

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00184>

## PROGRAMA MAIS MÉDICOS E DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS: AVANÇOS E FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

MORE DOCTORS PROGRAM AND NATIONAL SYLLABUS GUIDELINES: IMPROVEMENTS AND STENGTHENING OF THE HEALTH SYSTEM

Felipe Proenço de Oliveira  (<https://orcid.org/0000-0002-5900-0174>)<sup>1</sup>, Leonor Maria Pacheco Santos   
(<https://orcid.org/0000-0002-6739-6260>)<sup>2</sup>, Helena Eri Shimizu  (<https://orcid.org/0000-0001-5612-5695>)<sup>3</sup>

1

Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

<proenco@ccm.ufpb.br>

<sup>2</sup> Universidade Brasília, Departamento de Saúde Coletiva, Brasília, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Brasília, Brasil.

**Resumo** Há iniciativas, em diversos países, de adequar a formação médica às necessidades dos sistemas de saúde. No Brasil, o Programa Mais Médicos introduziu as modificações mais recentes estabelecendo um novo marco regulatório na formação médica exposto nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais, enfatizando o desenvolvimento de capacidades profissionais na atenção básica. Neste estudo, buscou-se analisar as representações sociais de estudantes de medicina sobre o trabalho na atenção básica no contexto de implantação das referidas diretrizes. Para tanto, 149 estudantes de medicina de cursos públicos ‘tradicionais’ e ‘novos’ da Região Nordeste responderam a um questionário sociodemográfico e a um roteiro de evocação livre no segundo semestre de 2017. Os resultados demonstram um perfil de estudantes correspondente à ‘primeira geração universitária’ nas escolas ‘novas’. Nestas escolas, as representações sociais dos estudantes de medicina são mais condizentes com as novas diretrizes, com destaque para a evocação de termos como ‘vínculo’, ‘responsabilidade’ e ‘comunidade’. Nas escolas ‘tradicionais’, os termos mais destacados foram ‘desvalorizado’ e ‘precariedade’, sugerindo uma vivência insuficiente destes estudantes na atenção básica. Espera-se que as experiências inovadoras analisadas possam ser multiplicadas e aprofundadas na radicalidade necessária para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde em uma formação de acordo com as necessidades sociais.

**Palavras-chave** Programa Mais Médicos; educação médica; atenção básica; atenção primária; diretrizes curriculares.

**Abstract** In many countries there are initiatives of adapting the medical training to the needs of the health systems. In Brazil, the More Doctors Program (Programa Mais Médicos, in Portuguese) introduced the most recent changes, establishing a new regulatory framework in the medical training, which is expressed in the National Syllabus Guidelines, emphasizing the development of professional abilities in primary health care. In the present study, we tried to analyze the social representations of medicine students about the work in primary health care within the context of the implementation of the aforementioned guidelines. In order to do so, 149 medicine students from ‘traditional’ and ‘new’ public courses in the Northeastern region of Brazil answered a sociodemographic questionnaire and a free evocation script in the second semester of 2017. The results show a student profile that corresponds to the ‘first university student generation’ of the ‘new schools’. In these schools, the social representations of the medicine students are more in line with the new guidelines, with an emphasis on the evocation of terms such as ‘bond’, ‘responsibility’ and ‘community’. In the ‘traditional’ schools, the terms that stood out the most were ‘underappreciation’, and ‘precariousness’, which suggests that these students do not have enough experience in primary health care. We hope that the innovative experiences that were analyzed can be multiplied and deepened in the radicality needed for the strengthening of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde, in Portuguese), with training that is in line with the social needs.

**Keywords** more doctors program; medical training; primary health care; syllabus guidelines.



Este é um artigo publicado em acesso aberto sob uma licença Creative Commons.

## Introdução

Em todo o mundo, os sistemas de saúde têm passado por profundas mudanças, fruto de transições demográficas, epidemiológicas e econômicas (Crisp e Chen, 2013). Um dos componentes críticos para garantir um sistema de saúde universal é o da formação e alocação dos trabalhadores em saúde. Nesse contexto, vários países sofrem com a escassez de médicos: a disponibilidade desses profissionais em número suficiente, e alocados nas regiões necessárias, é um importante desafio que se impõe (Póvoa e Andrade, 2006; Groblet et al., 2009).

A literatura aponta que as estratégias para enfrentar a problemática de atrair e fixar médicos em áreas remotas incluem diferentes dimensões, entre elas o desenvolvimento de políticas educacionais (Lehmann, Dieleman e Martineau, 2008; Chen, 2010; Viscomi, Larkins e Gupta, 2013). Nesta dimensão, destaca-se o trabalho elaborado por uma comissão independente de 20 pesquisadores de diversos continentes em 2010, que fez uma análise crítica dos avanços e limites do Relatório Flexner, cem anos após o seu lançamento. Intitulado *Educational of Health Professionals for the 21<sup>st</sup> Century*, o relatório desta comissão, publicado na Revista *The Lancet*, destaca que as mudanças na formação desencadeadas pelo Relatório Flexner possibilitaram melhorias nos indicadores de saúde. Entretanto, não conseguiram enfrentar as iniquidades desse setor e necessitam de revisões com bases em novos problemas de saúde enfrentados no século atual (Frenk et al., 2010).

Ao mesmo tempo em que se faz a análise dos limites do modelo de formação baseado no Relatório Flexner, a comissão recomenda reformas da educação médica que possibilitem a sinergia das ações das instituições de ensino com as iniciativas dos sistemas de saúde. O relatório aponta a falta de sintonia da formação com as mudanças ocorridas nos sistemas de saúde, enfatizando que os cursos de medicina apresentam, em geral, currículos fragmentados, desatualizados e estáticos, não conseguindo enfrentar as iniquidades persistentes nos sistemas (Frenk et al., 2010).

A necessidade de mudanças na formação em saúde no Brasil foi motivação para uma série de ações governamentais nos últimos anos. A iniciativa de maior abrangência nessa área, contemplando aspectos regulatórios e normativos, foi o Programa Mais Médicos (PMM), criado por meio da medida provisória n. 621/2013, posteriormente convertida na lei n. 12.871/2013 (Brasil, 2013b). Entre as iniciativas para a mudança da formação médica, o PMM propôs reordenar a oferta de cursos de medicina e de vagas de residência médica; estabelecer novos parâmetros para a formação médica no Brasil; e promover aperfeiçoamento de médicos na área da atenção básica por meio de iniciativas de integração ensino-serviço (Brasil, 2015).

São recorrentes as análises e relatos de que a formação médica não está de acordo com as necessidades sociais e, portanto, não consegue corresponder ao que é preconizado para o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao observar a atitude do estudante de medicina no Brasil, Feuerwerker (2002) critica o modelo pedagógico da graduação e as dificuldades de estabelecer atividades práticas que reflitam a realidade do sistema de saúde. Na referida obra, a autora menciona que “quase ninguém examina, nem conversa, nem se responsabiliza pelos pacientes, esse é o modelo de prática que tem sido oferecido aos estudantes” (Feuerwerker, 2002, p. 12-13).

Amoretti (2005) descreve a formação como essencialmente positivista, centrada na competência profissional e na busca de qualificação somente em determinada especialidade. Ele entende que o paradigma biomédico vigente insiste em privilegiar as tecnologias em detrimento aos exames clínicos na definição dos diagnósticos. Além disso, cria-se na formação uma expectativa liberal e autônoma da profissão médica, que pode corresponder à realidade de alguns poucos professores, mas não encontra sustentação na atual situação do mercado de trabalho médico para a imensa maioria dos profissionais. Os estudantes formados nesse modelo são críticos ao SUS e defendem posturas corporativistas (Amoretti, 2005). Uma das consequências da formação médica centrada no olhar de especialistas em detrimento de generalistas, associada ao envelhecimento da população, seria uma escalada nos custos para os sistemas de saúde, sem proporcional melhoria das condições de saúde da população (Batista, Vilela e Batista, 2015).

Além disso, o processo de formação ocasiona distorções com a transição de uma representação idealista da profissão médica ao início da formação, intrinsecamente humanista, para uma representação tecnicista-cientificista, voltada para uma atuação profissional especializada. Esta concepção pode explicar, entre outras consequências, uma especialização precoce do futuro médico, contribuindo ainda mais para o distanciamento entre a formação e as necessidades do sistema de saúde (Aguar, 2001).

Baseado em elaborações que propõem a transformação da educação médica, como as da Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem), a formulação do PMM dedicou atenção especial para a formação médica. Foi elaborado um capítulo específico sobre o tema na medida provisória n. 621/2013. Suas propostas geraram grande discussão, que culminaram na conversão da medida provisória na lei n. 12.871/2013 (Oliveira et al., 2017). Entre as medidas propostas, estava a publicação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Graduação em Medicina.

As novas DCNs foram aprovadas pela resolução do Ministério da Educação n. 3, de 20 de junho de 2014 (Brasil, 2014), tendo como principal eixo a aproximação do processo de formação com as necessidades de saúde da população e ao modo de organização do SUS. Tradicionalmente, Instituições

de Ensino Superior compatibilizavam os currículos acadêmicos de maneira incipiente com as DCNs, comprometendo a inserção de novos profissionais no sistema público de saúde (Miranda et al., 2009). Somente a partir da promulgação da Lei do Mais Médicos, a adoção das DCNs tornou-se obrigatória (Oliveira et al., 2017).

Entre os destaques das novas DCNs estão a necessidade de uma maior inserção do estudante na Atenção Básica (AB), a exemplo do que é proposto no internato. Nesta situação, há uma carga horária de 30% que engloba AB e urgência e emergência. Outros destaques das novas DCNs são o desenvolvimento do perfil de competência do graduando nas dimensões de gestão, atenção e educação em saúde, bem como a adoção de metodologias centradas no aluno, tendo o professor como mediador do processo ensino-aprendizagem (Brasil, 2014). É possível que a combinação dessas disposições viabilize a formação de um médico mais adequado às necessidades do SUS, considerando que mudanças isoladas, a exemplo de cursos que adotaram a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas, demonstraram limitações em atingir as transformações esperadas (Gomes e Rego, 2011).

Além das DCNs, o PMM propôs critérios para a abertura de cursos de medicina em municípios do interior de estados com baixo número de vagas por habitante, bem como dispôs sobre uma avaliação progressiva dos estudantes de medicina realizada ao longo do curso. Do mesmo modo, trouxe um novo percurso formativo para a especialização do profissional, por meio da residência de medicina de família e comunidade com a criação de vagas de residência médica em número suficiente para todos os egressos da graduação (Brasil, 2015). Espera-se, com esse novo marco regulatório, que ocorram mudanças nas concepções que os estudantes de medicina têm sobre a prática médica e o sistema público de saúde, principalmente em cursos cuja criação foi impulsionada pelo PMM e que observaram as DCNs de 2014 desde o início do seu desenvolvimento.

Buscou-se, neste trabalho, analisar como os estudantes de medicina percebem essas modificações e compreendem a importância na sua formação (vislumbrando a futura prática profissional) da temática sobre o trabalho na AB. Para tanto, interessou estudar as representações sociais dos estudantes de medicina, em cursos 'tradicionais' que formam médicos há décadas e cursos 'novos', criados em iniciativas potencializadas pelo PMM.

### **Percurso metodológico**

Este estudo é uma das dimensões da pesquisa intitulada Impacto das Diretrizes Curriculares Nacionais na formação de médicos: atitudes e representações sociais de estudantes de medicina no interior e capitais da Região Nordeste, cujo objetivo foi avaliar em que grau os efeitos pretendidos pelas

DCNs de 2014 provocaram diferentes representações sociais e atitudes acerca da formação e do trabalho médico no SUS, em Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes) da Região Nordeste.

Neste artigo, analisa-se uma parte da pesquisa que dialoga com as representações sociais, na medida em que buscam compreender o significado e a intencionalidade de forma inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais. Desse modo, trabalha-se um universo de significados, aspirações, sentimentos, crenças e valores (Minayo, 2013). Busca-se, portanto, compreender as representações sociais dos estudantes de medicina em determinadas IFES da Região Nordeste.

Em um primeiro momento, foi realizado um estudo descritivo para conhecimento do perfil dos estudantes, seguido de um estudo qualitativo, baseado na grande teoria das representações sociais (Moscovici, 2010) e na teoria complementar do núcleo central (Abric, 1993).

As representações sociais são elementos simbólicos que as pessoas expressam mediante o uso das palavras e gestos. Também podem ser definidas como mensagens mediadas pela linguagem, construídas socialmente e, necessariamente, ancoradas no âmbito do contexto do indivíduo que as emite (Minayo, 2013). Enquanto se cria a representação de um objeto, também o sujeito se constitui. Quando o sujeito expressa uma opinião sobre um objeto, supõe-se a contribuição para a elaboração de uma representação (Franco, 2004).

As representações sociais não são necessariamente conscientes. Perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual, que se reproduz e se modifica com base nas estruturas e nas relações coletivas e dos grupos. Nelas estão presentes elementos tanto da dominação como da resistência, tanto das contradições e dos conflitos como do conformismo (Shimizu et al., 2015).

Ao abordarem-se as representações sociais, dois conceitos são importantes: a objetivação e a ancoragem (Minayo, 2013). A objetivação pode ser definida como a transformação de uma ideia, de um conceito ou de uma opinião em algo concreto. Cristaliza-se como um processo figurativo e social e passa a constituir o núcleo central de uma determinada representação, seguidamente evocada, concretizada e disseminada como se fosse o real daqueles que a expressam. A ancoragem constitui-se na parte operacional do núcleo central e na sua concretização, mediante apropriação individual e personalizada por parte de diferentes pessoas constituintes de grupos sociais diferenciados.

Para os objetivos desta pesquisa, também foram empregados os conceitos de núcleo central e núcleo periférico, definidos por Sá (1996). O núcleo central é marcado pela memória coletiva, refletindo as condições históricas, sociológicas e ideológicas do grupo; constitui base comum, consensual coletivamente partilhada das representações, propiciando homogeneidade do grupo social.

É estável, coerente, resistente à mudança, assegurando, assim, a continuidade e a consistência da representação; é relativamente pouco sensível ao contexto social e material imediato no qual a representação se manifesta. Já o núcleo periférico permite a integração das experiências e histórias individuais; suporta a heterogeneidade do grupo e as contradições; é evolutivo e sensível ao contexto imediato.

Foram estudados quatro cursos de medicina de Ifes da Região Nordeste, dois deles criados antes da década de 1960 (grupo 'tradicional') e dois em 2014 (grupo 'novo'). A escolha da Região Nordeste justifica-se pelo histórico de carência de médicos. Seus estados apresentam baixas taxas de médicos por mil habitantes. Foram selecionados, por sorteio, dois cursos 'novos' em regiões do interior (sem oferta anterior de medicina) e, posteriormente, escolhidos os cursos das capitais dessas regiões, da mesma Ifes do curso do interior, correspondendo ao grupo 'tradicional'.

A análise do Projeto Político Pedagógico (PPP) desses cursos permitiu observar que, nos 'tradicionais', não havia reformas curriculares recentes. Verificaram-se disciplinas isoladas de inserção na AB e a metodologia apresentava um predomínio de uso da transmissão. Nos cursos 'novos', o currículo foi estruturado a partir do preconizado nas DCNs de 2014, com metodologias ativas de ensino-aprendizagem e inserção semanal e longitudinal na AB.

A pesquisa ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2017 e foram convidados a participar todos os estudantes do sétimo semestre desses cursos. O referido semestre correspondia à etapa em que se encontravam a primeira turma dos cursos 'novos', portanto, a turma mais avançada em que seria possível desenvolver os instrumentos da pesquisa.

Entre os 198 estudantes matriculados no sétimo semestre desses cursos, 159 compareceram à aula no dia da aplicação do instrumento, dos quais 149 aceitaram participar voluntariamente do estudo: 68 dos cursos 'tradicionais' e 81 dos cursos 'novos'. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico, com perguntas semelhantes às aplicadas no questionário do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade). Depois, preencheram um roteiro de evocação livre, em que citavam três palavras que lhe ocorressem, imediatamente, em relação ao termo 'trabalho em atenção básica'. Em seguida, os estudantes enumeraram, em ordem de importância, as palavras ou expressões escritas para a hierarquização dos itens (Abric, 1993; Shimizu et al., 2015).

Os dados do questionário sociodemográfico foram sistematizados em planilha eletrônica e a análise univariada com a construção da distribuição de frequências foi realizada no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23.0.

As palavras citadas no roteiro de evocação livre foram analisadas com o auxílio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles*

de *Textes et de Questionnaires* (Iramuteq), que permite identificar a estrutura das representações sociais com uso de tabelas com palavras. A hierarquização também foi processada com auxílio do *software*, com o objetivo de reforçar ou reavaliar a colocação desses termos. Desse modo, foram priorizadas categorias e palavras em coerência com a análise desenvolvida na pesquisa qualitativa, buscando sintetizar as estruturas mais relevantes apresentadas pelos entrevistados e realizar um esforço de síntese que não desprezasse a riqueza das informações (Minayo, 2012).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (parecer n. 1.852.717).

## Resultados e Discussão

Os perfil dos participantes está na Tabela 1, segundo participantes de escolas 'tradicionais' e 'novas'. Percebe-se uma série de semelhanças entre os grupos. Ao mesmo tempo, destaca-se a existência de diferenças em variáveis como idade, renda familiar, ocupação no momento, ingresso por política afirmativa, presença de médicos na família e motivo de escolha da Ifes.

Essas características foram analisadas em relação aos dados nacionais do Enade sobre os respondentes dos cursos de medicina, cujos últimos dados disponibilizados são do ano de 2016. Uma limitação é que o Enade foi respondido somente pelos estudantes concluintes, portanto sem a participação de estudantes das escolas 'novas', criadas em 2014. Mesmo assim, entende-se que tais dados podem auxiliar, na análise geral, por traçarem um perfil abrangente dos estudantes de medicina brasileiros no ano em que é aplicado.

**Tabela 1**

Perfil sociodemográfico dos estudantes participantes da pesquisa em escolas 'tradicionais' e 'novas'. Brasil 2017.

Variáveis	Escola 'tradicional' (n = 68)		Escola 'nova' (n = 81)	
	Frequência (n)	Proporção (%)	Frequência (n)	Proporção (%)
Sexo				
Feminino	33	48,5	42	51,9
Masculino	35	51,5	39	48,1
Idade (anos)				
20 a 24	50	73,6	49	60,5
25 ou mais	12	17,6	31	38,3
Não respondeu	6	8,8	1	1,2
Estado Civil				
Casado	1	1,5	9	11,1
Solteiro	66	97,1	69	85,2
União estável	1	1,5	3	3,7
Escolaridade da mãe				
Nenhuma	0	0,0	1	1,2
Ensino fundamental	6	8,8	15	18,5
Ensino médio	16	23,5	22	27,2
Ensino superior	27	39,7	26	32,1
Pós-graduação	19	27,9	17	21,0
Escolaridade do pai				

Continua>

**Continuação - Tabela 1**

Perfil sociodemográfico dos estudantes participantes da pesquisa em escolas 'tradicionais' e 'novas'. Brasil 2017.

Nenhuma	1	1,5	2	2,5
Ensino fundamental	6	8,8	22	27,2
Ensino médio	22	32,4	24	29,6
Ensino superior	26	38,3	24	29,6
Pós-graduação	13	19,1	9	11,1
Renda familiar (salários mínimos)				
Até 1,5	8	11,8	11	13,6
1,5 a 3	8	11,8	16	19,8
3 a 4,5	9	13,2	15	18,5
4,5 a 6	9	13,2	15	18,5
6 a 10	19	27,9	8	9,9
Acima de 10	15	22,1	16	19,8
Financiado por programa governamental				
Sim	10	14,7	7	8,6
Não	58	85,3	74	91,4
Trabalha				
Sim	6	8,8	12	14,8
Não	62	91,2	69	85,2
Ingresso por política afirmativa				
Sim	19	27,9	37	45,7
Não	49	72,1	44	54,3
Escola predominante do ensino médio				
Privada	47	69,1	56	69,1
Pública	21	30,9	25	30,9
Tem familiar médico				
Sim	11	16,2	22	27,2
Não	57	83,8	59	72,8
Principal motivo para escolher medicina				
Influência familiar	3	4,4	4	4,9
Mercado de trabalho	16	23,5	15	18,5
Valorização profissional	15	22,1	10	12,3
Vocação	34	50,0	52	64,2
Principal motivo para ter escolhido a Ifes				
Facilidade de acesso	0	0,0	2	2,5
Gratuidade	15	22,1	34	42,0
Proximidade	5	7,4	14	17,3
Qualidade	46	67,6	25	30,9
Única que obteve aprovação	2	2,9	6	7,4

Fonte: Os autores.

Nota: Ifes – Instituição Federal de Ensino Superior.

Com relação à renda e escolaridade dos pais, no grupo de escolas 'novas', há uma maior concentração nas faixas abaixo de seis salários mínimos e na conclusão de ensinos fundamental e médio. No grupo de escolas 'tradicionais', há uma maior concentração nas faixas acima de seis salários mínimos e na conclusão dos ensinos superior e pós-graduação, mais semelhante ao perfil geral dos estudantes de medicina conforme relatório do Enade. Para Ristoff (2013), as situações em que ocorre uma correlação entre essas variáveis socioeconômicas são importantes na análise da possibilidade de mobilidade social e na redução da desigualdade social baseada nos anos de escolaridade. Desse modo, os estudantes das escolas 'novas' aproximam-se do que o autor denomina de 'a primeira geração universitária'.

As políticas afirmativas são consideradas decisivas para esse fenômeno e, mais uma vez, observa-se a diferença entre os dois grupos: enquanto 45,7% dos estudantes dos cursos 'novos' ingressaram por essa modalidade, o mesmo só ocorreu com 27,9% dos cursos 'tradicionais'. Entende-se que as políticas públicas de acesso e permanência assumem papel central na inclusão dos gru-



pos historicamente excluídos (Ristoff, 2013) e, portanto, têm uma atribuição decisiva nas escolas 'novas'. Apesar disso, não se percebe uma maior participação de estudantes oriundos de escolas públicas no grupo de cursos 'novos', já que a distribuição entre formação pública e privada entre os dois grupos é exatamente igual. Para Ristoff (2013), a participação de estudantes oriundos de escolas públicas nas universidades ainda está muito aquém do necessário e, portanto, merece mais atenção, mesmo de universidades que dispõem de políticas afirmativas. Esse quadro pode ser modificado com a efetivação da chamada Lei das Cotas, vigente a partir de 2012.

Nesse ínterim, é vista, de forma paradoxal, a presença de maior número de médicos na família no grupo de estudantes de escolas 'novas'. Esse dado sugere uma maior heterogeneidade entre os participantes desse grupo e também deve ser considerado na análise das representações sociais pela influência do familiar médico, na percepção dos participantes, sobre a escolha da profissão e o trabalho médico (Moreira et al., 2006).

Mesmo assim, não parece que a influência familiar foi tão decisiva na escolha pelo curso de medicina, já que essa motivação foi citada por menos de 5% dos participantes em ambos os grupos. Em consonância com outros estudos na área (Moreira et al., 2006; Fiorotti, Rossoni e Miranda, 2007), a vocação foi o principal motivo para os participantes, com índice de resposta acima de 50%. Há uma pequena predominância no grupo de escolas 'tradicionais' pelo mercado de trabalho como motivação para a escolha da medicina. Esse item, somado à ideia de valorização profissional, atinge percentuais superiores aos encontrados em estudos anteriores (Ferreira et al., 2000; Fiorotti, Rossoni e Miranda, 2007), sugerindo que essa possa ser uma tendência crescente a ser estudada.

No que se refere ao motivo de escolha da instituição, percebe-se diferentes motivações entre os grupos. Os estudantes das escolas 'tradicionais' reforçam uma reputação positiva da sua instituição, 67,6% deles destacam a qualidade como fator determinante. Já os estudantes das escolas 'novas' destacam, também, a oportunidade de ingressarem em uma instituição pública em uma região que anteriormente não possuía um curso de medicina. Tal fato reforça fatores como a gratuidade (42%) e a proximidade (17,3%), em consonância com a política proposta pelo PMM de interiorização da formação médica (Brasil, 2015).

As Figuras 1 e 2 sintetizam os achados de evocação livre e hierarquização de itens no momento em que o participante se deparava com o termo 'trabalho na atenção básica', para os cursos 'tradicionais', e 'novos', respectivamente.

O quadrante superior esquerdo indica palavras mais frequentes e prontamente evocadas, indicadoras do núcleo central da representação. O quadrante superior direito é o da primeira periferia, em que, mesmo com alta frequência, as palavras não foram tão prontamente evocadas. No quadrante inferior es-

querdo, tem-se a zona de contraste com elementos de baixa frequência, mas prontamente evocados. No quadrante inferior direito está a segunda periferia, com menores evocação e frequência (Camargo e Justo, 2016).

**Figura 1**

Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos 'tradicionais' de medicina quando questionados sobre o 'trabalho na atenção básica'. Brasil, 2017

Zona Central	Primeira Periferia
<b>Prevenção - 12 - 1.9</b> <b>Importante - 10 - 1.6</b> <b>Fundamental - 6 - 1.5</b> <b>Essencial 6 - 1.5</b>	Desvalorizado - 9 -2.3 Comunidade - 8 - 2.2 Precariedade - 5 - 2 Necessário - 5 - 2 USF - 5 - 2.8
Elementos Contrastantes	Segunda Periferia
Base - 3 - 1.7 Resolutividade - 3 - 1.7 Acolhimento - 2 - 1.5 Difícil - 2 - 1.5	Dificuldade - 4 - 2.2 Assistência - 3 - 2 Generalista - 3 - 2.3 Família - 3 - 2 Promoção - 3 - 2 Proximidade - 3 - 2 Território - 2 - 2 Primária - 2 - 2 Educação 2 - 2 Cuidado - 2 - 2

Fonte: Os autores.

**Figura 2**

Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos 'novos' de medicina quando questionados sobre o 'trabalho na atenção básica'. Brasil 2017

Zona Central	Primeira Periferia
<b>Prevenção - 13 - 1.8</b> <b>Acesso - 10 - 1.9</b> <b>Vínculo - 10 - 1.8</b> <b>Importante - 6 - 1.5</b> <b>Responsabilidade - 5 - 1.8</b>	Vocação - 10 - 2 Equipe - 9 - 2 Longitudinalidade - 9 - 2.2 Cuidado - 8 - 2 Comunidade - 6 - 2
Elementos Contrastantes	Segunda Periferia
Resolutividade - 4 - 1.8 Necessário - 4 - 1.2 Atenção - 4 - 1.8 Universalidade - 3 - 1 Desafio - 3 - 1 Entrada - 2 - 1.5 Multiprofissionalidade - 2 - 1 Amor - 2 - 1.5 Abrangente - 2 - 1 Assistencialismo - 2 - 2	Saúde - 4 - 2.5 Promoção - 4 - 2.2 Interdisciplinariedade - 4 - 2.2 Acolhimento - 3 -3 Dedicção - 3 - 2.3 Carência - 2 -3 Dificuldade - 2 - 2.5 Família - 2 - 2 Integralidade - 2 - 2.5 Trabalho - 2 -2 Planejamento - 2 -3 Árduo - 2 - 2 Sobrecarga - 2 -2 Desvalorização - 2 - 2 Tranquilo - 2 - 3 Chato - 2 -2 Temporário -2 -2

Fonte: Os autores.

Analisou-se principalmente, com os termos do núcleo central e da primeira periferia, por sua relevância na formação das representações sociais dos estudantes que apresentam relação com as DCNs. Em ambos os grupos, ou seja, tanto no núcleo central dos estudantes dos cursos 'tradicionais' como dos cursos 'novos', o termo mais destacado é a 'prevenção', o que indica o reconhecimento, por parte dos estudantes, da AB como o lócus para essa forma de cuidado.

Para Starfield (2004), a prevenção é uma das dimensões da AB, mas não é prerrogativa exclusiva desse nível de atenção, já que, ao abordar os problemas mais comuns de saúde, também devem ser desenvolvidas ações de cura e reabilitação. Em estudo realizado nacionalmente, no âmbito da Saúde da Família, constatou-se que a maior parte dos profissionais refere desenvolver atividades de prevenção, mas foi baixa a proporção de quem a realizou principalmente entre os médicos (Escorel et al., 2007), o que evidencia a distância entre o que é preconizado e o que é desenvolvido na AB (Lentsck et al., 2010).

Entende-se que "... a atenção básica, para ser resolutiva, reconhecida e ter legitimidade, não pode ser o lugar onde se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo." (Brasil, 2013a, p. 14). Ainda na implementação do Programa Saúde da Família, Franco e Merhy (1999) alertavam para o risco da separação entre a atenção coletiva e a individual. Portanto, esse resultado sugere a incorporação, ao longo da graduação, de uma visão baseada no modelo médico-privatista que não considera a capacidade de resolução da AB. Esse olhar tende a ser reforçado durante o curso de medicina, em que há uma fragmentação da formação pelo olhar das especialidades (Amoretti, 2005).

Ambos os grupos de estudantes destacam a relevância do trabalho na AB com uso de termos bastante frequentes como 'importante', 'fundamental' e 'essencial'. Esses termos estão ancorados nas DCNs de 2014, as quais destacam a necessidade de inserção dos estudantes na AB e refletem o resultado de diversos estudos sobre o impacto da AB na melhoria de indicadores do sistema de saúde (Paim et al., 2011).

Registradas as principais semelhanças nas representações entre os grupos, cabe analisar as diferenças. Considerando o núcleo central, destaca-se no grupo de escolas 'novas', a presença de termos como 'vínculo' e 'responsabilidade'. Uma revisão sistemática, (Brunello et al., 2010) demonstrou que uma série de publicações tem abordado o tema do vínculo na AB, considerado um fator relevante para a atenção à saúde. Graças ao vínculo, é possível melhorar o conhecimento dos reais problemas das pessoas atendidas pelos serviços e facilitar o relacionamento dos usuários com os profissionais.

O vínculo é um dos princípios da AB dentro da perspectiva da longitudinalidade do acompanhamento dos usuários e famílias (Starfield, 2004). É tido, também, como ferramenta terapêutica, ao ser listado como um dos elementos

essenciais do método da Medicina Centrada na Pessoa (Stewart et al., 2017). Desse modo, dialoga com o outro termo destacado nas escolas ‘novas’, que é o de ‘responsabilidade’, e aponta para a perspectiva de mudança do modelo assistencial no SUS por meio da organização de Redes de Atenção à Saúde. Nesse formato, é fundamental a responsabilização da equipe e do profissional com o cuidado do usuário, entendida também como ferramenta de gestão da clínica (Mendes, 2010).

Sugere-se que exercitar o vínculo e a responsabilidade seja mais viável em currículos que propiciem um contato maior e mais frequente do estudante com a AB. Muitas vezes, nos currículos tradicionais, o estudante tem contatos pontuais com as pessoas por ele atendidas e, geralmente, não consegue observar o desfecho das ações propostas para o usuário em virtude da rotina de troca de estágios. Nos currículos novos, diferentemente dos tradicionais, os estudantes participam do cuidado de pessoas e famílias ao longo do tempo, corresponsabilizando-se pelo seu acompanhamento no período mínimo de um semestre. Desse modo, podem vivenciar, intensamente, a responsabilização pelo cuidado com as pessoas e elaborar uma representação mais significativa sobre esse tema. Nesse contexto, inclusive, há indícios de que a inserção dos estudantes nas equipes de saúde da família pode melhorar a qualidade da assistência à saúde das pessoas do território onde estão (Caldeira, Leite e Rodrigues Neto, 2011).

Na análise da primeira periferia dos cursos ‘novos’, aparecem os termos ‘comunidade’ e ‘cuidado’. Novamente, a maior vivência na AB possibilitada pelos currículos ‘novos’ parece ser decisiva para as representações sociais dos estudantes. O cuidado pode ser visto sob a perspectiva emancipatória, que explicita as relações de poder existentes no processo de trabalho em saúde e contribui, portanto, para a autonomia das pessoas que procuram os serviços de saúde (Pires e Gottens, 2009). Essa perspectiva está em consonância com as competências da dimensão de atenção à saúde dispostas nas DCNs de 2014. Nas referidas diretrizes, valoriza-se não só os desejos e interesses dos usuários do SUS, bem como se estimula a autonomia intelectual do educando (Brasil, 2014).

A competência cultural e, portanto, a capacidade de conhecimento e interlocução com a comunidade e suas famílias, é tida como uma das ferramentas essenciais para o trabalho na AB (Oliveira e Pereira, 2013). Ao destacar o termo ‘comunidade’, os estudantes demonstram que a vivência curricular na AB não ficou restrita ao serviço de saúde e possibilitou, também, um entendimento do papel da comunidade no cuidado em saúde. Trata-se, portanto, de uma visão bem abrangente da AB, com a incorporação, nas representações sociais, de características que extrapolam a concepção teórica da AB.

Na primeira zona periférica, novamente, são percebidas diferenças entre as escolas. Para os estudantes das escolas ‘tradicionais’, passam a predomi-

nar termos como ‘desvalorizado’ e ‘precariedade’. Estudos têm demonstrado que a forma de vinculação dos profissionais na AB tem sido uma de suas principais fragilidades (Facchini et al., 2006; Gonçalves et al., 2009; Girardi et al., 2017). Ao mesmo tempo, refere-se que a prática clínica na AB tem má reputação entre médicos que atuam em outros serviços, devido à fragilidade de instrumentos que os médicos sem formação para AB têm ao se depararem com a realidade dos serviços (Oliveira e Pereira, 2013). Cabe destacar que os usuários da atenção básica têm uma percepção diferente. Ao analisar as suas representações sociais, foram mais evidenciadas percepções favoráveis sobre o acesso e a resolutividade da Estratégia de Saúde da Família (Martins et al., 2011). Mesmo assim, não deixa de haver correlação com um processo de precarização na AB que gera desgaste para os profissionais os quais atuam nestes serviços (Affonso e Bernardo, 2015).

Esta representação social, mais frequente nos estudantes de escolas ‘tradicionais’, pode estar relacionada à vivência desses discentes ao longo do curso de medicina com professores que pouco conhecem o SUS e não têm a experiência de acessar os serviços públicos. Reforçam-se, assim, ao longo da formação, visões negativas do sistema sem ao menos procurar conhecê-lo, tendência acentuada pelo cidadão que não utiliza o SUS, pois, possivelmente, terá uma visão mais pessimista do sistema em função de diversas influências, entre elas, a mídia (Moraes et al., 2017).

Para Caldeira, Leite e Rodrigues Neto (2011), é necessária uma maior integração entre estudantes, equipe e comunidade. Dessa forma, é possível alcançar um serviço mais efetivo e de qualidade, com aumento da satisfação dos profissionais e diferencial positivo na formação dos estudantes. Os autores defendem que é necessário ver o estudante como integrante da equipe de saúde e, portanto, sua inserção no serviço desde o início do curso pode facilitar este processo.

Gonçalves, Troll e Cyrino (2009) reforçam o pressuposto de que a falta de destaque para a AB e o exercício da profissão na saúde da família se correlacionam com a falta de interesse por esse trabalho. Em seu estudo, os médicos da saúde da família foram unânimes em dizer que não tiveram incentivo para a AB durante a formação.

Compreende-se, com essas análises, que a inserção do estudante a partir do primeiro ano do curso na AB, em consonância com as DCNs de 2014, tem um potencial importante para a mudança da formação e para criar uma nova concepção do estudante sobre o trabalho na AB. Os PPPs dos cursos ‘novos’ mostram uma maior carga horária de atividades na AB, caracterizados por currículos com metodologias ativas que possibilitam uma atitude mais reflexiva (Lima, 2017). Entretanto, admite-se a necessidade de novos estudos sobre esse tema (Gomes e Rego, 2011) e do entendimento de que somente mudanças metodológicas não são suficientes (Silva et al., 2018).

Consegue-se perceber as diferenças nas representações sociais de estudantes de escolas 'novas' e 'tradicionais', possivelmente, influenciadas pela organização do currículo e consequente inserção nas atividades da AB. Sugere-se que os termos mais significativos para os estudantes das escolas 'novas' refletem mais a realidade da AB do que os termos dos estudantes das escolas 'tradicionais'. Somam-se a isso as diferenças sociodemográficas entre os estudantes dos dois tipos de escola: os das instituições 'novas' aproximam-se do perfil chamado de 'a primeira geração universitária'.

Em artigo que analisa a experiência de um curso inovador de medicina, Melo et al. (2017) referem que novas experiências político-pedagógicas em curso no Brasil foram impulsionadas pelo PMM e referendam a potência do Programa. Entre as inovações descritas, está a fundamentação do curso no uso de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem e no ensino baseado na comunidade, proporcionando a inserção do estudante na AB desde os anos iniciais do curso. Destaca-se, ainda, a utilização de uma política de ação afirmativa nesse curso, a qual possibilitou o acréscimo de pontuação na seleção de ingresso no curso para os estudantes provenientes de escolas públicas das cidades da região no interior do estado onde o curso está sediado. As situações reais, vivenciadas pelos estudantes, têm fortalecido o desenvolvimento de competências mais ajustadas à realidade dos serviços de saúde e da população, bem como possibilitado a reflexão-ação-reflexão dos trabalhadores sobre seus processos de trabalho.

Ao analisar a repercussão das DCNs anteriores, de 2001, apesar de destacar a relevância crescente da AB nesse documento, Nogueira (2009) ainda denomina a inserção na AB como sendo precoce. Segundo a autora, para mudar a formação, faz-se necessária a emergência de um novo estilo de pensamento médico, visando a mudanças na prática clínica e na produção da atenção à saúde. A presente pesquisa retrata como estudantes de currículos 'novos', criados na DCNs de 2014, podem estar traçando esse novo caminho, com representações sociais que se aproximam mais do cotidiano da atenção básica.

## **Conclusão**

A pesquisa possibilitou percepções importantes sobre a formação médica em escolas criadas em um contexto de diversas mudanças propostas pelo PMM, sobretudo com a publicação de novas DCNs. Destacaram-se, nas escolas 'novas', a concepção dos estudantes de medicina sobre o trabalho na AB com base em termos como 'vínculo', 'responsabilidade', 'comunidade' e 'cuidado'. Os termos citados demonstram maior vivência e aprendizado na AB, conforme preconizado nas DCNs. Nas escolas 'tradicionais', os termos mais destacados foram 'desvalorizado' e 'precariedade', que sugere não ter havido uma vivência mais contínua destes estudantes na AB. É preciso considerar

proposições de uma maior aproximação dos discentes com as necessidades sociais e o que está disposto no SUS.

Este artigo analisou representações sociais dos estudantes de medicina sobre o trabalho na AB com um recorte específico no contexto de escolas criadas recentemente. Faz-se necessário observar como essas experiências se comportarão de maneira mais ampla, inclusive nos mecanismos de avaliação, de âmbito institucional ou processual, propostos no PMM, para que sejam possíveis novas conclusões sobre o tema.

O momento exige atenção às modificações em discussão e que descaracterizam as propostas do PMM, como as iniciativas que alteram o seu marco regulatório e retornam à perspectiva da formação médica distante das necessidades do sistema de saúde. Recentemente, a lei n. 13.530, de dezembro de 2017, retirou a obrigatoriedade de avaliação a cada dois anos da graduação em medicina e a avaliação específica anual da residência médica. As entidades médicas e representações de cursos de medicina têm apoiado essas ações de forma conservadora, buscando manter um marco ultrapassado nas gerações de reformas necessárias para o ensino médico.

Espera-se que exemplos como os analisados aqui, os quais indicam o potencial das escolas novas no estímulo de representações sociais dos estudantes de medicina mais próximas das necessidades do sistema de saúde, possam ser multiplicados e aprofundados na radicalidade necessária para o fortalecimento do SUS. Mesmo em um contexto de retrocessos, fica a percepção de que é importante seguir buscando transformações na formação médica.

### **Colaboradores**

Felipe Proença de Oliveira participou da concepção e delineamento do trabalho, da redação do manuscrito e da aprovação da versão final do manuscrito. Leonor Maria Pacheco Santos e Helena Eri Shimizu participaram da concepção e delineamento do trabalho e da revisão crítica dos resultados e da versão final do manuscrito.

## PROGRAMA MÁIS MÉDICOS Y DIRECTRICES CURRICULARES NACIONALES: AVANCES Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

**Resumen** En diversos países existen iniciativas de adecuar la formación médica a las necesidades de los sistemas de salud. En Brasil, el Programa Más Médicos introdujo las modificaciones más recientes estableciendo un nuevo marco regulatorio en la formación médica evidenciado en las nuevas Directrices Curriculares Nacionales, enfatizando el desarrollo de capacidades profesionales en la atención básica. En este estudio se buscó analizar las representaciones sociales de los estudiantes de medicina sobre el trabajo en la atención básica en el contexto de la implantación de las mencionadas directrices. Para ello, 149 estudiantes de medicina de carreras públicas ‘tradicionales’ y ‘nuevas’ de la Región Nordeste respondieron un cuestionario sociodemográfico y un itinerario de evocación libre, durante el segundo semestre del 2017. Los resultados demuestran un perfil de estudiante correspondiente a la ‘primera generación universitaria’ en las escuelas ‘nuevas’. En estas escuelas, las representaciones sociales de los estudiantes de medicina son más consistentes con las nuevas directrices, destacándose la evocación de términos como ‘vínculo’, ‘responsabilidad’ y ‘comunidad’. En las escuelas ‘tradicionales’, los términos más destacados fueron ‘desvalorizado’ y ‘precariedad’, sugiriendo una vivencia insuficiente de estos estudiantes en la atención básica. Se espera que las experiencias innovadoras analizadas puedan multiplicarse y profundizarse con la radicalidad necesaria para el fortalecimiento del Sistema Único de Salud en una formación acorde con las necesidades sociales.

**Palabras clave** Sistema Único de Salud; evaluación educativa; enfermería.

## Referências

- ABRIC, Jean C. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on Social Representations*, v.2, n.1, p. 75-78, 1993.
- AFFONSO, Pedro H. B.; BERNARDO, Márcia H. A vivência dos profissionais do acolhimento na Atenção Básica: uma acolhida desamparada. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl.1, p. 23-43, 2015.
- AGUIAR, Adriana C. Implementando as novas Diretrizes Curriculares para a Educação Médica: o caso de Harvard. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, 2001, v. 5, n. 8, p. 161-166, 2001.
- AMORETTI, Rogério. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.
- Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: Volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 56 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 128 p.
- BRUNELLO, Maria E. F. et al . O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.
- CALDEIRA, Érika R.; LEITE, Maisa T. S.; RODRIGUES-NETO, João F. Estudantes de



- BATISTA, Nildo A.; VILELA, Rosana Q. B.; BATISTA, Sylvia H. S. S. *Educação médica no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2015, 360 p.
- BRASIL, Ministério da Educação. 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, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: Volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 56 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 128 p.
- BRUNELLO, Maria E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.
- CALDEIRA, Érika R.; LEITE, Maisa T. S.; RODRIGUES-NETO, João F. Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos Profissionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 35, n. 4, p. 477-485, 2011.
- CAMARGO, Brígido V.; JUSTO, Ana M. *Tutorial para uso do software Iramuteq*. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 30 mar. 2018.
- CHEN, Lincoln. Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 88, n. 5, p. 323, 2010.
- CRISP, Nigel; CHEN, Lincoln. Global Supply of Health Professionals. *New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 370, n. 10, p. 950-7, 2013.
- ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica*, São Paulo, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, 2007.
- FACCHINI, Luís A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.
- FERREIRA, Roberto A. et al. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 224-31, 2000.
- FEUERWERKER, Laura C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. 1. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002. 306 p.
- FIOROTTI, Karoline P.; ROSSONI, Renzo R.; MIRANDA, Angélica E. Perfil do estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 34, n. 3, p. 355-362, 2010.
- FRANCO, Maria L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 34, n. 121, p. 169-186, 2004.
- FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson E. *PSF: contradições e novos desafios*. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Campinas, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 10 out. 2017.
- FRENK, Julio et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, London, v. 376, n. 9756, p. 1.923-1.958, 2010.
- GIRARDI, Sábado N. et al. Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada.

- Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, 2017.
- GOMES, Andréia P.; REGO, Sérgio. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 35, n. 4, p. 557-566, 2011.
- GONÇALVES, Rebeca A.; TROLL, Taís; CYRINO, Eliana G. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 33, n. 3, p. 382-403, 2009.
- GROBLER, Liesl et al. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 1, jan. 2009.
- LEHMANN, Uta; DIELEMAN, Marjoleian; MARTINEAU, Tim. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*, v. 8, n. 19, p 1-10, 2008.
- LENTSCK, Maicon H. et al. **Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 3, p. 3.455-3.466, 2010.
- LIMA, Valéria V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 21, n. 61, p. 421-434, 2017.
- MARTINS, Poliana C. et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1.933-1.942, 2011.
- MELO, Lucas P. et al. A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 21, p. 1333-1343, 2017. Suplemento 1.
- MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MINAYO, Maria C. S. Análise qualitativa: teorias, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2013, 406 p.
- MIRANDA, Silvana M. et al. Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 33, p. 104-110, 2009.
- MORAES, Janaína C. O. et al. A Mídia e sua Relação com a Formação de Opiniões Sobre o Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, PB, v. 21, n.2, p. 103-110, 2017.
- MOREIRA, Simone N. T. et al. Processo de Significação dos Estudantes do Curso de Medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 30, n. 2, p. 14-19, 2006.
- MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais: investigações em psicologia social.* 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010, 404 p.
- NOGUEIRA, Maria I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.
- OLIVEIRA, Felipe P. et al. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 60-73, 2017.
- OLIVEIRA, Maria A. C.; PEREIRA, Iara C. Atributos essenciais da atenção primária e a

- estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013.
- PAIM, Jairnilson et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*, London, v. 377, p. 1778-1797, 2011.
- PIRES, Maria R. G. M.; GOTTEMS, Leila B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 2, p. 294-299, 2009.
- PÓVOA, Luciano; ANDRADE, Mônica V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1555-64, 2006.
- RISTOFF, Dilvo. Perfil Socioeconômico do estudante de Graduação: Uma análise de dois ciclos completos do ENADE (2004 a 2009). *Cadernos do GEA*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 5-32, 2013.
- SÁ, Celso P. Teoria das representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 19- 33, 1996.
- SILVA, Rafael A. et al. Ciências Sociais em Saúde, Educação Médica e a concepção inter-vencional e colonialista da prática médica. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 39-56, 2018.
- SHIMIZU, Helena E. et al. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2899-2910, 2015.
- STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 726 p.
- STEWART, Moira et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2017. 416 p.
- VISCOMI, Marco; LARKINS, Sarah; GUPTA, Tarun S. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Canadian Journal of Rural Medicine*, Toronto, v. 18, n. 1, p. 13-23, 2013.