

Responsabilidade Social das Escolas Médicas e Representações Sociais dos Estudantes de Medicina no Contexto do Programa Mais Médicos

Social Accountability of Medical Schools and Social Representations of Medical Students in the Context of the More Doctors Program

Felipe Proença de Oliveira^I
Leonora Maria Pacheco Santos^{II}
Helena Eri Shimizu^{II}

RESUMO

Diversos debates, no contexto nacional e internacional, têm sugerido a necessidade de mudanças na formação médica, de modo que ela esteja em consonância com a organização dos sistemas de saúde. Nessa perspectiva, propõe-se que as escolas sejam orientadas pela responsabilidade social, que consiste em ordenar o ensino, a pesquisa e as atividades em serviço para atender às necessidades em saúde com foco prioritariamente em áreas de difícil acesso. Uma referência mais recente na formação médica em nível nacional foi o Programa Mais Médicos, que dispôs sobre um novo marco regulatório para a educação médica. Avalia-se que as modificações introduzidas pelo programa podem influenciar a elaboração de novas representações sociais dos estudantes de Medicina. Por meio da teoria das representações sociais, realizou-se um estudo qualitativo para analisar a percepção sobre a responsabilidade social das escolas médicas de 149 estudantes de Medicina do sétimo semestre de quatro cursos de instituições federais de ensino superior da Região Nordeste. Dois dos cursos estão no interior e foram criados em virtude do Programa Mais Médicos e outros dois correspondem aos cursos de capitais com mais de 60 anos de existência. Com base na análise do currículo de cada curso, eles foram denominados “tradicionais” ou “novos”. Nos resultados, observou-se que os estudantes dos diferentes cursos se assemelham no que diz respeito ao ingresso por cotas, mas os estudantes de cursos “novos” têm maior ingresso por políticas afirmativas, incluindo critérios regionais de acesso. Ambos os grupos de estudantes destacaram prioritariamente o termo “dever”, o que pode remeter a um âmbito mais individual da noção de responsabilidade. Também foram citados com destaque nos dois grupos os termos “cidadania” e “ética”. Somente os estudantes das escolas “novas” citaram termos como “compromisso”, “justiça” e “SUS”. Essa percepção sugere uma noção mais ampla da responsabilidade social nos estudantes de escolas criadas em virtude do Programa Mais Médicos, apesar da literatura nacional insuficiente sobre esse tema. Conclui-se ressaltando a importância desse programa na implantação de escolas médicas em regiões que anteriormente não contavam com essa formação. Reforça-se ainda a relevância da dedicação dos professores que implantaram os cursos no interior da Região Nordeste, demonstrando a necessidade de se aprofundar nas temáticas que envolvem o desenvolvimento docente. Sugere-se ampliar as análises sobre experiências como essas, de modo que possam ser aprofundadas com a radicalidade necessária ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica.
- Faculdades de Medicina.
- Recursos Humanos em Saúde.
- Atenção Básica à Saúde.
- Programa Mais Médicos.

^I Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

^{II} Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

KEY-WORDS

- Medical Education.
- Medical Schools.
- Human Resources.
- Primary Care.
- More Doctors Program.

ABSTRACT

Several debates, in the national and international context, have suggested the need for changes in medical education, so that it is in line with the organization of health systems. From this perspective, it is proposed that schools be guided by social accountability, which consists of ordering teaching, research and activities in service to meet health needs with a focus on areas that are difficult to reach. A more recent reference in medical education at the national level was the More Doctors Program, which provided for a new regulatory framework for medical education. It is evaluated that the modifications introduced by the Program can influence the elaboration of new social representations of medical students. Through the theory of social representations, a qualitative study was carried out to analyze the perception about the social accountability of the medical schools of 149 medical students, of the seventh semester of four courses of Federal Higher Education Institutions in the Northeast Region. Two of the courses are in the interior and were created by virtue of the More Doctors Program and another two correspond to courses in the state capital existing for more than 60 years. From the curriculum analysis of each course, they were termed “traditional” or “new”. In the results, it was observed that the students of the different courses resemble each other in terms of admission by quotas, but students of “new” courses have a greater entrance under affirmative action policies, including regional access criteria. Both groups of students have emphasized the term “duty” as a priority, which may refer to a more individual scope of the notion of accountability. The terms “citizenship” and “ethics” were also highlighted in both groups. Only for students in “new” schools were terms such as “commitment”, “justice” and “SUS” cited. This insight suggests a broader notion of social accountability in school students created under the More Doctors Program, despite insufficient national literature on this topic. The conclusion emphasizes the importance of the Program in the implantation of medical schools in regions that did not previously have this training. It also reinforces the relevance of the dedication of the teachers who implemented the courses in the interior of the Northeast, demonstrating the need to deepen in the themes that involve teacher development. It is suggested that there is a need to broaden the analysis of experiences such as these, so that they can be explored with the radicalism necessary to strengthen the Unified Health System.

Recebido em: 18/3/19

Aceito em: 20/5/19

INTRODUÇÃO

Sabe-se da importância dos sistemas universais de saúde para melhorar as condições de vida das populações e, ao mesmo tempo, enfrentar iniquidades importantes nos diferentes países¹. A formação e distribuição dos profissionais de saúde, geralmente com enfoque nos médicos, tem sido um dos temas críticos para pensar o fortalecimento dos sistemas de saúde e a construção da equidade².

Um dos marcos mais recentes na discussão internacional sobre a formação e distribuição de profissionais de saúde foi o documento de 2010 da Organização Mundial da Saúde (OMS) intitulado *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention*³, que trabalha quatro possíveis dimensões para aumentar o acesso a profissionais de saúde e fixá-los em regiões remotas. Entre essas dimensões está a de

iniciativas educacionais, onde se destacam ações como recrutar estudantes oriundos de áreas rurais e promover estágios em zonas rurais⁴.

Alguns autores que têm se debruçado sobre a formação médica têm feito duras críticas ao modo como ela está sendo desenvolvida atualmente, a exemplo de Ritz *et al.*⁵. Esses autores argumentam que a escola médica é um mecanismo de perpetuação de si mesma, pois busca, basicamente, sua sustentação ao dizer à sociedade que produz um médico qualificado e competente. Um marco nessa análise é uma publicação que faz um balanço de cem anos do Relatório Flexner, em que uma comissão de especialistas em educação médica de diversos países propôs a necessidade de um novo movimento de reformas na área, para que a formação passe a ser efetivamente baseada nos sistemas de saúde⁶.

Apesar de entender o papel do Relatório Flexner no contexto do início do século passado, o novo movimento de reformas critica a formação subespecializada e hospitalocêntrica e defende que a formação não pode estar descolada dos determinantes sociais em saúde e, portanto, da organização do sistema de saúde local. Mais uma vez, critica a escola médica que somente busca reproduzir a si mesma, mas não discute com os outros atores relevantes na saúde e principalmente não se preocupa com a forma como os seus egressos estão atuando nos serviços de saúde⁶.

Em consonância com esse movimento, surgiram e se consolidaram novas propostas de modificação da formação médica, representadas por meio de consórcios internacionais que têm como princípio o respeito à autonomia e às características locais. Evidentemente, não é a primeira vez que se discute a mudança da formação médica, já que é possível listar diversos movimentos anteriores. No âmbito das Américas, por exemplo, desde as décadas de 1950 e 1960 são registrados movimentos, capitaneados pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), que buscam atender as demandas sociais por médicos com formação adequada aos sistemas de saúde.

Um dos exemplos que se destaca nesses movimentos é um grupo de trabalho promovido pela Opas para elaborar requisitos mínimos para a criação de escolas médicas⁷. Os participantes extrapolaram os objetivos iniciais do grupo e acabaram buscando estratégias também para a mudança das escolas existentes. Com isso, chegou-se a uma de suas importantes premissas, de que: “El fin último del sistema de formación de recursos humanos para la salud, no es formar profesionales, sino mejorar la salud de la población”. (p. 265).

Dessa forma, as questões analisadas neste artigo não podem ser caracterizadas como de uma discussão recente, por mais que esse debate tenha momentos de avanço e de retrocesso (ou pelo menos de certa estagnação). Ao mesmo tempo, a mudança na formação ganha novos contornos no contexto recente, a exemplo dos consórcios já citados, pautados pela ideia de responsabilidade social da educação médica.

Entre esses consórcios, destacam-se as produções do Training for Health Equity Network⁸ e do Global Consensus for Social Accountability for Medical Schools⁹, que reúnem escolas médicas dos diversos continentes e buscam formatos de acreditação das escolas que passam a ser declaradas como responsáveis socialmente. No âmbito mais recente e específico das Américas, a Opas busca incentivar a criação de novas mudanças entre as escolas, tendo como marco um encontro realizado em 2014 no Brasil que gerou o relatório *La misión social de la educación médica para alcanzar la equidad en salud*¹⁰.

A responsabilidade social na educação médica – como é traduzido em geral o conceito de *social accountability*, apesar

de também se utilizar o termo *misión social* – se refere à responsabilidade institucional de orientar o ensino, a pesquisa e as atividades em serviço para atender às necessidades em saúde com foco prioritariamente em áreas de difícil acesso⁸. É um conceito que parte da percepção de que a busca por saúde também é a busca por justiça social, entendendo que as atividades de ensino, pesquisa e extensão da escola médica devem estar obrigatoriamente orientadas para abordar as preocupações prioritárias de saúde da comunidade, da região ou da nação em que está inserida¹¹.

Remete-se com essas definições, portanto, ao conceito de uma escola médica em estrita consonância com o sistema de saúde, o que alguns autores denominaram em determinadas experiências como sendo de um sistema de saúde-escola¹². Em escolas que adotaram a perspectiva da responsabilidade social, defende-se que elas devem dar uma contribuição explícita ao sistema de saúde, demonstrando, por exemplo, que os médicos formados têm efeitos positivos nos indicadores de saúde de suas comunidades¹³.

O Global Consensus for Social Accountability for Medical Schools⁹ lista dez diretrizes para agir sob a perspectiva da responsabilidade social: antecipar as necessidades sociais de saúde; estabelecer parcerias com gestores e demais atores dos sistemas de saúde; adaptar as definições em evolução dos médicos e demais profissionais da saúde; promover a educação baseada em resultados; criar uma governança responsiva e responsável na escola médica; rever o escopo de diretrizes para o ensino, pesquisa e extensão; apoiar a melhoria da qualidade do ensino, pesquisa e serviços de saúde; estabelecer mecanismos de acreditação; equilibrar princípios globais com o contexto local; definir o papel da sociedade.

Mesmo o conceito de responsabilidade social está em debate, tendo como exemplo a formulação de Boelen *et al.*¹⁴, em que se discute a diferença entre *accountability*, *responsibility* e *responsiveness*. Para esses autores, há um gradiente de diferenças e capacidade de mudança entre as escolas ao adotarem cada um dos três termos, sendo que o termo *accountability* – adotado neste artigo como responsabilidade social – indicaria o estágio mais avançado a que um curso de Medicina poderia chegar.

A escola que se caracteriza pela *responsibility* estaria comprometida com o bem-estar social e a educação de bons médicos. Noutro patamar, a escola que adota a *responsiveness* busca responder a prioridades em saúde de um local: formar médicos com competências específicas e com olhar de profissionalismo. Finalmente, a escola com *accountability* trabalha colaborativamente com governos, organizações de saúde e a sociedade, buscando um impacto positivo na saúde das pes-

soas, sendo capaz de demonstrar que seu trabalho é relevante, de alta qualidade, equitativo e custo-efetivo¹⁴.

Portanto, o termo que se traduz aqui como *responsabilidade social* busca maior abrangência, mas se deve ter cuidado ao utilizá-lo, para não dar aparência nova a algo que busca manter as estruturas conservadoras ou o *status quo* propriamente dito¹⁵. É exatamente sob esta perspectiva que Ritz et al.⁵ propõem a responsabilidade social reflexiva crítica: oriundos de uma escola médica tida como socialmente responsável e participante de consórcios internacionais (Northern Ontario School of Medicine), os autores analisam de que forma o termo “responsabilidade social” está se tornando um “guarda-chuva” que passou a cobrir matrizes de orientação conservadora, as quais buscam somente a reprodução da escola médica em patamares semelhantes de reformas influenciadas pelo Relatório Flexner⁶.

Superar essa perspectiva significa refletir sobre a contração de processos em que atores das escolas médicas, oriundos de classes mais privilegiadas, planejam as necessidades das classes populares. Tendo isso em mente, propõe-se manter o termo responsabilidade social, mas agregar o olhar “crítico e reflexivo” ao estabelecer iniciativas como: reexaminar constantemente os processos e o papel de cada ator neles; contextualizar a situação social, política e cultural local; tornar a responsabilidade social um empreendimento substantivo, buscando enfrentar a injustiça e avaliando seu impacto; compartilhar o poder entre a escola médica e outros atores⁵.

Apesar da crescente literatura internacional sobre o tema e das iniciativas na região das Américas, referências nacionais sobre responsabilidade social ainda são insuficientes. Uma das poucas é o próprio relatório, reportado anteriormente, a respeito de um evento realizado no Brasil em 2014 sobre a missão social¹⁰. Há também a tradução da iniciativa do Consenso Global de Responsabilidade Social das Escolas Médicas pelo Instituto Regional da Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (Faimer)¹⁶.

No âmbito nacional, existem diversos marcos muito qualificados no debate sobre a formação médica, não se pretendendo neste artigo detalhá-los. Entre as iniciativas, podem-se citar as do Projeto de Integração Docente Assistencial (IDA) na década de 1970 e o Projeto “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade” (UNI) na década de 1990, que preconizavam maior integração entre ensino, serviço e comunidade¹⁷. Outra iniciativa da sociedade na década de 1990 foi a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), composta por diversas entidades majoritariamente da corporação médica e que extrapolou o âmbito da avaliação e propôs mudanças em quatro frentes (gestão, inserção no serviço, docência

profissionalizada e avaliação) para a transformação do ensino médico¹⁸.

As iniciativas de mudança na formação mais recentes foram no âmbito governamental¹⁹, a exemplo do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) e do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (ProvaB). Mas a iniciativa recente mais abrangente foi o Programa Mais Médicos (PMM), lançado em julho de 2013 e que se caracterizava por dispositivos legais e ações que envolviam os ministérios da Saúde e da Educação para a mudança da formação²⁰.

As propostas no âmbito da formação do PMM propõem um novo marco regulatório na educação médica brasileira, buscando reordenar o processo de abertura de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação entre vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática adequado à formação. Portanto, em virtude do PMM, foram criados diversos cursos de Medicina no interior. A Lei 12.871/2013 estabeleceu novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), condicionando a abertura e funcionamento de cursos à efetiva implantação das mesmas, as quais foram publicadas em 2014²¹.

Considerando-se este contexto recente de introdução de novas modificações na formação médica, busca-se analisar qual a percepção dos estudantes de Medicina, em cursos criados antes do PMM e em cursos criados em virtude desse programa, sobre a responsabilidade social da escola médica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, orientado pela teorias das representações sociais. Foram selecionados nesta pesquisa quatro cursos de Medicina de instituições federais de ensino superior (Ifes) da Região Nordeste. Entre eles, dois foram criados em virtude do Programa Mais Médicos, em *campi* no interior dos seus estados. Os outros dois, com pelo menos 60 anos de funcionamento, correspondem aos cursos das capitais, da mesma Ifes do curso do interior.

Por meio da análise do currículo desses cursos foi possível observar que os cursos mais antigos apresentavam disciplinas isoladas de inserção na atenção básica e que a metodologia apresentava predomínio de uso da transmissão oral (aulas expositivas). Com base nisso, eles foram denominados “tradicionais”. Nos cursos criados em virtude do Programa Mais Médicos, o currículo foi estruturado conforme preconizado nas DCN de 2014, com metodologias ativas de ensino-aprendizagem por meio de tutoria e inserção semanal e longitudinal

na atenção básica. Considerando essas características, esses cursos foram denominados “novos”.

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 encontrava a primeira turma dos cursos “novos”, sendo, portanto, a turma mais avançada, em que seria possível desenvolver os instrumentos da pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília por meio do Parecer nº 1.852.717.

Entre os 198 estudantes matriculados no sétimo semestre desses cursos, 159 compareceram à aula no dia em que a pesquisa foi apresentada. Dentre eles, 149 aceitaram participar voluntariamente do estudo, sendo 68 dos cursos “tradicionais” e 81 dos cursos “novos”. No primeiro momento, os participantes responderam a um questionário sociodemográfico, baseado em perguntas semelhantes às aplicadas no questionário do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade). No segundo momento, preencheram um roteiro de evocação livre, em que citavam três palavras que lhes ocorressem imediatamente em relação ao termo “responsabilidade social”. Em seguida, os estudantes enumeraram, em ordem de importância, as palavras ou expressões escritas para a hierarquização dos itens^{22,23}.

Os dados do questionário sociodemográfico foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0. Foi realizada a análise univariada com a construção da distribuição de frequências. 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, mediante o uso de tabelas com palavras, identificar a estrutura das representações sociais. A hierarquização também foi processada com auxílio do *software*, sendo utilizada de modo a reforçar ou reavaliar a colocação desses termos.

Desse modo, foram priorizadas categorias e palavras em coerência com a análise desenvolvida na perspectiva da pesquisa qualitativa, buscando sintetizar as estruturas mais relevantes apresentadas pelos entrevistados e realizar um esforço de síntese que não desprezasse a riqueza das informações²⁴. A análise das respostas dos estudantes foi feita por meio da teoria das representações sociais²⁵, utilizando-se a teoria complementar do núcleo central²².

As representações sociais são elementos simbólicos que os indivíduos expressam mediante o uso de 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 emi-

te²⁴. Enquanto se cria a representação de um objeto, também se constitui o sujeito. Quando o sujeito expressa uma opinião sobre um objeto, supõe-se a contribuição para a elaboração de uma representação²⁶.

Para os objetivos desta pesquisa, também foram empregados os conceitos de núcleo central e núcleo periférico, definidos por Sá²⁷. O núcleo central é marcado pela memória coletiva, refletindo as condições históricas, sociológicas e ideológicas do grupo; constitui uma base comum, consensual, coletivamente partilhada das representações, propiciando homogeneidade ao 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.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os itens questionados no perfil dos participantes dessa etapa estão dispostos na Tabela 1, conforme a divisão entre participantes de escolas “tradicionais” e “novas”. Percebe-se uma série de semelhanças entre os grupos no que diz respeito a sexo, estado civil, escola do ensino médio e motivações para cursar Medicina. Ao mesmo tempo, destaca-se a existência de diferenças em variáveis como idade, renda familiar, escolaridade dos pais, ocupação no momento, ingresso por política afirmativa, presença de médicos na família e motivo de escolha da Ifes.

Uma similaridade entre os grupos se refere ao tipo de escola em que o estudante cursou o ensino médio: em ambos os grupos, o número é de cerca de 30% de estudantes oriundos de escolas públicas e outros quase 70% de escolas privadas. A Lei de Cotas²⁸ estipulou que as Ifes deveriam ter um percentual de 50% de ingressantes provenientes de escolas públicas no ano de 2016. No ano em que os estudantes deste estudo ingressaram (2014), esse percentual deveria ser de no mínimo 25%. Considera-se, portanto, que essa proporção está de acordo com o disposto na Lei para todas as instituições participantes desta pesquisa. No entanto, Ristoff²⁹ entende que esse percentual ainda é insuficiente; o autor questiona a meta de chegar somente a 50% de vagas para egressos de escolas públicas, ao constatar que o ensino médio brasileiro é essencialmente público, modalidade que corresponde a 87% das matrículas.

Uma diferença a ser destacada se refere ao ingresso por políticas afirmativas, entendidas como “[...] medidas especiais que buscam eliminar os desequilíbrios existentes entre determinadas categorias sociais até que sejam neutralizados” (p. 844)³⁰. Para tanto, são necessárias providências efetivas em

TABELA 1
Perfil sociodemográfico dos estudantes participantes da pesquisa em escolas “tradicionais” e “novas”. Brasil 2017

| Tipo de escola de Medicina | 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 | | | | |
| 20 a 24 anos | 50 | 73,6 | 49 | 60,5 |
| 25 anos 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 | | | | |
| 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 s | 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 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 p/ 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 lfes | | | | |
| 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 em que obteve aprovação | 2 | 2,9 | 6 | 7,4 |

Fonte: Os autores.

favor das categorias que se encontram em desvantagem. Desse modo, as políticas afirmativas trazem a perspectiva de eliminar desigualdades históricas, buscando igualdade de oportunidades para grupos e populações socialmente excluídos³¹.

Para Haas e Linhares³⁰, os objetivos das políticas afirmativas são: combater a discriminação que acontece em certos espaços da sociedade; reduzir a desigualdade que atinge determinados grupos; buscar a transformação social; possibilitar acesso à escola e ao mercado de trabalho; integrar diferentes grupos sociais nos espaços existentes, valorizando a diversidade cultural. Para Dias Sobrinho³², o propósito maior das políticas afirmativas é promover a inclusão social de alguns grupos marginalizados, de modo que muitas vezes essas políticas acabam colaborando para o desenvolvimento de algumas regiões periféricas.

Para Ristoff²⁹, é importante pavimentar um caminho onde políticas mais agressivas de inclusão se tornem politicamente viáveis. Ao mesmo tempo, Haas e Linhares³⁰ sustentam que a ampliação das políticas afirmativas só é possível por meio da discussão aberta com a comunidade acadêmica, a qual defendem que tem papel fundamental na produção do conhecimento e de encaminhamento das necessidades sociais. Nesse ínterim, cabe destacar o contexto em que foram criadas as escolas “novas”: por intermédio do Reuni, houve um importante fenômeno no ensino superior brasileiro, com aumento do financiamento para instituições públicas³³.

Portanto, é possível supor que tenha havido um contexto mais favorável para as escolas novas implantarem as políticas afirmativas em virtude da expansão do ensino superior. Sugere-se um papel também do Programa Mais Médicos, considerando que, para autores como Nascimento³⁴, as novas diretrizes curriculares de Medicina propiciaram um contexto favorável ao uso de políticas afirmativas numa escola criada em um *campus* novo de Ifes.

Esse achado pode ser reforçado pelo fato de as escolas criadas em virtude do Programa Mais Médicos serem, neste estudo, de Ifes que adotam critérios próprios de políticas afirmativas, a exemplo do Argumento de Inclusão Regional (AIR)³⁴. O AIR consiste no acréscimo de até 20% na nota do Sistema de Seleção Unificada para os estudantes. Para tanto, eles devem ter concluído o ensino fundamental e cursado o ensino médio em escolas regulares e presenciais das microrregiões onde se localizam os *campi* da Ifes estudada. Nascimento³⁴ entende que essa é uma política exitosa, ao demonstrar que efetivamente ingressaram no curso estudantes provenientes das regiões abrangidas.

Seguindo na análise, no que se refere ao instrumento de evocação livre preenchido pelos estudantes, apresentam-se os resul-

tados nas Figuras 1 e 2, que sintetizam os achados de evocação livre e hierarquização de itens no momento em que o participante da pesquisa se deparava com o termo “responsabilidade social” para os cursos “tradicionais” (Figura 1) e “novos” (Figura 2).

O quadrante superior esquerdo indica palavras mais frequentes e prontamente evocadas, sendo indicadoras do núcleo central da representação. O quadrante superior direito é o da primeira periferia, onde mesmo com alta frequência as palavras não foram tão prontamente evocadas. O quadrante inferior esquerdo corresponde à zona de contraste, com elementos de baixa frequência, mas prontamente evocados, e no quadrante inferior direito está a segunda periferia, com menor evocação e frequência³⁵.

FIGURA 1
Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos “tradicionais” de Medicina quando questionados sobre “responsabilidade social”. Brasil, 2017

| Zona Central | Primeira Periferia |
|------------------------------|-----------------------|
| Dever – 17 – 1.7 | Consciência – 6 – 2.3 |
| Empatia – 10 -1.9 | Cuidado – 6 – 2.3 |
| Ética – 8 – 1.2 | Política – 5 – 2 |
| Compromisso - 7 - 1.7 | Direito – 4 – 2.5 |
| Importante – 6 – 1.8 | Justiça – 4 – 2.5 |
| Cidadania – 5 – 1.4 | Obrigação – 4 – 2.5 |
| Equidade – 4 – 1.8 | |
| Coletividade – 4 | |
| Elementos contrastantes | Segunda Periferia |
| Educação – 3 – 1.7 | Governo – 3 – 2.3 |
| Essencial – 3 – 1.7 | Respeito – 3 – 2 |
| Atitude – 2 – 1 | Necessário – 3 – 2.7 |
| Saúde – 2 – 1.5 | Equidade – 3 – 2 |
| Inclusão – 2 – 1 | Trabalho – 3 – 2 |
| Altru simo – 2 – 1.5 | Proatividade – 2 – 3 |
| | Todos – 2 – 2 |
| | Hypocrisia – 2 – 2 |
| | Dificuldade – 2 – 2.5 |
| | Sociedade – 2 – 2 |
| | Ação – 2 – 2.5 |

Fonte: Os autores.

Para fins de análise, trabalhou-se principalmente com os termos do núcleo central, primeira periferia e elementos contrastantes, considerando a relevância dos termos para a formação das representações sociais dos estudantes de Medicina. Em ambos os grupos, ou seja, no núcleo central tanto dos estudantes dos cursos “tradicionais” como dos cursos “novos”, o termo mais destacado é “dever”, o que indica o reconhecimento, por parte dos estudantes, de que o médico precisa ter um grau de envolvimento com a sociedade.

FIGURA 2

Análise prototípica dos termos evocados pelos estudantes dos cursos “novos” de Medicina quando questionados sobre “responsabilidade social”. Brasil, 2017

| Zona Central | Primeira Periferia |
|-------------------------------|--------------------------|
| Dever – 15 – 1.6 | Empatia – 15 – 2 |
| Compromisso – 12 – 1.1 | Cuidado – 8 – 1.9 |
| Ética – 6 – 1.3 | Necessário – 7 – 2 |
| Justiça – 5 – 1.6 | Equidade – 6 – 2.3 |
| Importante – 5 – 1.6 | Igualdade – 6 – 2.2 |
| | Cidadania – 6 – 2 |
| | Obrigação – 5 – 2.4 |
| Elementos Contrastantes | Segunda Periferia |
| Autonomia – 3 – 1.3 | Respeito – 4 – 2.2 |
| Contribuição – 3 – 1.3 | Comunidade – 4 – 2.5 |
| Moral – 3 – 1.3 | Direito – 4 – 2.5 |
| Competência – 2 – 1.5 | Coletividade – 4 – 2 |
| Vocação – 2 – 1.5 | Recompensa – 4 – 2 |
| Todos – 2 – 1.5 | Engajamento – 4 – 2.5 |
| SUS – 2 – 1.5 | Humanização – 3 – 2 |
| Voluntariedade – 2 – 1 | Transparência – 3 – 2.7 |
| | Ação – 3 – 2.7 |
| | Proatividade – 2 – 2 |
| | Universalidade – 2 – 2.5 |

Fonte: Os autores.

O que se discute com base neste entendimento é até que ponto a ideia de dever transmite apenas uma percepção individual do estudante, diferentemente de uma perspectiva coletiva, de visão da escola médica enquanto ator integrado numa sociedade. Desse modo, é comum, em ambos os grupos, um entendimento possivelmente limitado da responsabilidade social. Considerando-se que são estudantes de universidades públicas, há uma possível noção de que devam devolver à sociedade determinado investimento público feito durante a sua formação. Mesmo assim, em pesquisas realizadas com estudantes na etapa seguinte do curso, o internato, demonstrou-se que apenas 10% dos estudantes na etapa final do curso consideram trabalhar somente em serviços públicos. É ainda menor o número daqueles que querem trabalhar em pequenos municípios: 5%³⁶.

Os achados foram semelhantes aos de um estudo realizado com estudantes de Medicina, Psicologia e Odontologia no qual 80% almejam trabalhar em consultório privado, apesar de muitos julgarem que será necessário trabalhar no setor público³⁷. Para os autores do estudo, tal visão está relacionada à construção de um imaginário durante a formação em que se privilegia a perspectiva liberal-privatista e não se discutem as implicações das relações entre público e privado no SUS, o que acaba não contribuindo para a real compreensão e apropriação da cidadania.

Mesmo assim, o termo “cidadania” se destaca em ambos os grupos, principalmente no grupo de escolas “tradicionais”. Neste grupo, o termo está no núcleo central, sugerindo que esteja mais consolidado, enquanto nas escolas “novas” aparece na primeira periferia. Essa percepção remete efetivamente a uma construção societária coletiva e se destaca desde a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, nas quais se preconiza que o curso tenha compromisso com a cidadania de modo que sua estrutura inclua valores orientados para ela³⁸.

Assim, o termo segue presente nas novas DCN de 2014, mas não com tanto destaque ao ser comparado com outros termos que cresceram substancialmente no número de citações. Enquanto para “competências”, conforme Rocha¹⁵, há um acréscimo em diversos artigos, para “cidadania” se percebe um aumento discreto, passando a constar em quatro momentos (em 2001 foi citado duas vezes). Desse modo, sugere-se que, até como um reflexo dos movimentos de mudança do início nos anos 2000, a noção de “cidadania” se incorporou às representações sociais do estudante de Medicina, pelo menos nos participantes deste estudo.

Nogueira³⁹ defende que o surgimento das DCN em 2001 ocorreu num contexto de questionamento do modelo técnico-científico da formação médica, com novas propostas orientadas por um projeto ético-humanista que tencionam o modelo anterior. Desse modo, é possível a valorização, pelas escolas médicas, de termos como “cidadania” em reformas curriculares ocorridas no início do século XXI, bem como sua influência nas escolas criadas a partir do Programa Mais Médicos.

Outra semelhança se refere ao uso do termo “ética”. Almeida *et al.*⁴⁰ observaram que os estudantes tinham melhor conhecimento do Código de Ética Médica (CEM) do que os professores, e ambos os grupos consideravam temas de ética extremamente importantes, apesar de haver uma baixa atualização e discussão sobre o assunto. Além disso, ao se discutirem exemplos dados de “maus” professores que não observavam os preceitos do CEM, foi observado que o modelo desses docentes pode interferir negativamente na formação do estudante.

Mesmo assim, percebe-se que o ensino de ética no Brasil tende a ser muito teórico, pouco humanista e baseado na especialidade, com um perfil individualista e centrado no hospital⁴¹. Nesse estudo, ao compararem os currículos de escolas médicas brasileiras e cubanas, os autores afirmam que a discussão sobre ética se dá de forma mais contínua na formação em Cuba. Apesar disso, avalia-se que tem aumentado a quantidade de disciplinas que abordam questões éticas nos currículos brasileiros⁴², de modo que o destaque para o termo em ambos os grupos sugere uma influência também das DCN

de 2001, nas quais se preconiza a inclusão de conteúdos éticos na estrutura do curso de graduação em Medicina. Essa proposição foi mantida na íntegra nas DCN de 2014¹⁵.

Pontuadas as semelhanças, passa-se à análise das diferenças entre os grupos. Nesse momento, pode-se observar o destaque para três termos citados pelos estudantes das escolas “novas”: “compromisso”, “justiça” e “SUS”, principalmente na primeira periferia e na zona de elementos contrastantes. Para o grupo das escolas “tradicionais”, um termo realçado no âmbito desse debate é “consciência”.

Um dos motivos prováveis para destacar “compromisso” nas escolas “novas” é a recorrência com que o termo aparece em documentos como o do Consenso Global de Responsabilidade Social das Escolas Médicas⁹. Neste documento, fala-se em compromisso em variadas dimensões: do profissional, de servir em áreas de necessidade; da escola, em trabalhar com outros atores da área da saúde; dos diversos atores quanto aos princípios e valores da responsabilidade social; do corpo docente e dos alunos com a comunidade. Desse modo, evidentemente, o termo “compromisso” remete a uma dimensão mais coletiva do que termos tratados anteriormente, podendo representar um avanço proveniente das experiências possibilitadas somente nos cursos implantados em virtude do Programa Mais Médicos.

Essa percepção das representações sociais é reforçada no momento em que o termo “SUS” aparece citado somente pelos estudantes das escolas “novas”. Ora, como se preconiza uma formação centrada no sistema de saúde para as reformas mais recentes no ensino médico⁶, o primeiro passo para que os estudantes reconheçam essa perspectiva é que entendam a correlação entre responsabilidade social e o Sistema Único de Saúde. Tanto que, ao analisarem a experiência de uma escola inovadora, Melo *et al.*⁴³ remetem à ideia da vivência longitudinal no SUS, numa formação sensível às realidades do sistema de saúde.

Da mesma forma, o outro consórcio de escolas citado na área de responsabilidade social, o TheNET, também utiliza um termo citado pelos estudantes das “escolas novas” – “justiça” –, que no caso deste consórcio aparece no momento em que cita seus princípios, entre eles a busca de justiça social. O conceito de enfrentamento de injustiças está diretamente ligado ao debate dos determinantes sociais em saúde¹, e no escopo deste trabalho cabe destacar que a discussão desses determinantes só passa a ser incorporada de maneira definitiva às DCN a partir de 2014¹⁵.

Portanto, o aparecimento de termos como “compromisso”, “SUS” e “justiça” entre os estudantes de escolas “novas” parece sinalizar a perspectiva de responsabilidade social, por

mais que seja um conceito insuficientemente trabalhado em nível nacional. Ao agregar essa percepção à análise do perfil dos estudantes das diferentes escolas, afirma-se que o maior incentivo às políticas afirmativas e uma percepção mais no âmbito coletivo da responsabilidade social são um possível efeito das proposições dispostas no Programa Mais Médicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude da pouca literatura nacional disponível sobre responsabilidade social, por mais que as escolas brasileiras desenvolvam experiências condizentes com esse conceito, sugere-se que ainda não houve uma compreensão mais abrangente do significado desse movimento para as escolas médicas e, conseqüentemente, menos ainda para os estudantes. Apesar disso, destaca-se o aparecimento do termo “SUS” entre os estudantes das escolas “novas” e, portanto, um potencial importante da valorização da relação com o sistema de saúde por esses cursos.

Além disso, ao se analisarem as diferentes representações sociais entre estudantes de escolas “tradicionais” e “novas”, percebem-se sinais importantes de como os estudantes de currículos “novos” estão traçando um novo caminho, mais próximo do que é preconizado enquanto responsabilidade social, o que se traduz por meio de termos como “compromisso” e “justiça”. Entende-se ainda que as modificações na formação introduzidas pelo Programa Mais Médicos têm um papel importante nessas mudanças.

Ressalta-se ainda que essa análise, como se desenvolveu no âmbito das representações sociais dos estudantes de Medicina sobre a responsabilidade social, faz um recorte bem específico em determinado contexto de escolas criadas recentemente, bem como das escolas “tradicionais” estudadas. É necessário observar como essas experiências se comportarão de maneira mais ampla, inclusive nos mecanismos de avaliação, de âmbito institucional ou processual, entre eles os propostos no Programa Mais Médicos. Portanto, são necessários outros elementos para esse debate, a serem desenvolvidos em novos estudos com diferentes instrumentos de pesquisa.

As mudanças da formação médica propostas pelo Programa Mais Médicos têm sido tema de debates polêmicos sobre suas repercussões. Apesar das divergências, deve-se louvar o árduo esforço que muitos docentes pelo País estão fazendo, em regiões que antes não contavam com cursos de Medicina, para ensinar a profissão na perspectiva da responsabilidade social, sendo esta uma temática que precisa ser trabalhada no desenvolvimento docente. Que esses exemplos possam ser aprofundados com a radicalidade necessária para fortalecer o Sistema Único de Saúde.

REFERENCES

1. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2007;17(1):77–93. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&tlng=pt. Accessed on 07 sept. 2018.
2. Crisp N, Chen L. Global Supply of Health Professionals. *N Engl J Med* [Internet]. 2014;370(10):950–7. Available at: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1111610>. Accessed on 07 sept. 2018.
3. WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention [Internet]. Vol. 23. 2010. Available at: http://www.who.int/entity/hrh/migration/hmr_expert_meeting_dolea.pdf. Accessed on 07 sept. 2018.
4. Clark TR, Freedman SB, Croft AJ, Dalton HE, Luscombe GM, Brown AM, et al. Medical graduates becoming rural doctors: Rural background versus extended rural placement. *Med J Aust*. 2013;199(11):779–82.
5. Ritz SA, Beatty K, Ellaway RH. Accounting for social accountability: Developing critiques of social accountability within medical education. *Educ Heal Chang Learn Pract*. 2014;27(2):152–7.
6. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011;28(2):337–41.
7. OPS. Informe Final del Grupo de Trabajo sobre Requisitos Mínimos para la Creación de Escuelas de Medicina. *Educ Med Salud*. 1979;13(3):1–10.
8. TheNET. THEnet's Evaluation Framework for Socially Accountable Health Professional Education. Evaluation. 2011.
9. GCSA. Consenso Global de Responsabilidade Social das Escolas Médicas. 2012.
10. Menezes F, Borrell RM. La misión social de la educación médica para alcanzar la equidad en salud. 2014.
11. Woollard B, Boelen C. Seeking impact of medical schools on health: Meeting the challenges of social accountability. *Med Educ*. 2012;46(1):21–7.
12. Pagani R, de Andrade LOM. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: O estudo do caso de Sobral, CE. *Saude e Soc*. 2012;21(SUPPL. 1):94–106.
13. Mahoney S, Boileau L, Floridis J, Abi-Abdallah C, Lee B. How social accountability can be incorporated into an urban community-based medical education program: An Australian initiative. *Educ Heal Chang Learn Pract*. 2014;27(2):148–51.
14. Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The social accountability of medical schools and its indicators. *Educ Heal*. 2012;25(3):180–94.
15. da Rocha VXM. Reformas na Educação Médica no Brasil: Estudo Comparativo entre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina de 2001 e 2014. Universidade Católica de Santos; 2017.
16. Cyrino EG. Roteiro autoavaliativo de repercussões esperadas nos cursos de medicina criados a partir do MDP. Brasília - DF; 2018.
17. Dias HS, de Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013;18(6):1613–24. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=pt&tlng=pt. Accessed on 07 sept. 2018.
18. Cruz KT. A formação médica no discurso da cinaem. Universidade Estadual de Campinas; 2004.
19. Souza PA, Maria A, Zeferino B, Aurélio M, Ros D. Currículo Integrado: entre o Discurso e a Prática Integrated Medical Curriculum: from Discourse to Practice. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(1):20–5.
20. Oliveira FP, Pinto HA, Figueiredo AM, Cyrino EG, Oliveira Neto AV. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2018;No prelo.
21. Brasil. Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Ministério da Saúde. 2015. 128 p.
22. Abric JC. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Pap Soc Represent*. 1993;2(1):75–8.
23. de Moura LM, Shimizu HE. Representações sociais de saúde-doença. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2017;27(1):103–25.
24. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - SP: Hucitec; 2008. 407 p.
25. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. Nova York: Polity Press; Blackwell Publishers; 2003. 404 p.
26. Franco MLPB. Representações Sociais, Ideologia e Desenvolvimento da Consciência. *Cad Pesqui* [Internet]. 2004;34(121):169–86. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v34n121/a08n121>. Accessed on 07 sept. 2018.
27. de Sá CP. Teoria das representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. *Temas em Psicol*. 1996;3(1):19–33.
28. Brasil. Lei n 12.711 de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília - DF: Diário Oficial da União; 2012.

29. Ristoff D. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. *Avaliação Rev da Avaliação da Educ Super* [Internet]. 2014;19(3):723–47. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772014000300010&lng=pt&tlng=pt. Accessed on 07 sept. 2018.
30. Haas CM, Linhares M. Políticas públicas de ações afirmativas para ingresso na educação superior se justificam no Brasil? *Rev Bras Estud Pedagógicos*. 2012;93(235):836–63.
31. dos Santos JT. Ações afirmativas e educação superior no Brasil: um balanço crítico. *Rev Bras Estud Pedagógicos*. 2012;93(234):401–22.
32. Sobrinho JD. Democratização, qualidade e crise da educação superior: faces da exclusão e limites da inclusão. *Educ Soc*. 2010;31(113):1223–45.
33. Costa DM, Costa AM, Barbosa FV. Financiamento Público E Expansão Da Educação Superior Federal No Brasil: O Reuni E As Perspectivas Para O Reuni 2. *Rev Gestão Univ na América Lat*. 2013;6(1):106–27.
34. do Nascimento GB. A política do argumento de inclusão regional no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. UFRN; 2015.
35. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis - SC; 2013.
36. de Oliveira NA, Alves LA. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2011;35(1):26–36. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Accessed on 07 sept. 2018.
37. Ceccim RB, Armani TB, de Oliveira DLL, Bilibio LF, Moraes M, Santos ND. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2008;13(5):1567–78. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Accessed on 07 sept. 2018.
38. de Almeida MJ, de Campos JJB, Turini B, Nicoletto SCS, Pereira LA, Rezende LR, et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(2):156–65.
39. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2009;33(2):262–70. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200014&lng=pt&tlng=pt. Accessed on 07 sept. 2018.
40. Almeida AM, Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBCS, Lordelo MR, Lemos KM, et al. Conhecimento e interesse em ética médica e bioética na graduação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(4):437–44.
41. Comes Y, Díaz-Bermúdez XP, Pereira L, Oliveira FP, Caballero González JE, Shimizu H, et al. Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención básica. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2017;(2):1–7. Available at: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34585>. Accessed on 07 sept. 2018.
42. das Neves Júnior WA, de Araújo LZS, Rego S. Ensino de bioética nas faculdades de medicina no Brasil. *Rev Bioética* [Internet]. 2016;24(1):98–107. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241111>. Accessed on 07 sept. 2018.
43. Melo LP, dos Santos M, da Câmara RBG, Braga LP, e Oliveira ALO, Pinto TR, 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 Commun Heal Educ*. 2017;21:1333–43.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Felipe Proença de Oliveira participou da concepção e delimitação 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 delimitação do trabalho e da revisão crítica dos resultados e da versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Felipe Proença de Oliveira, Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. Campus I, Jardim Universitário, s/n, Castelo Branco. João Pessoa, PB, Brasil. CEP 58051-900.
E-mail: proenco@ccm.ufpb.br



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