementação.

Nesse íterim, nota-se que 16 municípios (43%) apresentaram taxa de crescimento positiva para o número de leitos, destacando-se os municípios com maior crescimento: Umuarama-PR, Angra dos Reis-RJ e Guanambi-BA, com CAGR de 10,5%, 5,5% e 5,5%, respectivamente. Em uma análise percentual de número absoluto, o aumento do número de leitos foi de 81,7%, 38,1% e 38,3%, respectivamente.

Na contramão, 21 municípios (56,7%) apresentaram CAGR negativa, sendo os municípios de Jacobina-BA, Cachoeiro

de Itapemirim-ES e Cubatão-SP os de maior redução de número de leitos entre o período de 2013 a 2019, com taxas de -12,7%, -12,0% e -11,1%, respectivamente. Em uma análise percentual de número absoluto, a redução do número de leitos foi de 55,8%, 53,6% e 50,7%, respectivamente.

Esse fato lança luz a uma necessidade de observância desse indicador pelas instâncias governamentais que regem essa política pública. Da mesma forma que 56,7% dos municípios selecionados apresentaram redução do número de leitos ao longo do período estudado, isso, também, pode ter ocorrido com os municípios adjacentes das regiões de saúde indicadas, o que, se verdadeiro, pode estar impactando ainda mais esses resultados.

A disponibilidade de leitos hospitalares é fundamental para as práticas em serviço reais na formação médica, para que o estudante possa experimentar aprendizagens que não podem ser reproduzidas apenas no contexto da sala de aula¹⁴. É no contato com o maior número de pacientes que o estudante aprende a colher histórias, a fazer anamnese e dar diagnósticos precisos¹⁵. Logo, a falta ou carência de leitos impacta o desenvolvimento desse processo de aprendizagem.

Nesse contexto, como para a oferta do curso foi garantido esse critério pelo município, deveria ser mandatório

que essa garantia continuasse a ser creditada a ele. No entanto, faz jus destacar que essa “falta” de leitos está para além desses municípios. Segundo dados do Conselho Federal de Medicina, 77% dos municípios que sediam escolas médicas possuem número de leitos abaixo do parâmetro defendido por entidades médicas, de pelo menos cinco leitos por estudante de Medicina, similar ao creditado na LMM¹⁶.

Por corolário lógico, presume-se que há uma flexibilização generalizada para esse indicador, já que há a continuidade da ampliação do número de escolas e vagas de Medicina, sem a garantia do parâmetro predefinido para a suposta formação médica de qualidade.

Indicador “mínimo de 17 equipes de atenção básica”

Na Tabela 2, visualiza-se o número de equipes de atenção básica em cada ano e a CAGR para o período em estudo.

Nota-se que, na época do lançamento do edital, 2013, todos os municípios atendiam ao número mínimo de equipes de atenção básica, exceto o município de Vilhena-RO, que possuía 13 equipes. Todavia, em 2014, ano de divulgação do resultado da pré-seleção dos municípios, o referido município já contava com 32 equipes.

Observa-se ainda que seis municípios (16,2%) apresentaram taxa negativa de crescimento para o período em estudo: Jaú-SP, Campo Mourão-PR, Ijuí-RS, Araras-SP,

Angra dos Reis-RJ e Guarulhos-SP. Contudo, 83,8% dos municípios tiveram taxa de crescimento positiva, com destaque para Osasco-SP, São José dos Campos-SP e Vilhena-RO, que apresentaram as maiores CAGR, 13,6%, 11,6% e 10,0%, respectivamente.

Declinando para a análise do critério posto, constata-se que, ao longo do período analisado, todos os municípios se mantiveram atendendo ao critério supracitado. Isso reflete positivamente no processo de formação de novos médicos, em especial quando o projeto pedagógico das escolas pressupõe a integração do estudante com as equipes de saúde de atenção básica, pautada na ampliação dos espaços de aprendizagem conforme preconizado nas DCN do curso¹⁷.

Nesse âmbito, o estudante tanto aprende inserido no contexto multiprofissional como também aprende sob a ótica da pessoa que é cuidada e suas condições de vida, não se restringindo à doença¹⁸. Isso proporciona também uma formação mais sólida, pautada em fortalecimento de vínculos médico-paciente-família-comunidade¹⁴.

Isso posto, ao assegurarem o cumprimento do indicador em análise, os municípios propiciam condições para que as escolas médicas desenvolvam práticas curriculares em uma perspectiva interdisciplinar, com campo de aprendizagem integrado aos serviços e às equipes de saúde de atenção básica, possibilitando uma formação médica mais integral.

Tabela 2. Evolução do número de equipes de atenção básica, 2013-2019, nos municípios selecionados no primeiro chamamento público para a implantação de curso de graduação em Medicina por IES privada

Município	UF	Out. 2013	Set. 2014	Set. 2015	Set. 2016	Set. 2017	Set. 2018	Set. 2019	CAGR 2013-2019
Alagoinhas	BA	26	26	27	27	29	37	35	5,1%
Angra dos Reis	RJ	64	86	89	86	77	65	62	-0,5%
Araçatuba	SP	37	55	50	53	54	49	50	5,1%
Araras	SP	22	21	19	20	21	21	21	-0,8%
Bauru	SP	38	48	48	49	48	52	49	4,3%
Cachoeiro de Itapemirim	ES	45	60	59	60	55	57	50	1,8%
Campo Mourão	PR	25	24	25	22	23	22	21	-2,9%
Contagem	MG	134	135	127	127	129	144	154	2,3%
Cubatão	SP	23	23	25	28	28	21	32	5,7%
Erechim	RS	17	17	19	21	22	25	23	5,2%
Eunápolis	BA	20	27	31	30	30	31	33	8,7%
Guanambi	BA	20	22	22	22	22	25	27	5,1%
Guarapuava	PR	44	45	44	39	38	39	44	0,0%
Guarujá	SP	48	50	61	67	61	64	60	3,8%
Guarulhos	SP	175	222	211	193	191	182	174	-0,1%
Ijuí	RS	26	19	19	20	19	19	22	-2,7%

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Município	UF	Out. 2013	Set. 2014	Set. 2015	Set. 2016	Set. 2017	Set. 2018	Set. 2019	CAGR 2013-2019
Itabuna	BA	30	36	41	36	41	49	53	9,9%
Jaboatão dos Guararapes	PE	88	91	99	115	121	120	129	6,6%
Jacobina	BA	19	24	18	19	20	22	22	2,5%
Jaraguá do Sul	SC	26	34	38	40	36	35	35	5,1%
Jaú	SP	21	22	23	28	25	26	17	-3,5%
Juazeiro	BA	55	59	61	63	63	63	63	2,3%
Mauá	SP	55	104	96	99	101	82	65	2,8%
Novo Hamburgo	RS	46	58	65	74	76	75	75	8,5%
Osasco	SP	46	71	76	115	101	98	99	13,6%
Passos	MG	21	24	22	24	28	30	28	4,9%
Pato Branco	PR	18	20	20	20	19	21	23	4,2%
Piracicaba	SP	61	73	70	79	75	80	72	2,8%
Poços de Caldas	MG	34	36	40	39	41	42	43	4,0%
Rio Claro	SP	21	26	24	23	25	26	33	7,8%
São Bernardo do Campo	SP	116	132	138	140	140	142	151	4,5%
São José dos Campos	SP	58	93	95	90	96	103	112	11,6%
São Leopoldo	RS	23	21	22	23	23	25	25	1,4%
Sete Lagoas	MG	37	55	59	56	59	63	61	8,7%
Três Rios	RJ	23	28	28	28	29	32	30	4,5%
Umuarama	PR	21	29	26	26	25	25	26	3,6%
Vilhena	RO	13	32	32	24	25	24	23	10,0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Indicador “existência de Caps”

Na Tabela 3, apresentam-se a quantidade de Caps de cada município ao longo do recorte temporal e a CAGR para o período selecionado.

Constata-se que todos os municípios possuíam Caps desde o ano de promulgação da lei, mantendo sua existência ao longo do período analisado. Como o critério posto é somente ter esse equipamento, ratifica-se que 100% dos municípios permaneceram cumprindo esse critério durante o período avaliado.

Partindo para a análise da CAGR, pode-se observar que 19 municípios (51,4%) mantiveram a quantidade ao longo do período histórico. Dois municípios (5,4%), Contagem-MG e Jaboaão dos Guararapes-PE, apresentaram redução no período de 2013-2019, com CAGR de -3,7% e -4,7%, respectivamente. No outro prisma, 16 municípios (43,2%) apresentaram CAGR positiva para esse indicador, ou seja, novos Caps foram construídos ao longo desse período.

A existência desse cenário de prática nos municípios-sede de escolas médicas propicia a inclusão dos estudantes em espaços que permitam o desenvolvimento de ensino-

aprendizagem em saúde mental, aspecto extremamente necessário para a formação do futuro médico¹⁹.

A vivência prática no Caps pode desenvolver nos estudantes a perspectiva do cuidado e da assistência integral no âmbito da saúde mental¹⁷, ampliando a formação médica para além da perspectiva da psiquiatria²⁰.

Indicador “existência de hospital de ensino ou unidade hospitalar com potencial para hospital de ensino”

Na Tabela 4, reúne-se a quantidade de hospitais de cada município por ano de estudo e a CAGR para o período em análise.

Nota-se que todos os municípios possuíam hospital registrado no CNES ao longo do recorte temporal estabelecido. Como o requisito do indicador é apenas ter o equipamento, 100% dos municípios mantiveram o seu cumprimento.

No entanto, ao evidenciar a CAGR, apreende-se que nove municípios (24,3%) apresentaram CAGR negativa. Ou seja, houve redução do número cadastrado de hospitais. Dezoito municípios (48,7%) mantiveram-se com a mesma quantidade de hospitais. E dez municípios (27,0%) tiveram taxa de crescimento positiva

de 2013-2019, com construção de novos hospitais, destacando-se os municípios de Guarujá-SP, Erechim-RS e Araçatuba-SP, com CAGR de 26,0%, 12,2% e 12,2%, respectivamente. Em números absolutos, o primeiro cresceu de um hospital para quatro

hospitais, e os dois últimos de dois para quatro hospitais. Isso sugere investimentos nos equipamentos públicos de saúde e, conseqüentemente, uma maior oferta de cenários para a prática em serviço imprescindível para a formação médica.

Tabela 3. Existência de Caps, no período de 2013 a 2019, nos municípios selecionados no primeiro chamamento público para a implantação de curso de graduação em Medicina por IES privada.

Município	UF	Out.	Set.	Set.	Set.	Set.	Set.	Set.	CAGR 2013-2019
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Alagoinhas	BA	1	1	1	1	1	1	1	0,0%
Angra dos Reis	RJ	3	3	3	3	3	3	3	0,0%
Araçatuba	SP	1	1	1	1	3	3	3	20,1%
Araras	SP	1	1	2	2	2	2	2	12,2%
Bauru	SP	3	4	4	4	4	4	4	4,9%
Cachoeiro de Itapemirim	ES	2	2	2	2	2	2	2	0,0%
Campo Mourão	PR	1	2	2	2	2	2	2	12,2%
Contagem	MG	5	5	4	4	4	4	4	-3,7%
Cubatão	SP	2	2	2	2	2	2	2	0,0%
Erechim	RS	2	2	2	2	2	2	2	0,0%
Eunápolis	BA	3	3	3	3	3	3	3	0,0%
Guanambi	BA	1	2	2	2	2	2	2	12,2%
Guarapuava	PR	2	4	4	4	4	4	4	12,2%
Guarujá	SP	4	4	4	4	4	4	4	0,0%
Guarulhos	SP	7	7	7	7	7	7	7	0,0%
Ijuí	RS	3	3	3	3	3	3	3	0,0%
Itabuna	BA	3	3	3	3	3	3	3	0,0%
Jaboatão dos Guararapes	PE	4	4	4	4	3	3	3	-4,7%
Jacobina	BA	2	2	2	2	2	2	2	0,0%
Jaraguá do Sul	SC	2	3	3	3	3	3	3	7,0%
Jaú	SP	1	1	1	1	1	1	1	0,0%
Juazeiro	BA	2	2	2	2	3	3	3	7,0%
Mauá	SP	3	3	3	3	3	3	3	0,0%
Novo Hamburgo	RS	5	5	5	5	5	5	5	0,0%
Osasco	SP	2	3	3	3	3	3	3	7,0%
Passos	MG	2	2	2	2	2	2	2	0,0%
Pato Branco	PR	1	1	1	1	1	1	1	0,0%
Piracicaba	SP	1	1	1	1	1	1	2	12,2%
Poços de Caldas	MG	1	1	1	1	1	1	2	12,2%
Rio Claro	SP	3	3	3	3	3	3	3	0,0%
São Bernardo do Campo	SP	7	8	8	8	9	9	9	4,3%
São José dos Campos	SP	4	4	4	5	5	5	5	3,8%
São Leopoldo	RS	2	2	2	2	3	3	3	7,0%
Sete Lagoas	MG	2	3	3	3	3	3	3	7,0%
Três Rios	RJ	2	2	2	2	2	2	2	0,0%
Umuarama	PR	1	2	2	2	2	2	2	12,2%
Vilhena	RO	1	1	1	1	1	1	1	0,0%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 4. Hospital de ensino ou unidade hospitalar com potencial para hospital de ensino, no período de 2013 a 2019, nos municípios selecionados no primeiro chamamento público para a implantação de curso de graduação em Medicina por IES privada.

Município	UF	Out. 2013	Set. 2014	Set. 2015	Set. 2016	Set. 2017	Set. 2018	Set. 2019	CAGR 2013-2019
Alagoinhas	BA	2	2	2	2	2	2	2	0,0%
Angra dos Reis	RJ	4	5	5	5	5	5	6	7,0%
Araçatuba	SP	2	2	2	3	3	3	4	12,2%
Araras	SP	3	3	3	3	3	3	3	0,0%
Bauru	SP	7	7	7	5	6	6	7	0,0%
Cachoeiro de Itapemirim	ES	4	4	4	3	3	3	3	-4,7%
Campo Mourão	PR	3	3	3	3	3	3	3	0,0%
Contagem	MG	3	3	3	3	4	4	4	4,9%
Cubatão	SP	2	2	2	2	2	2	2	0,0%
Erechim	RS	2	2	2	2	3	4	4	12,2%
Eunápolis	BA	5	5	4	4	4	4	4	-3,7%
Guanambi	BA	4	4	3	3	3	3	4	0,0%
Guarapuava	PR	3	3	3	3	3	3	3	0,0%
Guarujá	SP	1	2	2	3	3	4	4	26,0%
Guarulhos	SP	10	10	10	11	12	12	12	3,1%
Ijuí	RS	3	3	3	3	3	3	3	0,0%
Itabuna	BA	3	3	3	3	3	3	2	-6,5%
Jaboatão dos Guararapes	PE	7	7	7	7	7	8	8	2,3%
Jacobina	BA	3	3	3	3	3	3	3	0,0%
Jaraguá do Sul	SC	3	3	2	2	2	2	2	-6,5%
Jaú	SP	1	1	1	1	1	1	1	0,0%
Juazeiro	BA	3	3	3	3	4	4	5	8,9%
Mauá	SP	5	5	4	4	4	4	4	-3,7%
Novo Hamburgo	RS	3	3	3	3	3	3	3	0,0%
Osasco	SP	6	6	6	6	6	6	5	-3,0%
Passos	MG	2	2	2	2	2	2	2	0,0%
Pato Branco	PR	3	3	3	3	5	5	3	0,0%
Piracicaba	SP	5	4	4	4	4	5	4	-3,7%
Poços de Caldas	MG	5	5	5	5	5	5	5	0,0%
Rio Claro	SP	3	3	3	3	3	3	3	0,0%
São Bernardo do Campo	SP	12	12	13	13	13	12	12	0,0%
São José dos Campos	SP	12	12	11	12	12	14	14	2,6%
São Leopoldo	RS	1	1	1	1	1	1	1	0,0%
Sete Lagoas	MG	3	3	4	4	4	4	3	0,0%
Três Rios	RJ	2	2	2	2	1	1	1	-10,9%
Umuarama	PR	3	3	3	4	4	4	4	4,9%
Vilhena	RO	3	3	2	2	2	2	2	-6,5%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Nesse âmbito, consoante as DCN do curso de Medicina, o hospital é um dos cenários de prática que devem estar presentes no processo de formação, articulado com espaços sociais de

convivência, unidades de atenção básica, atenção domiciliar, ambulatorios de especialidades, de modo a proporcionar a experiência da continuidade da atenção³.

Nota-se, assim, que as diretrizes incluem a necessidade da diversificação de cenários para a formação médica, mas a aprendizagem em hospital, com supervisão contínua e qualificada, continua sendo essencial para a formação profissional²¹.

Consolidado da CAGR e indicadores por município

Na Tabela 5, apresenta-se um consolidado das taxas de crescimento para cada indicador estudado, dentro do recorte temporal definido, com um farol ilustrativo de acordo com o resultado de cada município.

Tabela 5. Taxa de crescimento anual composta por indicador por município, 2013-2019.

Município	UF	Número de leitos disponíveis do SUS por aluno igual ou superior a cinco	Mínimo de 17 equipes de atenção básica	Existência de Caps	Hospital de ensino ou unidade hospitalar com potencial para hospital de ensino
Alagoinhas	BA	1,2%	5,1%	0,0%	0,0%
Angra dos Reis	RJ	5,5%	-0,5%	0,0%	7,0%
Araçatuba	SP	-7,2%	5,1%	20,1%	12,2%
Araras	SP	-1,6%	-0,8%	12,2%	0,0%
Bauru	SP	-1,7%	4,3%	4,9%	0,0%
Cachoeiro de Itapemirim	ES	-12,0%	1,8%	0,0%	-4,7%
Campo Mourão	PR	3,5%	-2,9%	12,2%	0,0%
Contagem	MG	1,4%	2,3%	-3,7%	4,9%
Cubatão	SP	-11,1%	5,7%	0,0%	0,0%
Erechim	RS	4,4%	5,2%	0,0%	12,2%
Eunápolis	BA	-5,4%	8,7%	0,0%	-3,7%
Guanambi	BA	5,5%	5,1%	12,2%	0,0%
Guarapuava	PR	-0,2%	0,0%	12,2%	0,0%
Guarujá	SP	-0,9%	3,8%	0,0%	26,0%
Guarulhos	SP	0,0%	-0,1%	0,0%	3,1%
Ijuí	RS	-2,6%	-2,7%	0,0%	0,0%
Itabuna	BA	-7,1%	9,9%	0,0%	-6,5%
Jaboatão dos Guararapes	PE	2,9%	6,6%	-4,7%	2,3%
Jacobina	BA	-12,7%	2,5%	0,0%	0,0%
Jaraguá do Sul	SC	0,9%	5,1%	7,0%	-6,5%
Jaú	SP	0,1%	-3,5%	0,0%	0,0%
Juazeiro	BA	2,7%	2,3%	7,0%	8,9%
Mauá	SP	-7,0%	2,8%	0,0%	-3,7%
Novo Hamburgo	RS	-2,8%	8,5%	0,0%	0,0%
Osasco	SP	-0,4%	13,6%	7,0%	-3,0%
Passos	MG	-9,1%	4,9%	0,0%	0,0%
Pato Branco	PR	1,5%	4,2%	0,0%	0,0%
Piracicaba	SP	1,0%	2,8%	12,2%	-3,7%
Poços de Caldas	MG	-1,9%	4,0%	12,2%	0,0%
Rio Claro	SP	-6,1%	7,8%	0,0%	0,0%
São Bernardo do Campo	SP	1,2%	4,5%	4,3%	0,0%
São José dos Campos	SP	-0,2%	11,6%	3,8%	2,6%
São Leopoldo	RS	-7,6%	1,4%	7,0%	0,0%
Sete Lagoas	MG	-1,7%	8,7%	7,0%	0,0%
Três Rios	RJ	-6,0%	4,5%	0,0%	-10,9%
Umuarama	PR	10,5%	3,6%	12,2%	4,9%
Vilhena	RO	2,5%	10,0%	0,0%	-6,5%

■ CAGR positiva ■ CAGR zero ■ CAGR negativa.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Nota-se que, dos 37 municípios, somente dois (5,4%), Juazeiro-BA e Umuarama-PR, apresentaram CAGR positiva para todos os indicadores investigados. Quatro municípios (10,8%), Erechim-RS, Guanambi-BA, Pato Branco-PR e São Bernardo do Campo-SP, ou apresentaram crescimento ao longo do tempo ou garantiram o mesmo resultado da época da seleção. Por fim, 31 municípios (84%) apresentaram uma ou duas CAGR negativas dentre os quatro indicadores.

É manifesto que este estudo possui como uma das limitações o fato de avaliarmos os resultados a partir de dados secundários e, portanto, estarmos sujeitos à falta de confiabilidade, precisão e integralização dos dados.

Contudo, até o nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que realiza uma análise do cumprimento de critérios, por parte dos municípios, para a expansão e consolidação das escolas médicas no país. Portanto, o presente estudo lança luz a um aspecto pouco debatido, mas extremamente importante.

Decerto a análise puramente quantitativa desses indicadores não é o suficiente para se assegurar a qualidade da formação, mas, indubitavelmente, não ter a garantia de equipamentos públicos e equipes de saúde fragiliza o processo formativo, já que a aprendizagem nos cenários de práticas reais é imprescindível na graduação médica.

Em um cenário de crescente expansão no âmbito da educação médica no Brasil, atentar-se para o cumprimento dos critérios de abertura/funcionamento das escolas é de fundamental importância para a garantia da qualidade de formação e da oferta de saúde à sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste artigo foi investigar o cumprimento dos critérios estabelecidos no primeiro chamamento público pelos municípios selecionados e com escolas médicas implantadas por meio da LMM. Pôde-se apreender que todos os municípios-alvo mantiveram o cumprimento desses critérios para os indicadores “número de equipes de atenção básica”, “existência de Caps” e “hospital de ensino”, a despeito de alguns terem apresentado taxa de crescimento negativa ao longo do recorte temporal analisado.

Para o indicador “número de leitos disponíveis do SUS por aluno igual ou superior a cinco”, constata-se que há uma fragilidade para a análise desse indicador somente com os dados de acesso público. Primeiro, porque seria possível somar os leitos de outros municípios do núcleo regional de saúde para se estar apto nesse indicador, mas a informação sobre se isso ocorreu não está disponível. Segundo, porque, mesmo já tendo um número de leitos abaixo do metrificado, comprovou-se no presente estudo que a maioria dos municípios apresentou taxa negativa de crescimento.

Revela-se, assim, a importância de se estabelecer uma política de monitoramento dos critérios que competem aos municípios, tal como há para o acompanhamento e monitoramento dos critérios que competem às IES.

É imprescindível destacar que este artigo verificou os municípios selecionados no primeiro chamamento público da LMM. Não obstante, uma segunda chamada pública para os municípios ocorreu em 2017, e, em 2023, foi divulgada uma nova relação de municípios pré-selecionados para o chamamento de IES privadas funcionarem o curso de Medicina, reunindo novas possibilidades de adentramento em municípios do interior, formação de novos médicos e redução das assimetrias na distribuição desses profissionais.

Isso posto, é mandatória a necessidade de se instituir um observatório para o monitoramento das condições mínimas dos equipamentos públicos de saúde dos municípios-sede de escolas médicas, para assegurar cenários de prática e equipes de saúde que possibilitem práticas em serviço inexoráveis à graduação médica. Afinal, o propósito não deve ser somente aumentar o número de médicos, mas também assegurar uma formação de qualidade desses novos médicos. E isso perpassa tanto as IES quanto os equipamentos públicos de saúde dos municípios.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Flávia Guimarães Menezes Silva participou da escrita, revisão e edição do manuscrito. Paulo André Jesuino dos Santos participou da visualização e validação do estudo. Luiz Fernando Quintanilha participou da validação e supervisão do estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

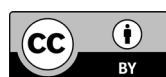
FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

1. 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2019 [acesso em 14 nov 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm.
2. Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior. Edital nº 3, de 22 de outubro de 2013. Abmes; 2013 [acesso em 31 out 2022]. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1475/edital-curso-de-medicina-n-3>.
3. Brasil. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União; 23 jun. 2014 [acesso em 21 abr 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view.
4. Ministério da Educação. Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas – Camem [acesso em 6 abr 2024]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=59441>.

5. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(54):623-34.
6. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet*. 2015;20(11):3547-52.
7. Girardi SN, Stralen ACSV, Cella JN, Maas LWD, et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em atenção primária à saúde. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(9):2675-84.
8. Netto JJM, Rodrigues ARM, Aragão OC, Goyanna, NF, et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:1-7.
9. Brasil. Portaria nº 545, de 26 de setembro de 2016. Divulgada a relação de mantenedoras selecionadas e classificadas no âmbito do Edital nº 6, de 23 de dezembro de 2014. *Diário Oficial da União*; 27 set 2016. Seção 1, n. 186.
10. Brasil. Governo federal investiu mais de R\$ 540 bilhões para o enfrentamento da pandemia no Brasil. Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 24 maio 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/governo-federal-investiu-mais-de-r-540-bilhoes-para-o-enfrentamento-da-pandemia-no-brasil>.
11. Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior. Edital nº 6, de 23 de dezembro de 2014. Abmes; 2014 [acesso em 31 out 2022]. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1701>.
12. Spotfire. Taxa de crescimento anual composta [acesso em 7 abr 2024]. Disponível em: https://docs.tibco.com/pub/sfire-cloud/14.2.0/doc/html/pt-BR/TIB_sfire_client/client/topics/pt-BR/compound_annual_growth_rate.html.
13. Guedes M. CAGR: o que é e como calcular essa importante métrica. Varos; 2024 [acesso em 7 abr 2024]. Disponível em: <https://varos.com.br/blog/artigo/o-que-e-cagr>.
14. Machado C, Oliveira JM, Malvezzi E. Repercussões das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas. *Interface (Botucatu)*. 2021;1-15.
15. Cabeça H. 92% das faculdades brasileiras não observam critérios para oferecer formação de qualidade. Conselho Federal de Medicina; 2021 [acesso em 16 jun 2024]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/94-das-escolas-medicas-brasileiras-nao-observam-criterios-para-oferecer-formacao-de-qualidade>.
16. Conselho Federal de Medicina. Faltam leitos para que o estudante possa praticar a medicina. CFM; 2021 [acesso em 16 jun 2024]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/faltam-leitos-para-que-o-estudante-pratique-a-medicina>.
17. Touse MFS, Figueiredo GLA. A educação médica nos cenários de práticas em anos iniciais da formação: sentidos tecidos pelo photovoice. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:1-19.
18. Lobo LC. Educação médica nos tempos modernos. *Rev Bras Educ Med*. 2015;39(2):328-32.
19. Bessa SSO, Melo LG, Peixoto MT, Souza SL, Carvalho, RC. Acolhimento em um centro de atenção psicossocial: relato de experiência de um médico em formação. *Rev Bras Educ Med* 2022;46(3):e122.
20. Cavalcanti MT, Gomes MK, Azevedo LMS. Internato de saúde mental para alunos de Medicina: qual o melhor cenário de formação? *Revista Interface (Botucatu)*. 2020;24:e190159.
21. Amaral E. Problemas complexos exigem soluções complexas: a garantia da qualidade de desempenho dos médicos. Academia Paulista de Educação. 2024 [acesso em 16 jun 2024]. Disponível em: <https://www.apedu.org.br/site/artigo-problemas-complexos-exigem-solucoes-complexas-a-garantia-da-qualidade-de-desempenho-dos-medicos/>.



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.