

# Efeitos da interiorização da medicina no Brasil: um olhar social e acadêmico

## Effects of the internalization of medicine in Brazil: a social and academic perspective

Cylmaryo Gomes de Almeida Junyor<sup>1</sup> , Louise Sofia Carneiro Madeira<sup>1</sup> , Maria Fernanda Jacobino de Sousa<sup>1</sup> , Pâmella Araújo Cardoso Juscelino<sup>1</sup> , Taymara Christine Silva<sup>1</sup> , Tamara Rodrigues Lima Zanuzzi<sup>2</sup> , Fábio Morato de Oliveira<sup>3</sup> 

1. Discente do curso de Medicina da Universidade Federal de Jataí, Jataí-Goiás. Campus Jatobá - Cidade Universitária, BR 364, km 195, nº 3800, Jataí-Goiás. 2. Mestre em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Goiás, Goiânia- Goiás. Campus Colemar Natal e Silva - R. 235, S/n - Setor Leste Universitário, Goiânia - GO. 3. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal de Jataí, Jataí-Goiás. Campus Jatobá - Cidade Universitária, BR 364, km 195, nº 3800, Jataí-Goiás.

### Resumo

**Objetivo:** realizar, a partir da análise documental e da revisão literária, uma reflexão sobre o contexto histórico da interiorização da medicina no Brasil e acerca de seus principais desafios e benefícios para a sociedade e os estudantes. **Métodos:** uma revisão narrativa, com a busca de artigos publicados no período de 2008 a 2022. **Resultados:** foram selecionados 14 estudos científicos, os quais apontavam para uma crescente privatização de instituições de ensino em detrimento da sua estatização e a progressiva interiorização desse ensino, depolarizando-o das capitais e de grandes centros urbanos para regiões remotas. No que tange aos obstáculos para interiorização efetiva da medicina, tem-se a falta de investimento na estrutura da atenção básica, o caráter provisório do Programa Mais Médicos (PMM) e a judicialização da medicina. **Conclusões:** o processo de interiorização da medicina é gradual e apresenta muitos empecilhos, porém evidencia um grande avanço desde a instituição do PMM, agregando na saúde de milhares de pessoas. Nesse cenário, ainda são necessários mais incentivos governamentais para estruturação dos serviços de saúde e maior apoio para os profissionais, promovendo meios de fixar esses médicos nas regiões do interior do Brasil.

**Palavras-chave:** faculdades de medicina; educação médica; regionalização da saúde; escolas de medicina; distribuição de médicos; fatores sociais.

### Abstract

**Objective:** to carry out, based on documentary analysis and literary review, a reflection on the historical context of the internalization of medicine in Brazil and its main challenges and benefits for society and students. **Methods:** a narrative review, with a search for articles, from 2008 to 2022. **Results:** fourteen (14) scientific studies were selected, which pointed to increasing privatization of educational institutions to the detriment of their nationalization and the progressive internalization of this teaching, depolarizing it from capitals and large urban centers to remote regions. Regarding the obstacles to the effective internalization of medicine, there is a lack of investment in the structure of primary care, the provisional nature of the More Doctors Program (MDP), and the judicialization of medicine. **Conclusions:** the process of internalizing medicine is gradual and presents many obstacles, but it has made great progress since the institution of the MDP, adding to the health of thousands of people. In this scenario, greater government incentives are still necessary to structure health services and provide greater support for professionals, promoting ways to retain these doctors in the interior regions of Brazil.

**Keywords:** medical schools; medical education; regionalization of health; medical schools; distribution of doctors; social factors.

### INTRODUÇÃO

Em um país de dimensões continentais como o Brasil, levar atendimento médico a regiões remotas sempre foi um desafio. A falta de profissionais capacitados e de centros médicos nas regiões mais afastadas do país é uma realidade que se tornou ainda mais evidente com o passar das décadas e da urbanização dessas regiões, tornando-se necessária a implementação de um sistema de saúde que atenda a toda a população brasileira. Para que esse projeto se tornasse viável, seria preciso, primeiramente, aumentar a quantidade de escolas médicas no Brasil, visto que, até o século XX, a maioria dos profissionais formavam-se no exterior e, ao retornar ao país, não atuavam em sua área de formação<sup>1</sup>.

A idealização de um projeto de interiorização e democratização do ensino na área da saúde ocorreu na década de 1960, durante o governo militar, com o projeto Rondon. O objetivo deste era integrar as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, de modo que os estudantes universitários pudessem auxiliar os militares nessas missões, como estagiários. Esse projeto perdurou até a implementação da Constituição de 1988, quando foram instauradas as primeiras diretrizes para o início da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2</sup>.

Com o estabelecimento das leis nº 8080 e 8142, iniciou-se a construção de um sistema de saúde unificado. A partir de

**Correspondente:** Tamara Rodrigues Lima Zanuzzi. Campus Colemar Natal e Silva - R. 235, S/n - Setor Leste Universitário, Goiânia - GO. E-mail: tamaralima8585@gmail.com

**Conflito de interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse  
Recebido em: 25 Mar 2024; Revisado em: 1 Out 2024; Aceito em: 4 Out 2024

## 2 Efeitos da interiorização da medicina no Brasil

1993, quando o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) foi lançado, houve um avanço perceptível no acesso à saúde, porém ainda era insuficiente para atender às necessidades da população brasileira em toda sua extensão<sup>3</sup>. Só a partir de 2006, com o Pacto pela Saúde, foi possível perceber mudanças mais palpáveis em relação à descentralização do acesso à saúde no Brasil<sup>4</sup>.

O Pacto pela Saúde foi promulgado pela Portaria nº 399, em fevereiro de 2006, e objetivou promover a descentralização da gestão federal para estados e municípios. Também visou proporcionar a territorialização da saúde, organizando o sistema com melhores estruturas nas regiões sanitárias e com a instituição de colegiados de gestão regional<sup>4</sup>.

Para cumprir com os objetivos do Pacto pela Saúde, foi necessário aumentar a quantidade de profissionais na rede pública de saúde, além de institucionalizar um ensino superior que integre o estudante no SUS desde o início de sua formação. Dessa maneira, foi implementado o Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, que visa ao aumento de vagas e de cursos de medicina, focados numa formação mais humanizada que prioriza a Atenção Primária de Saúde (APS). Além disso, o PMM foi descrito como uma iniciativa de êxito por levar médicos diretamente para áreas com alta vulnerabilidade social, o que se traduziu em melhorias significativas na saúde dessas comunidades. Contudo, uma mudança na política governamental, em 2019, levou à saída dos médicos intercambistas, o que ocasionou a escassez de profissionais médicos em várias cidades e impactou, negativamente, a saúde das populações mais vulneráveis<sup>4</sup>.

Apesar dos esforços governamentais para solucionar a carência de médicos em regiões interioranas, essa problemática ainda persiste, mesmo com o aumento da quantidade de profissionais disponíveis. Diversos fatores contribuem para esse fenômeno, tais como: a infraestrutura precária dessas localidades, a falta de recursos e equipamentos médicos adequados, o isolamento social, as longas jornadas de trabalho, a baixa remuneração, a preferência dos profissionais por locais próximos à família e com acesso a serviços básicos, como saúde e educação, além da carência de políticas públicas efetivas para reverter essa realidade preocupante<sup>4</sup>.

Diante do crítico cenário da falta de acesso à saúde em regiões interioranas do país, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma análise sobre a funcionalidade dos programas de descentralização da saúde. Com esse propósito, serão investigados os efeitos desses programas nas áreas em que foram implantados, também serão examinados os principais motivos que afastam os médicos dos municípios do interior. Por meio dessa análise, busca-se contribuir para a elaboração de políticas públicas mais efetivas na área da saúde, que possam garantir um atendimento mais equânime e acessível a toda a

população brasileira.

## MÉTODOS

Este artigo consiste em uma revisão narrativa, para a qual foram consultadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed. Todas as fontes são plataformas em que os trabalhos científicos na área da saúde estão concentrados.

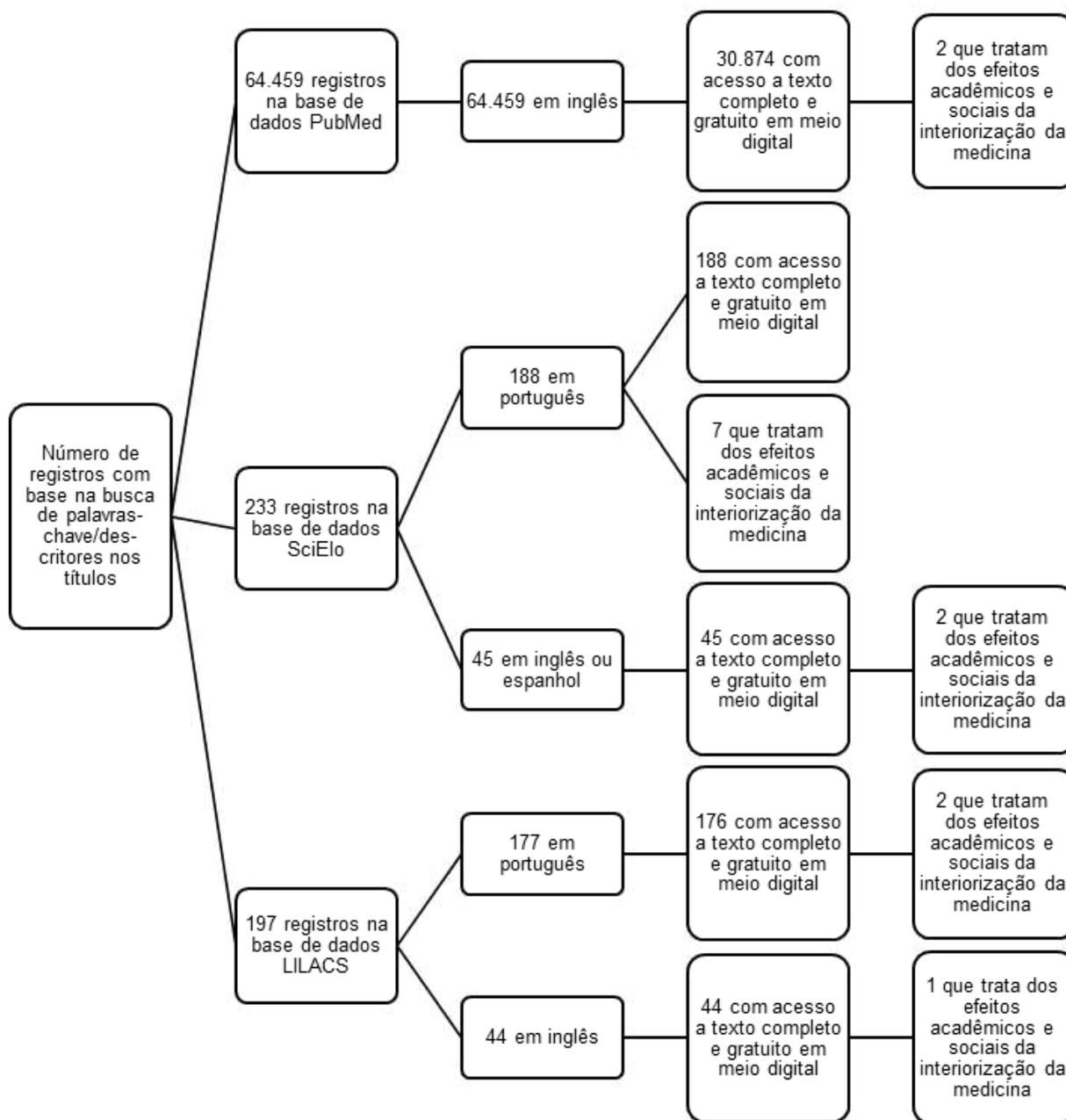
Foi determinado o período entre os anos de 2008 e 2022 como recorte temporal para a escolha dos artigos científicos utilizados nesta revisão, tendo em vista que discussões sobre o tema abordado se intensificaram a partir de 2013, com a implementação do programa Mais Médicos pelo Governo Dilma (2011-2016)<sup>1</sup>.

O foco desta produção é avaliar os efeitos da interiorização da medicina no Brasil; para tanto, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Interiorização da Medicina no Brasil”, “Interiorização do Ensino da Medicina no Brasil”, “Regionalização da Medicina no Brasil”, “Programa Mais Médicos”. Em inglês, os termos utilizados foram: “Internalization of Medicine in Brazil”, “Internalization of Medical Education in Brazil”, “Regionalization of Medicine in Brazil”, “More Doctors Program”. Em espanhol: “Internalización de la Medicina en Brasil”, “Internalización de la Educación Médica en Brasil”, “Programa Más Médico”.

Quanto aos descritores, foram estabelecidas como referenciais as plataformas on-line de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), para os pertencentes à língua portuguesa, e Medical Subject Headings (MeSH), para os pertencentes à língua inglesa. Tais descritores foram: “Faculdades de Medicina”, “Educação Médica”, “Regionalização da Saúde”, “Brasil”. Em inglês: “Schools Medical”, “Education, Medical”, “Brazil”. A procura pelos artigos e pelos periódicos foi realizada em março de 2023. A princípio, foram encontrados 60.889 artigos. A posteriori, a partir dos mecanismos de busca por palavras-chave e descritores citados acima e de seus títulos e resumos, foram delimitados os seguintes critérios para a seleção: 1) artigos com palavras-chave e/ou descritores inseridas no título; 2) artigos em português, inglês ou espanhol; 3) artigos com acesso a texto completo e gratuito em meio digital; 4) artigos que tratam dos efeitos acadêmicos e sociais da interiorização da medicina.

Ao final do processo de busca, foram selecionados 14 estudos científicos, os quais consistiam em uma dissertação de mestrado, um capítulo de livro, um desenho exploratório, uma pesquisa quantitativa, cinco revisões bibliográficas, três pesquisas qualitativas e duas pesquisas documentais (Figura 1). Ademais, a literatura analisada foi descrita, no quadro 1, conforme nome dos autores, ano de publicação, título e objetivo.

Figura 1. Fluxograma dos critérios de seleção dos artigos incluídos na análise.



Fonte: próprios autores.

Quadro 1. Resumo dos materiais selecionados.

Autor	Título	Objetivo
Oliveira et al., 2019.	Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018).	Identificar o padrão de evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil, mediante análise histórica, quanto aos processos governamentais, econômicos e sanitários que impactaram a ampliação de vagas.
Oliveira et al., 2017.	Desafios para assegurar a disponibilidade e a acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde.	Identificar desafios para assegurar a disponibilidade e a acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde.

#### 4 Efeitos da interiorização da medicina no Brasil

Autor	Título	Objetivo
Separavich e Couto, 2021.	Programa Mais Médicos: revisão crítica de implementação sob a perspectiva do acesso e da universalização da atenção à saúde.	Analisar a implementação do Programa Mais Médicos no período de janeiro de 2016 a maio de 2019, com base nos três eixos programáticos do programa.
Albuquerque et al., 2016.	Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000-2016.	Analisar como as transformações socioeconômicas de oferta e complexidade de serviços de saúde, que se expressam nas regiões constituídas para fins de planejamento e gestão intergovernamental do Sistema Único de Saúde.
Barrêto et al., 2019.	Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica.	Relatar e analisar o efeito do Programa Mais Médicos (PMM) na expansão de programas de residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC), a partir das estratégias desenvolvidas na Paraíba.
Bazarello et al., 2018.	A interiorização médica: desafios de um Estado neoliberal.	Compreender os desafios estabelecidos para a interiorização da medicina no Brasil, tendo em vista, o modelo neoliberal do Estado.
Moreira, Rodrigues e Barros, 2022.	O Impacto da Interiorização do Ensino de Medicina: O Caso do Município de Sobral – CE.	Avaliar a interiorização do ensino superior por meio das contribuições de um Curso de Medicina, nos níveis da atenção à saúde primária, secundária e terciária no município de Sobral, dado o período de 2007 a 2020.
Pereira et al., 2017.	As medidas governamentais para interiorização dos médicos estão tendo impacto sobre os estudantes?	Caracterizar o interesse dos alunos do último ano do curso de Medicina em residir fora das capitais, avaliando as impressões do aluno do último ano do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA) sobre a sua formação, e caracterizar sua expectativa com relação à inserção no mercado de trabalho, pós-graduação e qualidade de vida.
Reis et al., 2017.	Reflexões para a construção de uma regionalização viva.	Compreender a narrativa e a análise histórico-política sobre os desafios para a regionalização do SUS.
Falavigna, Canabarro e Medeiros, 2013.	Health System and Medical Education in Brazil: History, Principles and Organization.	Analisar, de forma narrativa, a história e os princípios estruturais do SUS, as mudanças dos modelos de estudo da medicina, a integralidade do estudante ao sistema de saúde e os desafios dessa integração.
Faria, 2019.	A interiorização do curso de medicina e o Programa Mais Médicos Para o Brasil: o caso da Universidade Federal do Amazonas em Coari (AM).	Analisar a experiência institucional e curricular de implantação do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), no contexto da interiorização, na Cidade de Coari - AM.
Maciel Filho e Branco, 2008.	A experiência brasileira de estímulo à fixação de médicos no interior.	Descrever as intervenções que o Brasil adotou para fazer frente ao problema da má distribuição de médicos e outros profissionais no território nacional. Conhecer que tipo de estratégias já foram empregadas em nosso país.
Cyrino et al., 2020.	Mapeamento das características da implantação de novos cursos de Medicina em universidades federais brasileiras.	Mapear as características de implantação de novos cursos de Medicina nas universidades federais brasileiras, a partir de 2013.
Nassar et al., 2021.	Programa Mais Médicos, uma tentativa de solucionar o problema da distribuição médica no território brasileiro.	Realizar uma revisão integrativa da literatura utilizando a mnemônica População, Conceito e Contexto do Joanna Briggs Institute para mapear os trabalhos que abordaram a distribuição médica no Brasil, com intuito de analisar criticamente o Programa Mais Médicos (PMM), resultando em 453 trabalhos, com 10 artigos selecionados.

Fonte: próprios autores.

## 5 Efeitos da interiorização da medicina no Brasil

As informações adquiridas e compiladas se concentraram no mapeamento histórico da distribuição das escolas médicas no país (tabelas 1, 2 e 3). De modo descritivo e cronológico, segue também os programas criados para estimular esse processo (quadro 2) e suas consequências no sistema de saúde e na

economia, os efeitos sobre os profissionais e os estudantes da área da saúde, bem como o impacto sobre as comunidades de regiões remotas que receberam cursos de graduação, residências, especializações e unidades de saúde.

**Tabela 1.** Distribuição dos cursos de ensino médico no Brasil, em cada período de governo em que foram autorizados, por tipo de instituição.

Tipo de Instituição	Governos anteriores (1808-1963)	Governos Militares-Sarney (1964-1988)	Governos Collor-Itamar (1989-1994)	Governo FHC (1995-2002)	Governo Lula (2003-2010)	Governo Dilma-Temer (2011-2018)	Total
Pública	31	17	1	17	12	59	135
Privada	6	27	1	28	39	85	189
Total	37	44	2	45	51	144	323

Fonte: adaptado de Oliveira et al. 2019.

**Tabela 2.** Distribuição dos cursos de ensino médico no Brasil, em cada período de governo em que foram autorizados, por localização do curso no estado.

Localização	Governos anteriores (1808-1963)	Governos Militares-Sarney (1964-1988)	Governos Collor-Itamar (1989-1994)	Governo FHC (1995-2002)	Governo Lula (2003-2010)	Governo Dilma-Temer (2011-2018)	Total
Capital	26	13	1	17	22	19	98
Região Metropolitana (Exceto a capital)	4	10	1	11	8	33	67
Interior do estado	7	21	0	17	21	92	158
Total	37	44	2	45	51	144	323

Fonte: adaptado de Oliveira et al. 2019.

Assim, com esses eixos estabelecidos, dados agregados sobre escolas de ensino médico e programas institucionalizados durante o período de 1808 – 2018 permitiram uma avaliação ampla, integral e multirregional que reproduz os aspectos sociais e acadêmicos da interiorização e regionalização da medicina.

## DISCUSSÃO

### Contextualização e panorama histórico

O ensino superior brasileiro teve início tardiamente quando comparado às demais colônias europeias nas Américas, haja vista que, ao final do século XVII, havia doze universidades nas colônias espanholas, em contraste à implantação das primeiras faculdades brasileiras, a qual ocorreu apenas em meados do século XIX. Nesse sentido, até a primeira década do século XX, havia apenas três escolas médicas no Brasil<sup>1</sup>.

A dinâmica de expansão dessas instituições teve sua gênese na década de 1960, marcada pela ascensão de governos militares, cujos planos se respaldavam em uma política expansionista, influenciada pela crescente industrialização e urbanização<sup>1</sup>. Diante disso, houve uma proporção direta entre desenvolvimento econômico e pressão para o aprimoramento

do ensino superior, nos moldes da economia de mercado. Contudo, os primeiros anos desse período foram evidenciados pelo predomínio de escolas públicas, chegando a 22,6% do total de instituições distribuídas à época de 1963<sup>1</sup>.

Nessa perspectiva, os dados históricos permitem pontuar dois elementos essenciais, conforme ilustrado nas tabelas 1, 2 e 3, referentes ao processo de distribuição da educação médica no Brasil, os quais são a crescente privatização de instituições de ensino em detrimento da sua estatização e a progressiva interiorização desse ensino, despolarizando-o das capitais e de grandes centros urbanos para regiões remotas. Dessa forma, é possível estabelecer um comparativo entre esses dois fatores e seus respectivos efeitos associados à assistência em saúde na contemporaneidade.

Quanto ao sistema de privatização, o incremento começou a partir dos governos militares, Sarney (1964-1988), perpassando os governos FHC (1995-2002) e Lula (2003-2010), e atingiu seu pico nos governos Dilma-Temer (2011-2018), no qual o percentual de instituições privadas alcançou 26,3% das 323 instituições atualmente ativas que ofertam vagas de medicina (tabela 1). Além disso, o número de vagas oferecidas por escolas privadas também aumentou continuamente, correspondendo a 65,8% do total de vagas ofertadas no presente<sup>1</sup>.

## 6 Efeitos da interiorização da medicina no Brasil

No que se refere à interiorização, a evolução revelou-se de maneira semelhante, com gradativo aumento na implantação de cursos no interior dos estados em relação às capitais e às regiões metropolitanas (RM)<sup>1</sup>. Nessa perspectiva, houve incremento de 26,1% dos cursos de medicina em capitais e RM versus um acréscimo de 38,1% no interior, quando comparados aos períodos dos governos militares de Sarney (1964-1988) e aos governos de Dilma-Temer (2011-2018) (tabela 2).

Outra análise relevante diz respeito às regiões, uma vez que, durante os governos militares de Sarney (1964–1988), toda a região Nordeste recebeu apenas dois cursos novos de ensino médico e o Centro-Oeste, três. Durante os governos Lula (2003-2010) e Dilma-Temer (2011-2018), as regiões Nordeste e Centro-Oeste obtiveram um acréscimo de 54 e 23 novos cursos, respectivamente (tabela 3). Entretanto, é válida a ressalva de que o aumento da educação médica nesses locais não foi suficiente para superar o número de escolas presentes na região Sudeste, a qual detém, ainda, 41,5% do total de instituições médicas no Brasil (tabela 3).

Ao adentrar mais profundamente no cenário da saúde, a interface saúde-educação foi legitimada pela Constituição de 1988, por intermédio da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas atribuições envolvem, entre outros princípios, a formação de recursos humanos para essa área<sup>2</sup>. Nessa perspectiva, o quadro 1 apresenta programas registrados, ao longo dos anos, que se configuraram como iniciativas para atração e fixação de profissionais de saúde em regiões remotas e interioranas do Brasil, com o objetivo de garantir uma distribuição equânime do auxílio médico-sanitário nessas localidades, historicamente negligenciadas pelo poder público.

Em resumo, observa-se que as intervenções políticas se concentraram na distribuição das escolas médicas e no aumento de vagas ofertadas, mas não foram acompanhadas por um desenvolvimento satisfatório na infraestrutura das redes de atenção nem por uma distribuição proporcional dos níveis secundário e terciário de atenção<sup>5</sup>. Tal discrepância reflete o impacto exercido pela conjuntura política, pelos regimes de governo e por modelos econômicos vigentes, tendo em vista a base histórica e cultural que promoveu o abandono governamental de regiões menos desenvolvidas, a exemplo: Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Ademais, justifica o porquê de as regiões Norte e Nordeste terem apresentado razão de médicos/1000 habitantes de 1,16 e 1,41 – respectivamente –, as quais se encontram abaixo da razão nacional (2,18)<sup>1</sup>. Com efeito, problemas de grande rotatividade e de baixa fixação desses profissionais seguem sem solução, bem como a assistência médica em áreas carentes, que permanece dissociada das reais necessidades das comunidades locais<sup>5</sup>.

### Efeitos sociais da interiorização da medicina

Quando se trata de efeitos sociais da interiorização da medicina, os trabalhos científicos tendem a reconhecer a ação do Programa Mais Médicos (PMM), normalmente associada a

outras políticas públicas municipais ou estaduais de fomento à formação e à fixação de médicos em regiões desassistidas, visto que o programa é a principal estratégia de interiorização da medicina no Brasil<sup>3,4,6,7,8</sup>. Nesse sentido, os trabalhos analisados tratam dos efeitos sociais da interiorização da medicina dando ênfase na avaliação da qualidade do atendimento prestado nas unidades de saúde após a implementação do PMM<sup>6,7,9</sup>, avaliando a relação entre quantidade de médicos por habitantes<sup>3,7</sup> e presença contínua do profissional médico na UBS<sup>7,9</sup>. Além desses efeitos, os artigos também elencam alguns dos obstáculos para interiorização efetiva da medicina, como: a falta de investimento na estrutura da atenção básica<sup>6,10</sup>, o caráter provisório do PMM<sup>6,10</sup> e a judicialização da medicina<sup>4,10</sup>.

Tendo em vista as regiões em que havia carência de médicos ou uma alta rotatividade destes profissionais, a implementação do PMM e de políticas públicas de interiorização da medicina, como no caso da Paraíba<sup>6</sup>, teve efeitos positivos na qualidade do atendimento à saúde. Nota-se que os profissionais médicos, além de fixarem-se na região, já se formavam alinhados com as principais necessidades em saúde da população paraibana, melhorando tanto a longitudinalidade quanto a resolutividade do atendimento<sup>6</sup>. Da mesma forma, esses mesmos impactos foram observados em Sobral (CE), onde a atuação dos acadêmicos e dos recém-formados no Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará melhorou o acesso dos habitantes do município em todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário)<sup>9</sup>.

Ainda dentro dos efeitos sociais, um dos indicadores utilizados para medir o nível da interiorização da medicina é a relação de médicos por mil habitantes. Ao analisar tal indicador, observa-se uma distribuição extremamente desigual de médicos pelo território brasileiro, podendo constatar uma concentração de profissionais em Vitória (ES), atingindo até 12 médicos por mil habitantes, e, contrariamente a esse pico, alguns municípios da região Norte e Nordeste não atingem nem um médico para cada mil habitantes<sup>7</sup>. Sendo assim, o eixo de provimento do PMM atua na redução dessa discrepância na distribuição do serviço médico no Brasil, pois, mesmo com prazo determinado, o fornecimento de médicos pelo programa aumenta essa relação de médicos por habitante.

Estudos apontam que o PMM se mostrou promissor, sobretudo na ampliação do acesso das populações desassistidas dos serviços médicos e cuidados de saúde efetivados por esses profissionais, registrando a diminuição da escassez de médicos historicamente registrada em regiões carentes (Separavich e Couto, 2021, p. 3436-3437).

Além disso, a presença constante do profissional médico dentro da atenção básica é essencial para garantir a longitudinalidade do cuidado à população, visto que este é um dos princípios da AB11. Levando em consideração a permanência do profissional médico dentro dos serviços de saúde e o fornecimento estratégico desses profissionais pelo PMM, compreende-se

## 7 Efeitos da interiorização da medicina no Brasil

que houve o aumento da satisfação da população assistida<sup>3,7</sup> tendo em vista que é estabelecido pela Lei 8.142, de 1990, que a população tem o direito e o dever de avaliar e requerer modificações do serviço de saúde<sup>11</sup>.

85% dos usuários dos serviços médicos pós-implantação do PMMB avaliaram que o atendimento ficou “melhor” ou “muito melhor”, 60% indicaram como fatores positivos da mudança a presença contínua do médico e o cumprimento da carga horária e 46% expressaram contentamento com a melhoria no acesso às consultas (Separavich e Couto, 2021, p. 3442).

Partindo para a análise dos obstáculos para a homogeneidade do atendimento médico dentro do território brasileiro, um dos fatores que influenciam a interiorização da medicina e a fixação dos profissionais médicos no interior é a qualidade da infraestrutura das UBS, uma vez que esta reverbera no processo de trabalho e na satisfação da atuação médica<sup>7,10</sup>. Dentro dessa óptica, Bazarello et al. (2018)<sup>10</sup> trazem que é pouco efetiva a inserção de médicos em unidades de saúde de regiões desassistidas sem que haja o adequado provimento de recursos, como: opções de diagnósticos complementares e alternativas terapêuticas. Outro obstáculo apontado pelos trabalhos analisados é o caráter provisório do eixo de provimento do PMM, já que esse eixo trata das medidas de curto prazo do programa e, em tese, tem um caráter interino<sup>7,9,10</sup>. Sendo assim, tal natureza passageira do fornecimento de médicos configura um obstáculo para a interiorização efetiva da medicina.

A exemplo disso, tem-se que, em 2014, antes da implementação de políticas estaduais de fixação dos médicos, o estado da Paraíba contava com esses profissionais “não fixados” do PMM em mais de um terço das suas equipes de estratégia de saúde da família. Tal fato era extremamente preocupante, afinal, caso esse provimento de médico acabasse, mais de 33% das equipes de saúde das UBS do estado ficariam sem os serviços do profissional médico<sup>6</sup>.

Por fim, a judicialização da medicina, ou seja, disputas judiciais relacionadas às demandas individuais de saúde e à atuação médica, configura outro empecilho para a permanência dos médicos em regiões afastadas<sup>4,10</sup>. É importante mencionar que a falta de estrutura organizacional também pode resultar em erros médicos, levando a possíveis processos judiciais. Para os médicos, esses processos são fonte de tensão, comparáveis a preocupações financeiras, problemas familiares e frustrações resultantes do óbito de pacientes<sup>4</sup>.

O interior não precisa só de atenção primária e medicina preventiva. Lá também as pessoas sofrem infarto do miocárdio, acidentes vasculares [...]. E o que poderá ser feito por um médico sozinho em um lugar desses [...]. Ademais, nessa situação, o médico ainda correria o risco de ser processado judicialmente, já

que, com a judicialização da medicina, qualquer mal causado pela doença recai sobre a responsabilidade civil do médico (Bazarello et al. 2018, p.5).

### Efeitos acadêmicos da interiorização da medicina

Tendo em vista os efeitos acadêmicos da interiorização da medicina, nota-se que a maioria dos artigos analisados trazem as informações sobre o aumento do número de escolas médicas e o aumento no número de vagas de residências médicas<sup>3,4,6,7,9</sup>. Além do aumento de vagas, são elencados, também, aumento na ocupação das vagas de residência<sup>3,6,7</sup> e adequações nas diretrizes curriculares<sup>3,6,8</sup> dos novos cursos de medicina para atender a população das cidades do interior, cidades estas que são o foco de todo o processo de interiorização.

Quando se observa a mudança da distribuição de cursos de ensino médico no Brasil e concomitante o aumento na quantidade de cursos (tabela 3), constata-se que houve, sim, um movimento de interiorização da medicina, principalmente a partir do governo Dilma-Temer, que compreendeu o período de 2011 a 2018. Essa redistribuição está diretamente ligada ao Programa Mais Médicos pelo Brasil, criado em 2013, durante o governo Dilma. Nesse sentido, alguns estudos trazem que a abertura desses novos cursos de medicina promoveu inovações na forma como se formam os médicos, aplicando princípios como a horizontalidade no processo de ensino-aprendizagem, além de preparar os acadêmicos para o trabalho dentro da equipe multidisciplinar<sup>7</sup>.

No Nordeste, a implantação de novos cursos de graduação em medicina revelou-se exitosa, sobretudo na interiorização das vagas e nas inovações pedagógicas realizadas, privilegiando a horizontalidade do processo de aprendizado, com a integração do graduando de medicina à rede de serviços em equipes multiprofissionais de saúde e à vivência na comunidade (Separavich e Couto, 2021, p. 3441).

Retornando ao caso da Paraíba, em 2010, as vagas de residência eram ofertadas em apenas dois municípios, sendo reportadas ainda dificuldades de ocupação. Em 2017, nota-se uma redistribuição da oferta de residências, sendo estas ofertadas nas quatro macrorregiões do estado. Tal feito é reflexo das intensas ações de interiorização promovidas em nível federal e, principalmente, estadual<sup>6</sup>.

Além disso, em um estudo realizado no Pará<sup>3</sup>, onde, apesar de mostrar um percentual crescente de alunos interessados em atuar em regiões de interior, estes ainda possuem ressalvas quanto a questões estruturais dessas cidades. No geral, questões como violência, custo de vida, educação de qualidade para seus filhos e meios de lazer influenciam muito na decisão desses profissionais recém-formados, para além de outros quesitos, como presença e qualidade de ensino das

## 8 Efeitos da interiorização da medicina no Brasil

especializações, infraestrutura do setor de saúde dessa região e meios de construção de um plano de carreira profissional<sup>3</sup>.

Entre as principais estratégias para interiorização da medicina no âmbito acadêmico, os artigos apontam para as iniciativas municipais de fomento à preceptoría, sendo importante também a complementação de bolsas para melhorar a ocupação das vagas de residências oferecidas nessas cidades do interior<sup>3,6,8</sup>.

No contexto brasileiro, existem desafios relacionados à qualificação das instalações de saúde e à preparação dos profissionais da área para atuarem como preceptores. Embora seja reconhecido que o planejamento, conjunto das ações, é essencial para o processo de ensino-aprendizagem, o diálogo nesse sentido ainda precisa ser aprimorado<sup>8</sup>. Por outro lado, são mencionadas experiências bem-sucedidas de integração entre ensino e serviço, em que a presença de estudantes no cenário de assistência à saúde permitiu que eles identificassem os obstáculos que dificultam a equidade e a efetividade do SUS e percebessem o potencial do curso em contribuir para a transformação da realidade local e o aprimoramento dos serviços de saúde<sup>8</sup>.

Além disso, a localização geográfica das escolas de medicina teve um impacto perceptível. Alguns estudantes optaram por se deslocar para regiões específicas para estudar nessas escolas, enquanto outros ingressaram no programa com base no argumento de inserção regional, que visa incentivar a fixação de profissionais de saúde em determinadas áreas<sup>4,8</sup>. A ideia por trás da inserção regional é encorajar os futuros profissionais a permanecerem nas suas cidades ou regiões de origem, usando seus laços e vínculos existentes como um incentivo para a permanência no local após a formação<sup>8</sup>.

O processo de expansão de instituições educacionais para áreas mais afastadas dos centros urbanos também teve repercussões na forma como os estudantes percebem sua identidade profissional. Anteriormente, o sucesso individual estava ligado a cursos socialmente valorizados, frequentados principalmente pelas elites. No entanto, a interiorização desafiou essa lógica ao trazer a realidade da miséria humana para o contexto educacional<sup>2,3</sup>.

Além disso, os efeitos da interiorização também afetaram os docentes. Embora a abertura de vagas em Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) tenha sido atraente e incentivada a mobilização dos professores, não foi suficiente para estimular a permanência desses profissionais nas regiões mais remotas. Questões relacionadas à complexidade de se estabelecer nessas áreas, como a infraestrutura da cidade, e ao compromisso com a região também dificultam a fixação desses docentes<sup>8,13</sup>.

Nessa perspectiva, a longitudinalidade desempenha um papel de extrema importância na Atenção Primária à Saúde (APS), pois visa estabelecer e manter vínculos sólidos entre os profissionais de saúde e os usuários. Essa abordagem também

se estende aos alunos, que são encorajados a desenvolver laços duradouros com os pacientes. Além disso, a avaliação formativa desempenha um papel significativo em escolas que adotam metodologias ativas, as quais buscam acompanhar, de forma sistemática, contínua e interativa, o processo de ensino-aprendizagem entre professores e alunos. Essa abordagem tem como objetivo promover a emancipação e a identidade dos estudantes. Do ponto de vista dos docentes, os cursos decorrentes do PMM são considerados fundamentais para uma formação médica que capacite os profissionais a reconhecer as desigualdades sociais e contribuir para o fortalecimento do SUS<sup>8,13</sup>.

Desse modo, a formação de médicos no interior, não apenas supre a demanda por profissionais de saúde nessas regiões, mas também traz consigo benefícios adicionais. Ademais, ela estimula o desenvolvimento acadêmico e científico local, impulsionando a abertura de novos cursos de pós-graduação e promovendo avanços na pesquisa científica. Além disso, a presença desses egressos contribui, significativamente, para a melhoria dos serviços de saúde oferecidos na região, resultando em um atendimento mais eficiente e de qualidade<sup>9</sup>.

## CONCLUSÃO

A interiorização da medicina foi fulcral para a melhoria do sistema de saúde brasileiro, que vivia uma situação calamitosa da falta de profissionais, mesmo com as melhorias alcançadas após a promulgação da Constituição de 1988. O principal artifício para realizar esse processo foi o Programa Mais Médicos, que tinha o propósito de aumentar a quantidade e a qualidade dos profissionais e de seus serviços, fomentando a criação de mais cursos e de um novo modelo de ensino, focado no atendimento humanizado e na Atenção Primária à Saúde, a área mais desfalçada do SUS.

Esse programa previa, em suas metas de médio e longo prazo, a criação de faculdades de medicina, principalmente em regiões do interior do país, além do aumento do número de vagas de instituições já existentes, incorporação do estudante no SUS durante toda sua formação, reestruturação dos polos de saúde dessas cidades, para abarcar esses novos alunos na sua estrutura e implementação de residências para especialização desses recém-formados. Entretanto, apesar do crescente número de profissionais e da melhoria do atendimento dessas regiões, esse programa não foi eficiente para a fixação desses profissionais.

Os principais motivos para esses alunos não se fixarem nessas regiões são questões acadêmicas: falta de cursos de especialização nessas áreas (apesar de isso ser uma exigência do programa); deficiência no incentivo à pesquisa; e, até mesmo, falta de docentes, que sentem dificuldade de se estabelecer nessas regiões. Ademais, existem também adversidades quanto a questões estruturais dessas regiões. Muitos profissionais referem não se sentir atraídos por essas regiões por causa de violência, má estrutura da cidade, escassos

## 9 Efeitos da interiorização da medicina no Brasil

meios de lazer, precária educação para os filhos, falta de planos de carreira, custo de vida insatisfatório e outros obstáculos para a construção de uma vida. As dificuldades perpassam as condições de trabalho, visto que, muitas vezes, não é possível realizar alguns procedimentos por falta de insumos, de maneira que o médico se vê sem opções para atuar, e os pacientes se sentem desamparados, gerando processos judiciais.

Apesar de vivenciar todas essas problemáticas, ainda é possível visualizar melhorias no acesso à saúde da população. Entre os principais benefícios para a população, está o aumento do número de profissionais e a melhor qualidade de serviço, além da melhoria do vínculo médico-paciente. Mesmo assim, ainda

existe carência de infraestrutura e insumos para essas regiões, além da falta de longitudinalidade do atendimento, pela falta de fixação do profissional.

Em suma, com a análise dos artigos e dos pontos elencados, pode-se concluir que o processo de interiorização da medicina é gradual e apresenta muitos empecilhos, porém demonstra um grande avanço desde a instituição do PMM, agregando na saúde de milhares de pessoas. Destarte, são necessários mais incentivos governamentais para a estruturação das regiões do interior e para os profissionais, promovendo meios de fixar esses médicos nas regiões do interior do Brasil.

---

### REFERÊNCIAS

1. Oliveira BLCA, Lima SF, Pereira MUL, Pereira GA Júnior. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). *Trab educ saúde*. 2019; 17(1): e0018317. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>.
2. Maciel R Filho, Branco MA. A experiência brasileira de estímulo à fixação de médicos no interior. In: Maciel R Filho, Branco MA. *Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008, p. 49-82.
3. Pereira ABC, Albuquerque LCF, Ferreira LBM, Assunção LM, Caldas CAM. As medidas governamentais para interiorização dos médicos estão tendo impacto sobre os estudantes? *Interdisciplinary Journal of Health Education*. 2017; 2(2):89-95. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Cezar-Caldas/publication/333764742\\_As\\_medidas\\_governamentais\\_para\\_interiorizacao\\_dos\\_medicos\\_estao\\_tendo\\_impacto\\_sobre\\_os\\_estudantes/links/5e5f188792851cefa1dab52f/As-medidas-governamentais-para-interiorizacao-dos-medicos-estao-tendo-impacto-sobre-os-estudantes.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Cezar-Caldas/publication/333764742_As_medidas_governamentais_para_interiorizacao_dos_medicos_estao_tendo_impacto_sobre_os_estudantes/links/5e5f188792851cefa1dab52f/As-medidas-governamentais-para-interiorizacao-dos-medicos-estao-tendo-impacto-sobre-os-estudantes.pdf)
4. Nassar LM, Passador JL, Pereira GA Júnior. Programa Mais Médicos, uma tentativa de solucionar o problema da distribuição médica no território brasileiro. *Saúde debate*. 2021 Out-Dez; 45(131): 1165–82. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113116>.
5. Oliveira APC, Gabriel M, Dal Poz MR, Dussault G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2017Abr; 22(4): 1165–80. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>.
6. Barrêto DS, Melo AJ Neto, Figueiredo AM, Sampaio J, Gomes LB, Soares RS. The More Doctors Program and Family and Community Medicine residencies: articulated. 2019; 23(Supl 1): e180032. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.180032>.
7. Separavich MA, Couto MT. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2021; 26(Supl 2): 3435–46. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.04572020>.
8. Cyrino EG, Sordi MR, Mendes GD, Luna WF, Mendonça CS, Alexandre FL, et al. Mapeamento das características da implantação de novos cursos de Medicina em universidades federais brasileiras. *Rev Panam Salud Publica*. 2020 Oct; 44: e117. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.117>.
9. Moreira AV, Rodrigues MV, Barros CM. O impacto da interiorização do ensino de medicina: o caso do município de Sobral - CE. *Rev Inter Edu Sup*. 2022; 10(2024): e024026. doi: <https://doi.org/10.21876/rcsfmit.v8i1.739>.
10. Bazarello RD, Silva FK, Oliveira CM, Mourão CA Júnior. A interiorização médica: desafios de um Estado neoliberal. *Rev Ciênc Saúde*. 2018 Jan-Mar; 8(1): 3-4. doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-36286>.
11. Falavigna A, Canabarro CT, Medeiros GS. Health system and medical education in Brazil: history, principles, and organization. *World Neurosurg*. 2013 Dec; 80(6): 723-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2013.01.079>.
12. Reis AAC, Sóter AP, Furtado LA, Pereira SS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciênc saúde coletiva*. 2017 Abr; 22(4): 1045–54. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016>.
13. Faria RS. A interiorização do curso de medicina e o Programa Mais Médicos Para o Brasil: o caso da Universidade Federal do Amazonas em Coari [dissertação]. Manaus (AM): Fundação Oswaldo Cruz; 2019. 105 f.
14. Albuquerque MV, Viana AL, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc saúde colet*. 2017 Apr; 22(4): 1055–64. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>.

#### Como citar este artigo/ How to cite this article:

Almeida CG Junyor, Madeira LS, Sousa MF, Juscelini PA, Silva TC, Zanuzzi TR, et al. Efeitos da interiorização da medicina no Brasil: um olhar social e acadêmico *J Health Biol Sci*. 2023; 11(1):1-9.