

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE**

DILANE GIMINO MARTINS

**MÉDICOS EGRESSOS DA UNIVERSIDADE PÚBLICA ATRAVÉS DO SISTEMA
DE COTAS: perfil sociodemográfico e áreas de atuação**

**RECIFE
2014**

DILANE GIMINO MARTINS

**MÉDICOS EGRESSOS DA UNIVERSIDADE PÚBLICA ATRAVÉS DO SISTEMA
DE COTAS: perfil sociodemográfico e áreas de atuação**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maíra Galdino da Rocha Pitta

Coorientadora: Profa. Dra. Tatiane Almeida de Menezes

**RECIFE
2014**

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Maria Betânia de Santana da Silva CRB4-1747.

M386m Martins, Dilane Gimino
Médicos egressos da universidade pública através do sistema de cotas:
perfil sociodemográfico e áreas de atuação / Dilane Gimino Martins. -
2014.

69 folhas : il. 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Maíra Galdino da Rocha Pitta.

Co-orientadora: Profa. Dra. Tatiane Almeida de Menezes.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) –
Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2014.

1. Programa de Ação afirmativa na educação - Brasil. 2. Médicos -
Universidades e faculdades públicas. 3. Estudantes de medicina –
condições sociais. I. Título.

614.068 CDD (22.ed.)

UFPE (CSA 2014 – 181)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Silvio Romero de Barros Marques

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Sousa Ramos

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Prof. Dr. Jeronymo José Libonati

VICE- DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Prof. Dr. Denílson Bezerra Marques

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E
ECONOMIA DA SAÚDE**

Profa. Dra. Tatiane Almeida de Menezes

**VICE- COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO
E ECONOMIA DA SAÚDE**

Profa. Dra. Maíra Galdino da Rocha Pitta

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: MARTINS, Dilane Gimino.

Título: Médicos egressos da universidade pública através do sistema de cotas: perfil sociodemográfico e áreas de atuação

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde

Aprovada em: 28/10/2014

Banca Examinadora

Profa. Dra. Roberta de Moraes Rocha

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Assinatura: _____

Prof. Dr. César Augusto Souza de Andrade

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Assinatura: _____

Profa. Dra. Paula Carvalho Pereda

Instituição: Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Aos professores do programa, em ordem: Paulo Melo, pelo alicerce do raciocínio econômico; Adriana Falângola, pelo mergulho na saúde pública brasileira, além do respeito e estímulo ao desenvolvimento de cada talento; Roberta Rocha, pela dimensão da macroeconomia mundial; Geraldo Aguiar, pela introdução aos métodos não paramétricos; José Ricardo Nogueira, pelo estado de bem-estar social, tributação e pela didática; Arnaldo Caldas, por sua epidemiologia e cultura; Lamartine Soares, pela inovação, saúde internacional e feedback; Breno Sampaio, pela preocupação com a aprendizagem da avaliação de políticas públicas. A todos eles, que me agradeceram com os seus conhecimentos, dedicação e exemplo.

Agradeço à orientadora e professora Maira Galdino, por todo o suporte na viabilidade do trabalho, que me encaminhou para tantas mentes brilhantes, que merecem agradecimento: os médicos Andrea Dantas e Laurindo Rocha, pelo teste e orientações do questionário; Breno Caldas, pelas aulas sobre o questionário Google Docs; Tiago Lins, pelo cuidado e pelo *Prism*; Pablo, pela introdução aos gráficos. Agradeço, ainda, à professora Tatiane Menezes, que como professora me fez ultrapassar limitações e como coorientadora acreditou no tema, convencendo-me a não desistir dele, além de ter apresentado mais uma mente evoluída: Rodrigo Arruda, que com paciência e dedicação me apoiou na econometria e no *Stata*. Por fim, à professora Suely Galdino (*in memoriam*), por dois dias de convivência e pelo orgulho de fazer parte desse projeto concretizado, que é o PPGGES.

Aos companheiros de curso, pela rica convivência e aprendizagem interdisciplinar: a praticidade e eficiência dos colegas da área de saúde, o carinho e dedicação dos colegas de Alagoas e do Ceará. Ao colega Lin, que me apresentou o edital de seleção do programa e me incentivou e à amiga Ana Paula, pelos anos de amizade, pelo suporte emocional e pela força de sempre. À secretária do PPGGES, Tunísia e Carlos, pela total eficiência e presteza. A todos, agradeço por cada dia corrido e compartilhado entre estudos, trabalho e família. Agora fazemos parte da história. Somos a primeira turma do Mestrado Profissional Gestão em Economia da Saúde da UFPE.

Registro agora a minha gratidão na reitoria da UPE: Ao vice-reitor, médico e professor Rivaldo Mendes, pela carta de anuência, à pró-reitora de graduação da UPE, professora Izabel Avelar, pela autorização do uso de dados. Ao chefe da Procuradoria Jurídica, Raul Neves Baptista, pela autorização e preocupação, a todos os colegas da Projur, pela aceitação, além da equipe técnica, Josy, Vivi e Cleiton, pelas comunicações dos prazos, urgências, idas e vindas com material na minha residência. À professora Dione Maciel, pelos esclarecimentos e observações. Ao professor Ernani Martins e à Marluce Arantes, pelo apoio de sempre. Minha Gratidão na FCM/UPE: Ao então diretor, professor Marcelo Lins de Azevedo, pela confiança e acesso aos dados, à então vice-diretora, professora Maria Helena Kovacs, pelo carinho, pelo rico material e por ter me apresentado às professoras do módulo identidade médica, além de ter me apresentado à profa. Bernadete Antunes, que me acolheu e me orientou sobre recursos humanos em saúde. A todas essas pessoas, exemplos de dedicação, altruísmo e respeito ao próximo, além do amor e seriedade com que trabalham, o meu mais profundo respeito e admiração.

Agradeço aos médicos entrevistados. Pela ajuda, pela solidariedade, pela força, pelas respostas virtuais quando não podiam se fazer presentes. Receberam-me nas urgências e emergências, UPA's, antessalas de parto, UTI's, consultórios, corredores, elevadores, residências médicas e residências particulares. Aguardaram-me não só no Recife, mas na vasta região metropolitana. Além de terem respondido ao questionário, eles acrescentaram informações e opiniões relevantes para o desenvolvimento e conclusões do presente trabalho.

Ao meu pai e sempre professor, Geraldo Martins, que me ensinou a lutar, ter resignação às adversidades da vida e ter respeito ao próximo. À minha mãe e professora Diná, pelo amor, carinho, força e orações. Meus pais, exemplo de vida e cidadania a ser seguido. Aos meus irmãos Dinara e Geraldo Jr, pelo amor incondicional. À minha irmã de coração, Isabela, pelo carinho. Aos meus cunhados e também irmãos Paulo de Tarso, Sandra e Guilherme, pelo apoio. Às minhas sobrinhas Camila, Beatriz, Giulia e Vitória, pelo amor e orgulho que representam na minha vida. À querida Maria (Tatá), por mais de vinte anos de convivência, cuidado, amor e carinho. Aos amigos Adri, Cinthia, Nanda, Lu, Maíra, Mari, Paulinha, Patty, Leninha e João, Flavinho, por não terem desistido de me convidar sempre, mesmo com reiteradas recusas. Eles não desistiram da amizade.

Ao meu querido esposo Fabrício Couto, pela tolerância, por sempre estar me esperando com tão pouco tempo de união. Pelo orgulho que sente por mim e por ter me presenteado com uma nova família: Júlio, Marlene, Vinícius, Michelle e Júlio César, que sempre torcem por mim.

Por fim, a gratidão ao Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde pela confiança e subvenção do Mestrado Profissional de Gestão e Economia da Saúde. Sempre na busca da redução das inequidades em saúde e consequente fortalecimento do bem estar social.

RESUMO

Buscou-se identificar as preferências profissionais e áreas de atuação dos médicos egressos da Universidade de Pernambuco beneficiados pela política de cotas. A pesquisa foi de abordagem quantitativa, com espaço amostral inicial de 300 médicos, sendo 20% cotistas e 80% não cotistas, o que representa a oferta de dois anos de vagas para o curso de medicina no âmbito da UPE e, para a época do recorte, mais de um terço da oferta de vagas para medicina no âmbito de Pernambuco. Desses 300, 293 médicos foram considerados: os que ingressaram entre os anos de 2006 e 2007 e que colaram grau até 2013. Este total foi subdividido entre 55 cotistas (grupo de tratamento) e 238 não cotistas (grupo controle). Os dados primários consistem no levantamento de um questionário respondido por 167 médicos do universo de 293, sendo 132 não cotistas (55,46%) e 35 cotistas (63,63%). Uma proporção muito maior de cotistas atua na Atenção Básica do SUS (31,4%) em relação aos não cotistas (8,3%). Na Residência Médica, por outro lado, observa-se que quase 65% dos não cotistas se encontram inserida no programa, contra 28,6% de cotistas. Em relação aos que pretendem cursá-la, a proporção de cotistas (68,8%) corresponde a mais do que o dobro dos não cotistas (32,8%). Também pôde ser observado que a média da renda familiar dos cotistas no ingresso do curso corresponde a menos de 1/3 da renda dos não cotistas. Em relação às áreas de concentração, os cotistas estão em cirurgia geral, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e traumatologia e pediatria - especialidades na média da concorrência. Os dados secundários consistem no levantamento do histórico escolar de todos os participantes da pesquisa. A metodologia utilizada para comparar os dois grupos foi o *propensity score* (escore de propensão). Observamos que embora a média da nota de vestibular dos cotistas seja aquém da média de entrada dos não cotistas, a média final do curso entre os dois grupos ficou muito próxima, de forma que o aproveitamento dos cotistas foi superior. Verificamos que o resultado reflete a correlação entre cotas e escolaridade dos pais, de forma que o programa é bem focado, atingindo prioritariamente alunos oriundos das camadas menos favorecidas. Por fim, identificamos que os cotistas atuam em maior proporção na atenção básica, talvez pela necessidade de trabalhar mais após a conclusão do curso, o que leva a atrasarem a entrada na residência médica. Nesse sentido, o trabalho sugere uma investigação qualitativa.

Palavras-chave: Sistema de Cotas. Universidade Pública. Médicos Egressos.

ABSTRACT

ABSTRACT- This study aimed to identify professional preferences and areas of action of medical school graduates of the University of Pernambuco (UPE) who were supported by affirmative actions such as the Quotas Act. The quantitative research's initial sample was of 300 physicians, 20% of which supported by the Quotas Act and 80% of which not. This amount is equivalent to two years of opening of positions for graduation students at UPE's medical school and also overall a third of the total opening of positions for medical school graduation in the state of Pernambuco. 293 out of 300 physicians matched criteria and were selected into the research: those who enrolled between 2006 and 2007 and also graduated by 2013. The amount was divided between the treatment group (55 quota holders) and the control group (238 non quota holders). Primary data consist of a questionnaire answered by 167 physicians out of the 293 total, 132 (55,46%) of which being non quota holders and 35 (63,63%) of which being quota holders. A much larger proportion of quota holders acting in SUS basic care (31,4%) compared to non-quota holders (8,3%). In Residency, on the other hand, it is observed that almost 65% of quota holders are not inserted in the program, against 28,6% of non quota holders. Regarding the claim that attends it, the proportion of quota holders (68,8%) corresponds to more than double the non quota holders (32,8%). It could also be noted that the average family income of the quota holders in the course of the ticket is less than 1/3 of the income of non quota holders. Regarding the areas of concentration, the quota holders are in general surgery, internal medicine, obstetrics and gynecology, orthopedics and traumatology and pediatrics - specialties in the middle of the competition. The secondary data consist on the survey of the school transcript of all participants. The methodology used to compare the two groups was the propensity score. We note that although the grade average of vestibular shareholders is below the average input of non shareholders, the final course average between the two groups was very close, so that the harnessing of shareholders was superior. We found that the result reflects the correlation between parents education and quotas, so that the program is well focused primarily reaching students from the disadvantaged sections. Finally, we identified that shareholders act in greater proportion in primary care, perhaps by the need to work more after completion of the course, which leads to delay entry into the residency. In this sense, the work suggests a qualitative research.

Keywords: Quota system. Public university. Egressed doctors.

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira do Ensino Médico
CEP	Comit de Ética e Pesquisa
CF/88	Constituição Brasileira de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão interinstitucional nacional de avaliação de ensino médico
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
EMB	Escolas Médicas do Brasil
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
EUA	Estado Unidos da América
FCM/UPE	Faculdade de Ciência Médicas da UPE
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	ndice de Desenvolvimento da Educação Básica
IES	Instituição de Ensino Superior
INEP	Instituto
IPEA	Instituto de Pesquisa Econmica Aplicada
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NUDEM	Núcleo de Desenvolvimento do Ensino Médico
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Pronto Socorro da Família
RMR	Região Metropolitana do Recife
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIGA	Sistema Integrado de informações e gestão acadêmica
SUS	Sistema nico de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TST	Tribunal Superior do Trabalho

UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICAP	Universidade Católica de Pernambuco
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPE	Universidade de Pernambuco
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE SÍMBOLOS

y	Avaliação de impacto
i	pessoa
D	estado
E	Esperança
⊥	Independência
Δ	variação

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 01 - Número de Universidades estaduais e federais (n=70) que adotaram ações afirmativas no decorrer dos anos.....	28
Gráfico 02 - Número de Universidades públicas (n=70) de acordo com o tipo de beneficiário das suas respectivas ações afirmativas.....	29
Gráfico 03 - Número de Universidades públicas que adotam cotas (n=59) de acordo com a porcentagem de vagas reservadas.....	30
Gráfico 04 - Proporção médicos egressos UPE entre os gêneros homem e mulher.....	48
Gráfico 05 - Cidade no ingresso no curso. Fonte própria.....	49
Gráfico 06 - domicílio atual (2014)	50
Gráfico 07 - Atuação na atenção básica. Fonte própria	52
Gráfico 08 - Residência médica. Fonte própria	53
Gráfico 09 - Lotação médicos SAMU e UPA	55
Gráfico 10 - Cotistas - Quantidade de vínculos SUS x Privados.....	56
Gráfico 11 - Não Cotistas - Quantidade de vínculos SUS x Privados	57
Figura 01 - Critério de distribuição de vagas para o sistema de cotas das Universidades Federais e Institutos Federais.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Quantitativo de escolas médicas no Brasil até 25/08/14	39
Tabela 02 - Quantitativo dos alunos de medicina FCM/UPE 2006/2007 x adesão à pesquisa	47
Tabela 03 - Residência médica	54
Tabela 04 - Residência médica 2ª especialidade.....	55
Tabela 05 - Teste de diferença de médias entre as características dos cotistas e não cotistas	58
Tabela 06 - Modelo Probit	60
Tabela 07 - Limite inferior, número de tratamentos e número de controles para cada bloco	61
Tabela 08 - Cálculo do efeito das cotas sobre o desempenho do aluno ao final do curso e sobre suas chances em trabalhar nas cidades do interior do Estado e no SUS.	61

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	21
2.1 Geral	21
2.2 Específicos	21
3 REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1 Sobre ações afirmativas e sistema de cotas	22
3.1.1 Uma breve fundamentação histórico-jurídica que embasou as ações afirmativas no Brasil: partindo da Constituição de 1988 à criação do sistema de cotas	22
3.1.2 Daflon <i>et al</i> e um levantamento sobre as ações afirmativas adotadas pelas universidades públicas	27
3.1.3 Entendendo o sistema federativo brasileiro: a normatização do sistema de cotas que vigora ou pode vigorar nas Universidades Estaduais e a Lei que define as cotas nas Universidades Federais	31
3.1.4 O sistema de cotas da UPE	33
3.2 A medicina e o seu curso na FCM/UPE	35
4 METODOLOGIA	41
4.1 Banco de dados, participantes e procedimentos	41
4.2 Estratégia empírica	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 Análise descritiva dos dados	47
5.2 Análise dos dados utilizando o <i>propensity score matching</i>	58
6 CONCLUSÕES	63
7 PERSPECTIVAS	65
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	73

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF/88) foi uma resposta ao processo de redemocratização nacional. Também conhecida como Constituição Cidadã, ela tem como um dos Fundamentos iniciais a Dignidade da Pessoa Humana¹.

A Dignidade da Pessoa Humana, por sua vez, é o fundamento matriz do qual se desdobram todos os direitos e garantias fundamentais², inerentes às pessoas. No presente trabalho vamos pressupor os direitos fundamentais à igualdade, à educação e à saúde, bem como analisar a ação afirmativa do Sistema de Cotas como uma tentativa de viabilizar esses direitos, seja de forma direta, com relação ao direito à educação, ou indireta, no que diz respeito ao direito à saúde.

O termo “ação afirmativa” traz a ideia de inclusão social de determinados grupos de pessoas que se encontram em situação de hipossuficiência, de desvantagem com relação à maioria. O sistema de cotas para o ingresso nas Universidades Públicas brasileiras veio como uma resposta à dificuldade de acesso dos alunos egressos de escolas públicas, sendo uma espécie de ação afirmativa.

É que o processo de ingresso das Universidades brasileiras pressupõe o caráter meritório, ou seja, para se ter acesso ao ensino superior, o estudante deve apresentar o melhor desempenho no processo seletivo. O nível de concorrência é acentuado quando se trata de universidades públicas, que normalmente possuem maior tradição na qualidade de ensino e incentivo à produção científica, além da gratuidade para qualquer classe social.

Assim, o aluno que alcança o melhor desempenho na seleção de ingresso nas instituições públicas é duplamente beneficiado: primeiro pelo ensino de qualidade e segundo, pela gratuidade desse ensino. O resultado que vinha se observando é que quase a totalidade das vagas ofertadas pelas universidades

¹ A CF/88 assim dispõe: “Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:(...)III - a dignidade da pessoa humana;”

² CF/88: Art. 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” Esse Art. 6º trata do gênero “direitos fundamentais” e da espécie “direitos sociais”.

públicas, em especial para os cursos mais “elitistas”, como é o caso da medicina, eram preenchidas por estudantes da classe média ou superior, oriundos de escolas e cursinhos particulares (SANTOS *et al.*, 2008).

Dessa forma, os critérios do exame vestibular brasileiro reafirmavam a valorização do mérito individual e desconsideravam os efeitos discriminatórios na formação educacional, desde o início da escolarização (GUARNIERI, MELO-SILVA, 2007). A partir dessa premissa, começou-se a discutir políticas públicas de inclusão dos jovens que se encontravam em situação de desvantagem, seja por critérios sociais de origem escolar, econômicos ou etnia.

A primeira ação afirmativa sobre o sistema de cotas para ingresso nas universidades públicas surgiu no Estado do Rio de Janeiro e do Paraná, em 2002. Naquela época uma lei estadual carioca reservou 50% (cinquenta por cento) das vagas dos cursos de graduação das suas universidades estaduais para alunos oriundos de escolas públicas. Logo em seguida acrescentou-se a reserva de 40% (quarenta por cento) das vagas para negros e pardos. No Estado do Paraná, por sua vez, foi regulamentada uma lei que garantia 03 (três) a cada 05 (cinco) vagas das universidades estaduais paranaenses aos membros das comunidades indígenas da região (MOEHLECKE, 2002).

E assim algumas universidades públicas passaram a adotar o sistema de cotas, seja através da reserva de vagas, seja através de um acréscimo na pontuação da prova de ingresso, para estudantes de determinadas etnias e/ou oriundos da escola pública. Todas essas políticas públicas surgiram como forma de quebrar o ciclo da desigualdade social que vinha se perpetuando no Brasil.

No âmbito do Estado de Pernambuco o sistema de cotas não veio através de uma base legal, elaborada pelo Poder Legislativo com a sanção, ou seja, aprovação do Executivo, como acontece no procedimento de criação das leis. Foi a própria Universidade Estadual de Pernambuco (UPE) que se utilizou da sua autonomia universitária concedida, respectivamente, pelas Constituições Federal, Estadual e pela Lei Federal de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)³ para criar essa

³CF/88: Art. 207: “As Universidade gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.”

Constituição do Estado de Pernambuco: Art. 188: “As universidades estaduais serão organizadas com base na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e gozarão de autonomia didático – científica, administrativa e da gestão financeira.”

espécie de ação afirmativa.

Interessa destacar que o presente trabalho não busca defender a perpetuação do sistema de cotas para o ingresso nas universidades públicas dos alunos oriundos da rede pública de ensino. É certo que o cidadão brasileiro tem o direito ao ensino de qualidade, seja ele público ou privado. Todavia, ajustar o nível do ensino público na educação básica é tarefa contínua, que requer um intervalo considerado de tempo, considerando-se que as gerações de crianças e jovens que se encontram matriculados já estão comprometidas.

Não cabe ao presente estudo ponderar acerca do risco do “comodismo” das autoridades públicas em perpetuarem essa solução paliativa de redução das desigualdades. A República Federativa do Brasil dispõe de mecanismos de controle interno e externo dos Poderes e também confere parcela desse controle ao cidadão brasileiro.

O que a ordem constitucional não permite é que se perpetue uma verdadeira segregação (*apartheid*) de profissionais, na qual de um lado se encontrem os profissionais oriundos de família de elite, em posições profissionais de destaque, ao passo que de outro estariam os profissionais oriundos de famílias mais carentes, em situação profissional inferior, praticamente fadados às subordinações do primeiro grupo. Tudo isso em razão do Estado, que não conseguiu oferecer, de forma geral, um ensino público de qualidade equitativa à maioria do ensino ofertado pela rede particular.

A notícia animadora acerca da qualidade do ensino público vem de uma pesquisa do Ministério da Educação (MEC). Foi noticiado que Pernambuco superou já em 2013 o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) projetado para 2015 no ensino médio estadual, de acordo com dados divulgados pelo MEC. O IDEB projetado para 2013 era de 3,2 pontos, mas o estado alcançou 3,6, meta estipulada apenas para o próximo ano, ou seja, um crescimento 13% maior que o esperado. Esses dados trazem indícios de que as escolas públicas pernambucanas de educação básica, ou seja, até o ensino médio, estão no caminho certo para garantir que a política de cotas tenha caráter temporário (BRASIL. MEC, 2014).

LDB – Lei nº 9.394/96: Art. 51. “As instituições de educação superior credenciadas como universidades, ao deliberar sobre critérios e normas de seleção e admissão de estudantes, levarão em conta os efeitos desses critérios sobre a orientação do ensino médio, articulando-se com os órgãos normativos dos sistemas de ensino.”

Apesar de ser um tema polêmico, o sistema de cotas para o ingresso nas universidades públicas tem sido aprovado pelo Supremo Tribunal Federal - STF, que é o órgão máximo do Poder Judiciário brasileiro. Essa corte suprema tem reconhecido a constitucionalidade dessa espécie de ação afirmativa, ou seja, tem entendido que se trata de política pública para tratar de forma diferente os desiguais.

No ano de 2012 o Poder Legislativo Federal editou a Lei nº 12.711, na qual determina a reserva de 50% das vagas existentes nas universidades públicas federais e Institutos Federais de ensino técnico ou superior para estudantes de escolas públicas. Dentro desse percentual é garantida aos candidatos pretos, pardos e indígenas a proporção da sua etnia no respectivo Estado da Federação, conforme dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A referida Lei ainda determina o prazo máximo de 04 (quatro) anos para que as instituições públicas federais de ensino técnico e superior se adequem ao novo modelo proposto. Assim é que se observa o posicionamento dos Poderes Legislativo e Judiciário no sentido de cada vez mais consolidarem o sistema de cotas para o ingresso no ensino superior.

Para quem cita os críticos e opositores, as cotas seriam um privilégio. Favorecendo um grupo, elas contrariam a ideia de mérito individual, contribuindo para a inferiorização de grupos supostamente beneficiados (MOEHLECKE, 2002). Com relação às cotas raciais, poderiam, ainda, gerar conflitos raciais no Brasil (SANTOS *et al*, 2008).

Matta (2010), por sua vez, colaciona estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) para afirmar que o sistema educacional não tem sido capaz de superar ou amenizar as desigualdades sofridas ao longo do tempo pela população negra. Para tanto, destaca que na década de noventa, os negros não conseguiram alcançar mais do que 70% da média de estudos dos brancos.

Queiroz e Santos (2006), analisaram o impacto das cotas na Universidade Federal da Bahia através do coeficiente de rendimento dos estudantes nos dezoito cursos mais concorridos. Os autores comprovaram que em 61% dos cursos, os cotistas obtiveram desempenho igual ou superior aos não cotistas. O resultado levou os pesquisadores a argumentar que o debate sobre cotas manteve-se no aspecto político-ideológico, uma vez que os alunos negros cotistas tendem a se afirmar positivamente como negros e também como indivíduos.

A presente pesquisa não se adentrará nas cotas raciais, uma vez que esse não é o critério utilizado pela Universidade de Pernambuco - UPE, o foco desse trabalho. O critério adotado pela UPE abrange cotas sociais inerentes aos alunos das escolas públicas, embora indiretamente colabore com um maior número de inserção de estudantes pretos e pardos (ANDRADE, 2012).

O que se procura observar diz respeito ao perfil socioeconômico dos médicos que ingressaram no ensino superior através do sistema de cotas. Também será avaliado o impacto do programa no que diz respeito ao desempenho desses estudantes na instituição, assim como o retorno desses novos profissionais para sociedade.

Guarnieri e Melo-Silva (2007) através de uma revisão de literatura acerca das ações afirmativas na educação superior do tipo estado da arte evidenciaram que, nas fontes consultadas, não foram encontrados trabalhos no que diz respeito à influência das ações afirmativas sobre o comportamento de escolha da carreira. Durante a elaboração da presente pesquisa foram realizadas novas buscas nos sites de publicações acadêmicas, como o scielo, pubmed e lilacs acerca da associação da política de cotas com a carreira profissional, mas não foram encontrados resultados. O acompanhamento regular e sistemático de egressos é uma prática incomum em diversas áreas, especialmente entre instituições formadoras de profissionais de saúde (KOCH *et al*, 2011).

O presente estudo foi despertado exatamente para se observar os médicos oriundos das cotas universitárias, beneficiários de ações afirmativas. Qual seria a evolução desses profissionais entre a entrada no curso e a colação de grau, sendo essa informação uma das formas de se avaliar o próprio programa. Haveria alguma tendência de atuarem em maior proporção em determinado setor da saúde? Seriam áreas de políticas públicas que buscam diminuir as iniquidades em saúde? Não foi encontrado estudo semelhante até a presente data.

Se por um lado os gestores do SUS buscam alocar mão de obra médica em suas áreas prioritárias, em especial na atenção básica, por outro lado existe uma tendência de se aumentar o número de reserva de vagas aos cotistas. Existe alguma diferença de dispersão profissional entre o grupo dos cotistas e não cotistas?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o impacto do sistema de cotas sociais da UPE no curso de medicina quanto aos seus beneficiários e quanto ao retorno para a sociedade.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil socioeconômico dos alunos de medicina egressos pelo sistema de cotas da Faculdade de Ciências Médicas da UPE (FCM/UPE), em comparação com os não-cotistas, mediante entrevista;
- Verificar o impacto do programa no desempenho dos estudantes;
- Analisar, através de entrevistas, o retorno desses novos médicos para a sociedade mediante a dispersão de suas preferências profissionais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Sobre ações afirmativas e sistema de cotas

Nessa seção vamos trabalhar sobre os conceitos de ação afirmativa e do sistema de cotas. Abordaremos desde a evolução histórica, com os fundamentos que justificam a implantação no Brasil, até o levantamento concreto adotado em universidades públicas brasileiras. Esclareceremos como uma política de ação afirmativa pode ser normatizada no sistema brasileiro, dando o exemplo da lei que uniformizou a rede federal de ensino superior. Por fim, explicaremos a base normativa e a política de cotas na UPE.

3.1.1 Uma breve fundamentação histórico-jurídica que embasou as ações afirmativas no Brasil: partindo da Constituição de 1988 à criação do sistema de cotas

A Constituição Federal Brasileira de 1988 foi uma resposta ao processo de redemocratização nacional.⁴ Trata-se da norma máxima do país e pressupõe dois grandes alicerces: a limitação do Poder ao lado da organização do Estado e a determinação de direitos e garantias fundamentais às pessoas. No que se refere à limitação de Poder, ela determina a medida de competência de cada órgão e gestor público.

Assim, uma autoridade da administração pública só pode fazer ou deixar de fazer alguma coisa conforme os preceitos constitucionais e seus desdobramentos em leis, decretos etc., sob pena de ilegalidade ou inconstitucionalidade (CARVALHO FILHO, 2012). Essa limitação de poder foi uma herança da queda dos regimes absolutistas. Naquela época, os monarcas e imperadores dispunham de poderes ilimitados sobre a vida e a propriedade das pessoas. A partir da queda do regime

⁴ Observe-se o Preâmbulo da CF/88: Trata-se de uma nota introdutória do Poder Legislativo ao elaborar a constituição em nome do Povo, que elegeu aqueles parlamentares: “Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.”

verificou-se a necessidade de se colocar uma norma acima da vontade dos gestores.

Quanto ao alicerce dos direitos fundamentais, esses devem ser compreendidos como todos os direitos e garantias inerentes ao ser humano. A Constituição brasileira adotou vários direitos conquistados ao longo da história e determinou que eles jamais pudessem ser suprimidos do texto constitucional, admitindo, por outro lado, a sua ampliação. O direito à igualdade, previsto no artigo 5º da Constituição, por exemplo, foi concebido historicamente como herança da sociedade burguesa que se encontrava reprimida pelos já citados regimes absolutistas. Buscou-se, inicialmente, um “não fazer” do Estado, que este não se intrometesse na vida privada das pessoas, no direito à vida, à propriedade, à liberdade. Um marco histórico que pode ser considerado é a revolução francesa, com a consagração do liberalismo clássico (LENZA, 2012).

Mas o modelo burguês acompanhado da liberdade e igualdade alimentou o crescimento da indústria. E não demorou muito para que surgisse a revolução industrial. Agora a classe operária passava a exigir um “fazer” do Estado, que deveria ofertar novos direitos fundamentais, como o direito à saúde, à educação, ao trabalho digno (Silva, 1998). E assim surgiam as gerações dos direitos fundamentais, que iam se complementando ao longo dos ciclos da história.

A Constituição Federal brasileira compilou todos esses direitos conquistados ao longo da humanidade de proteção ao ser humano, designando-os como direitos fundamentais, o que na ordem internacional são conhecidos como direitos humanos. Os direitos humanos, por sua vez, ganharam força a partir da queda do totalitarismo, que promovia a “descartabilidade” do ser humano, tema muito estudado pela filósofa política alemã de origem judaica, Hannah Arendt (ARENDR, 2010).

Dentro da nossa Constituição existe um Princípio matriz do qual se desdobram todos os direitos fundamentais, inerentes ao ser humano. Trata-se da Dignidade da Pessoa Humana, prevista no art. 1º, sendo um dos fundamentos que estruturam a ordem constitucional.⁵

Assim, a Constituição de 1988 desdobrou a dignidade da pessoa humana em

⁵ Até as pessoas jurídicas podem ser beneficiárias de alguns Direitos Fundamentais, como o direito à imagem, ligado à honra objetiva: Súmula 227 do STJ, "A pessoa jurídica pode sofrer dano moral."

vários direitos, dentre eles o direito à igualdade, que é a objetivação do Princípio da Isonomia. Para o nosso trabalho, vamos considerar como sinônimos os termos isonomia, igualdade e equidade. Nos artigos estudados e na área jurídica, esses termos normalmente se equivalem. De forma geral, eles só são aprofundados na sua semântica quando o foco da própria pesquisa consiste em diferenciá-los.

Voltando ao princípio da isonomia, esse tem estrutura normativo-material diferenciada. Como ele se encontra desdobrado nos direitos fundamentais, traz uma carga ideológica significativa, diretamente vinculada ao Estado Democrático de Direito⁶. Santana esclarece que, por essas razões, ele não poderia deixar de ser observado no momento da produção das normas, tampouco no momento da aplicação de políticas públicas, visto que seria o ponto fundamental na valorização do próprio conceito de justiça (SANTANA, 2010).

Quanto à igualdade prevista no art. 5º da Constituição Federal e sendo espécie de direito fundamental⁷, ela abrange duas concepções: a formal e a material. A igualdade formal visa a abolir os privilégios, isenções pessoais e regalias de classe. Esse foi o conceito originário proveniente da queda do regime absolutista. Ocorre que esse tipo de igualdade gerou as desigualdades econômicas (SILVA, 1998). Isso porque essa isonomia surgiu quando a sociedade já era herdeira de todas as diferenças sociais até então preestabelecidas. A título de exemplo, filhos de escravos após a lei áurea eram iguais perante a lei. Todavia, permaneciam filhos de analfabetos e socialmente discriminados, carentes de recursos econômicos, o que atualmente seriam denominados de hipossuficientes.

Verificando que o modelo de igualdade formal não se bastava para a construção dos ditames constitucionais, a isonomia também é interpretada numa outra nuance: a igualdade material. Não se trata de um conceito novo, já que encontramos difundida na máxima de Aristóteles: “igualdade consiste em tratar igualmente os desiguais na medida de suas desigualdades”, embora naquela época a justiça da igualdade só se aplicava aos cidadãos gregos. As mulheres, as crianças,

⁶ Estado porque é uma estrutura politicamente organizada, Democrático porque quem dita as regras são os representantes escolhidos pelo próprio povo, em nome dele e de Direito porque existe uma norma acima de todos, que limita a ação dos governantes e garante princípios, direitos e obrigações de todos.

⁷ Art. 5º da CF/88: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...)”

os estrangeiros e os escravos, estes normalmente prisioneiros de guerra, não eram compreendidos no conceito de cidadãos.

Rui Barbosa (Cury, 1997), um dos idealizadores da República, sendo coautor da primeira Constituição Republicana Brasileira, também citou essa espécie de igualdade na oração aos moços, quando foi paraninfo da turma de Direito de 1920, num alcance mais abrangente acerca da materialidade da isonomia. E é esse aspecto material do direito à igualdade que fundamenta as denominadas ações afirmativas, através das políticas de inclusão social. O Direito não tolera desigualdades entre os sujeitos, que devem ter as mesmas oportunidades (SANTANA, 2010).

Bayma (2012) cita objetivamente o conceito de ação afirmativa: “*iniciativas para promover a igualdade, reduzindo as injustiças sociais*”. Consequentemente, verifica-se que ação afirmativa é o mecanismo de propulsão para a elaboração das políticas de inclusão social, sendo o sistema de cotas uma espécie do gênero ação afirmativa.

A expressão “ação afirmativa” tem origem estadunidense, onde constitui importante referência no assunto. Foi reforçada no movimento pelos direitos civis dos negros na década de 1960, contra as leis segregacionistas então vigentes. Além dos Estados Unidos da América (EUA), vários países dos mais diferentes perfis utilizaram do mesmo propósito para aplicar as políticas de integração social: Índia, Malásia, Austrália, Canadá, Nigéria, países da Europa ocidental, que utilizaram a expressão “ação ou discriminação positiva” (MOEHLECKE, 2002).

A autora, muito citada em outros artigos sobre o tema, discorre que é observado como objeto das ações afirmativas os grupos minoritários como etnia, raça, mulheres e aqui acrescentamos classes menos favorecidas. As áreas normalmente contempladas são o mercado de trabalho, a representação política, o sistema educacional, em especial o ensino superior e também acrescentamos a distribuição de rendas ou bolsas (MOEHLECKE, 2002).

Silva e Silva (2012) complementam que o país pioneiro na adoção do sistema de cotas raciais foi a Índia, na década de 1930, favorecendo o acesso ao ensino superior da casta mais baixa e discriminada daquele país, os Dalits. O impacto da referida política foi avaliado e citado por Carvalho *apud* Silva e Silva (2012): Na

década de 1950, 1% dos Dalits tinha curso superior, ao passo que em 2005 esse percentual chegou a 12%.

Moehleck (2002) cita o primeiro registro brasileiro que ensaiou uma ação afirmativa. Técnicos do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e do Tribunal Superior do Trabalho (TST) empenharam-se na tentativa de se criar percentuais mínimos para as empresas privadas contratarem empregados de cor, como combate à discriminação racial no mercado de trabalho. Não obstante o esforço empregado, não obtiveram êxito. Na década de 1980 formulou-se projeto de lei buscando reservar vagas para homens e mulheres negros no serviço público, bolsas de estudos, incentivos ao setor privado, introdução da história das civilizações africanas e do africano no Brasil etc., além da influência de tratados internacionais que estimularam a inserção do tema. O projeto, entretanto, não foi aprovado pelo Legislativo Federal.

Voltemos agora à Constituição Brasileira atual, dessa vez mais adiante, em seu art. 206, I⁸, que detalha a educação no Brasil, bem como o seu desdobramento na Lei de Diretrizes e Bases da Educação, no seu art. 3º, I⁹. O conteúdo da LDB é reprodução da CF/88, já que a intenção é reforçar um dos princípios basilares da educação, o qual determina que “*o ensino seja ministrado em respeito ao princípio da igualdade de condições para o acesso e permanência na escola*”. Esse foi o embasamento para a criação das políticas de inclusão com o propósito de reduzir as desigualdades sociais, que se predominaram ao longo dos séculos. Obviamente que os movimentos sociais foram a mola propulsora para que toda essa fundamentação teórica saísse do papel. Os defensores também se fundamentaram em dados concretos extraídos de pesquisas nacionais acerca das desigualdades sociais.

A título de exemplo, no Brasil, o ensino superior público é financiado através de receitas fiscais de todos os indivíduos na economia. Ocorre que 76% de todas as despesas públicas no ensino superior são dirigidas para as famílias 20% mais ricas da população. Apenas 3% são direcionados para as famílias 60% mais pobres (ANDRADE, 2010).

⁸ CF/88: Art. 206. O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios: I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola.

⁹ LDB, Art. 3º: O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios: I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola.

A fase da educação básica abrange cerca de 14 anos, no mínimo. Dessa forma, a gestão pública deve tentar adequar e adaptar esses alunos numa otimista fase de transição da qualidade do ensino escolar e público brasileiro até que a grande maioria dos jovens tenham condições de concorrer aos exames vestibulares partindo de estruturas educacionais semelhantes.

Mesmo com toda a manifestação social favorável às ações afirmativas, alguns estudiosos ainda se posicionam de forma contrária. Queiroz e Santos (2006) numa análise qualitativa, entrevistaram vários Professores da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Os que se posicionavam contra levantavam os seguintes aspectos: futuro do país em se tornar uma sociedade radicalizada como os EUA e a África do Sul, dificuldades que os estudantes cotistas encontrariam nos cursos, reforço da ideologia da mestiçagem em contraponto à utilização do conceito de raça, qualidade do ensino da faculdade e manutenção do mérito.

A mesma pesquisa abordou uma análise quantitativa, demonstrando que em onze dos dezoito cursos de maior concorrência (61% deles), os cotistas obtiveram coeficientes de rendimento iguais ou melhores que os não-cotistas. O levantamento foi realizado no ano de 2005.

Quanto à inclusão por raça largamente adotada pelas universidades, Fry e Maggie (2004), do departamento de antropologia da UFRJ são absolutamente contrários a esse critério, considerado pelos antropólogos o pior de todos:

Do nosso ponto de vista analítico, a crença em raças é condição necessária para a existência do racismo. Embora seja inegável que as cotas terão como consequência a ampliação relativamente rápida do número de alunos negros nas universidades, acarretarão, por outro lado, a consolidação da crença em raças. Assim fazendo, não é de se esperar que debele o racismo. Poderia até aumentá-lo.

Como se vê, os autores defendem que o referido critério fortalecerá a consolidação da crença em raças. Por outro lado, reconhecem como inegável a ampliação dos alunos negros nas universidades.

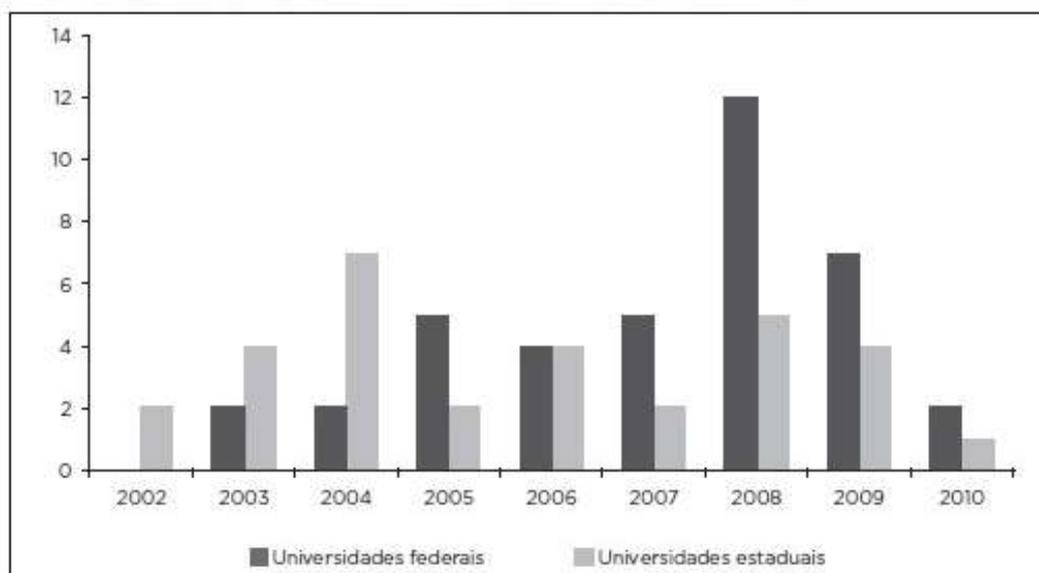
3.1.2 Daflon *et al* e um levantamento sobre as ações afirmativas adotadas pelas universidades públicas

Daflon *et al* publicaram uma pesquisa sobre ações afirmativas nas IES públicas com dados levantados até o ano de 2010. Vamos reproduzir alguns

resultados.

Em primeiro lugar observou-se que as universidades estaduais foram pioneiras e inicialmente tiveram mais adesão às políticas de ações afirmativas no Brasil, no período de 2002 a 2006. A Partir de 2008 as Universidades Federais subiram no ranking de adesão anual até 2010. A figura 1 a seguir representa exatamente o quantitativo por ano de IES que aderiram às ações afirmativas. No ano de 2010 existiam 96 universidades públicas, das quais 70 aderiram a alguma espécie de ação afirmativa. Nesse montante (n=70), 44% são estaduais e 56% federais. Vejamos.

Gráfico 01 - Número de Universidades estaduais e federais (n=70) que adotaram ações afirmativas no decorrer dos anos.



Fonte: Daflon *et al*, 2013.

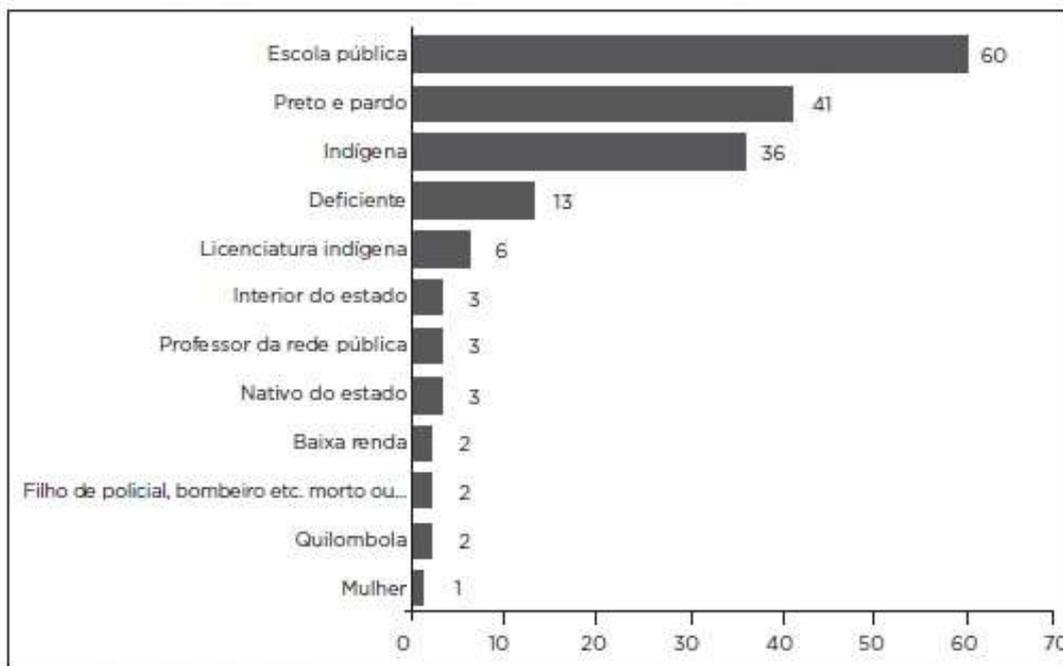
Como se vê, em 2008 houve uma grande virada de adesões das universidades federais. Só naquele ano foram implantadas 12 novas ações afirmativas.

Observe-se que essas adesões das universidades federais até então ocorreram de forma individual e independente, uma vez que, como será abordado no subitem 3.1.3, a Lei nº 12.711/2012 unificou os critérios de acesso ao ensino superior pelo sistema de cotas para todas as universidades federais e institutos federais (inclusive os cursos técnicos). A referida norma concedeu um prazo de quatro anos para que essas instituições se adequassem 100% aos índices e critérios

legalmente estabelecidos.

Em segundo lugar os autores fizeram uma classificação conforme os grupos contemplados. O gráfico 2 representa uma distribuição entre 12 tipos de beneficiários: oriundo de escola pública, preto e pardo, indígena, deficiente, licenciatura indígena, interior do Estado, professor de rede pública, nativo do Estado, baixa renda, filho de policial, bombeiro ou falecido, quilombola e mulher.

Gráfico 02 - Número de Universidades públicas (n=70) de acordo com o tipo de beneficiário das suas respectivas ações afirmativas.



Fonte: Daflon *et al*, 2013

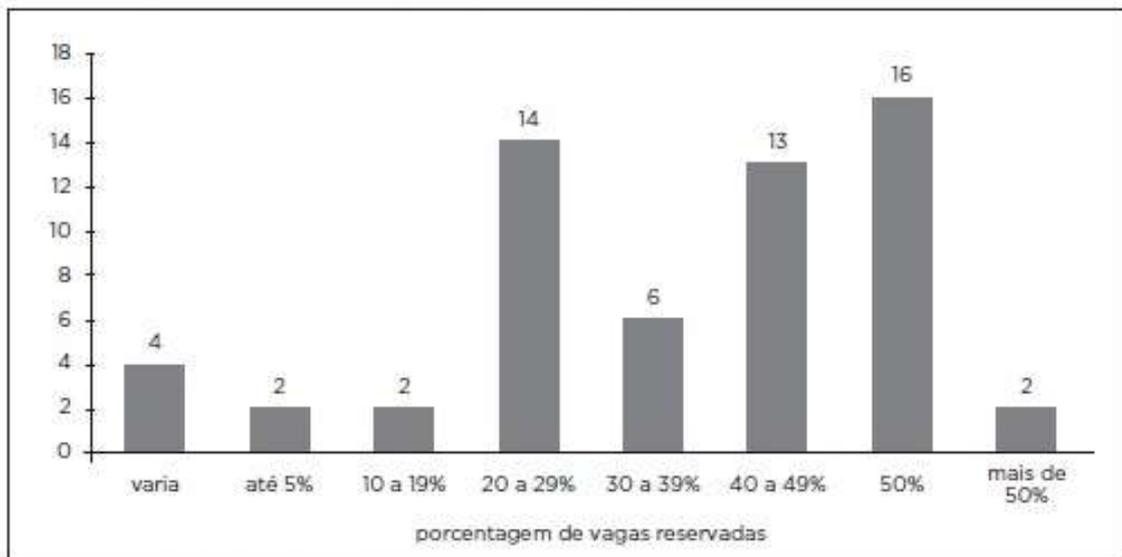
Esclareça-se que várias universidades cumulam mais de um critério de inclusão para garantir ao candidato o direito à cota. Com relação à Universidade de Pernambuco, no ano de 2006 e 2007 (data de ingresso dos médicos que serão avaliados adiante) era exigido que o candidato tivesse cursado todo o ensino médio em escola pública da rede estadual ou municipal vinculada ao Estado de Pernambuco. Exploraremos melhor esses detalhes no subitem 3.1.4.

Por fim, destacamos o recorte das Instituições de Ensino Superior (IES) que se utilizam do sistema de cotas como espécie de ações afirmativas. Das 70 universidades, que adotam alguma ação afirmativa, 59 são mediante cotas, ou seja,

reserva de vagas voltadas para um grupo específico de hipossuficientes, o que representa 84%.

O gráfico 3 mostra a distribuição de percentuais utilizados para a reserva de vagas. A maior concentração, ou seja, 16 universidades reservam 50% de suas vagas para o sistema de cotas.

Gráfico 03 - Número de Universidades públicas que adotam cotas (n=59) de acordo com a porcentagem de vagas reservadas.



Fonte: Daflon *et al*, 2013

A UPE, que iremos estudar, reserva 20% de todas as suas vagas para as cotas, classificando-se dentre a faixa das 14 universidades que reservam de 20% a 29%.

As demais IES que não adotam cotas, ou seja, as 11 restantes (16%), adotam o sistema da bonificação, acréscimo de vagas ou a combinação dentre duas dessas três formas de ações afirmativas no Brasil.

A Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), inicialmente, chegou a adotar o sistema da bonificação, de forma que alunos baixa renda de escola pública ganhavam um acréscimo na pontuação final do vestibular. Atualmente ela também adota o sistema de cotas, já que deve respeitar a Lei nº 12.711/2012.

3.1.3 Entendendo o sistema federativo brasileiro: a normatização do sistema de cotas que vigora ou pode vigorar nas Universidades Estaduais e a Lei que define as cotas nas Universidades Federais

Em primeiro lugar cumpre esclarecer que o Brasil adota como forma de Estado a Federação. Isso quer dizer que existe uma divisão interna com distribuição de Poder Político aos entes federados. Ou seja, além da União, existem os Estados Federados e os Municípios como entes políticos. Cada ente político possui o seu próprio Poder Legislativo, Executivo e Judiciário, com exceção dos Municípios, que só dispõem de Legislativo e Executivo, utilizando-se do Judiciário Estadual.¹⁰

A CF/88 determina a competência de cada ente político para cada esfera de Poder. Algumas normas editadas pela União alcançam todos os entes Federados. É o exemplo da LDB, lei nº 9.394/96, que define, em linhas gerais, a educação nacional, como o ensino fundamental, médio, educação especial para pessoas portadoras de deficiência mental, o ensino superior, assim como seus respectivos disciplinamentos.

O sistema de cotas (ou qualquer outra espécie de ação afirmativa) como forma de ingresso no ensino superior, por seu turno, é um tema de competência em separado para a União e para os Estados, e cada um desses dispendo da sua autonomia legislativa. Dessa forma, cada Estado, mediante o seu Poder Legislativo, pode aprovar uma lei que discipline o sistema de cotas (ou qualquer outra espécie de ação afirmativa) para ingresso nas suas universidades públicas (estaduais). Uma Universidade Federal localizada em determinado Estado da Federação irá obedecer à lei federal sobre cotas, que no caso trata-se da Lei nº 12.711/2012, ao passo que cada Universidade Estadual será regulada pela legislação de cotas do seu respectivo Estado, caso já vigore.

Caso não exista uma Lei Estadual sobre o tema em determinada localidade, a Universidade Pública Estadual pode elaborar, através do seu colegiado máximo, uma norma interna, ou seja, uma Resolução que viabilize a formulação da sua própria ação afirmativa, ou seja, a criação do seu próprio sistema de cotas. É que a Constituição Federal também concede às Universidades Públicas uma parcela de

¹⁰ CF/88, Art. 1º: “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos (...)”

autonomia. Se posteriormente aquele Estado Federado passe a aprovar uma lei específica tratando da matéria, essa nova norma irá revogar (anular) a resolução universitária que porventura trate do mesmo tema, regulando sobre o período de transição das matérias e sobre a entrada em vigor da nova Lei.

Agora passemos a observar a Lei Federal nº 12.711/2012. Logo no Art. 1º ela determina que as instituições federais de educação superior vinculadas ao Ministério da Educação reservem, em cada concurso seletivo para ingresso, por curso e turno, no mínimo 50% de suas vagas para estudantes que tenham cursado integralmente o ensino médio em escolas públicas. Como se vê, essa reserva de 50% é uma política de cotas, que ainda se subdivide em critérios de renda e raça. Vejamos.

A Figura 01 é parte integrante do Edital de seleção para o IFPE – *campus* Pernambuco – para ingresso em 2015. Ela esclarece toda a distribuição da concorrência no sistema de cotas para as Universidades Federais e Institutos Federais, onde o lado direito da imagem (X/2) representa 50% do total de vagas para os cursos ofertados. Esse percentual, por sua vez, será dividido igualmente entre candidatos com renda familiar bruta per capita igual ou inferior a 1,5 salário mínimo e candidatos que tenham renda familiar bruta per capita superior a 1,5 salário mínimo. Cada montante (X/4) terá distribuição de vagas para candidatos autodeclarados pretos pardos e indígenas (PPI) e para estudantes de outras etnias, em proporção no mínimo igual à de pretos, pardos e indígenas na população da unidade da Federação onde está instalada a instituição, segundo o último censo do IBGE. No Estado de Pernambuco essa proporção representa 62,4% e 37,6%, respectivamente.

Figura 01 - Critério de distribuição de vagas para o sistema de cotas das Universidades Federais e Institutos Federais.

Vagas para estudantes não cotistas (ampla concorrência): X/2	Vagas para estudantes cotistas:			
	X/2			
	Vagas para estudantes com renda familiar bruta per capita \leq 1,5 SM: X/4		Vagas para estudantes com renda familiar bruta per capita $>$ 1,5 SM: X/4	
	Vagas para PPI: 62,4% de X/4	Vagas para outras etnias: 37,6% de X/4	Vagas para PPI: 62,4% de X/4	Vagas para outras etnias: 37,6% de X/4

Fonte: Edital de seleção para ingresso 2015 - IFPE

Assim, diante da forma Federativa do Estado brasileiro, o modelo acima referenciado acerca do sistema de cotas vincula o processo seletivo de todas as Universidades Federais e Institutos Federais. Todas essas Instituições públicas federais de ensino superior ou técnico devem obedecer gradativamente ao modelo proposto até o ano de 2016¹¹. Trata-se de determinação prevista na Lei nº 12.711/2012. O gestor que descumpri-la comete ilegalidade. No Estado de Pernambuco, o IFPE já respeita os percentuais propostos para 2016. A UFPE, por sua vez, reservou 25,88% das suas vagas para o sistema de cotas no vestibular para ingresso em 2014, aplicando a regra de transição proposta na referida lei.

3.1.4 O sistema de cotas da UPE

Foi observado ao longo do levantamento bibliográfico, que a larga maioria dos trabalhos publicados sobre cotas estudam ou defendem a junção critérios sociais e raciais, conforme vêm sendo adotados pelas universidades brasileiras. A Universidade de Pernambuco, por sua vez, adota apenas o critério social.

Quanto ao embasamento legal, o Estado de Pernambuco, apesar de normalmente ser um pioneiro no combate às discriminações sociais, não dispõe de

¹¹ Lei 12.711/2012, Art. 8º: "As instituições de que trata o art. 1º desta Lei deverão implementar, no mínimo, 25% (vinte e cinco por cento) da reserva de vagas prevista nesta Lei, a cada ano, e terão o prazo máximo de 4 (quatro) anos, a partir da data de sua publicação, para o cumprimento integral do disposto nesta Lei".

uma lei que regule o sistema de cotas para a Universidade Pública de seu Estado. Na verdade, em 2003 existiu um projeto de lei estadual que previa a reserva de 30% das vagas de graduação para candidatos autodeclarados afrodescendentes com renda familiar máxima de 5 salários mínimos (Andrade, 2012). Não logrou êxito o referido projeto. Todavia, aos que defendem as cotas, não se trata de omissão legislativa. É que a própria UPE editou, no ano de 2004, o seu sistema de cotas, mediante uma Resolução deliberada pelo seu Conselho Universitário – CONSUN, fundamentada da autonomia universitária.

A partir do vestibular para ingresso em 2005, a UPE passou a reservar 20% das suas vagas para os estudantes que cursaram integralmente o ensino médio (antigo segundo grau) em escolas da rede pública estadual ou municipal do Estado de Pernambuco. Reconheceu-se a triste realidade da baixa qualidade do ensino escolar público pernambucano, largamente composto por estudantes baixa renda e de cor preta ou parda.

Não entravam no benefício os estudantes das escolas de subvenção federal e de outros estados da federação. Isso se justificava porque o nível do ensino público federal é superior ou equiparado às escolas privadas, principalmente no Estado de Pernambuco. Muitos alunos que se encontram nas melhores instituições de ensino privado não conseguiram obter aprovação para o ingresso nessas escolas públicas federais. É tão disputada uma vaga nas escolas públicas federais (ensino fundamental e médio) que existem cursinhos preparatórios para os alunos prestarem exame admissional nas referidas instituições. Boa parte dos alunos dessas escolas são filhos de professores universitários.

Com relação à exclusão das cotas para alunos oriundos das escolas de outros Estados da Federação, a justificativa se dava porque existem muitas diferenças regionais quanto à qualificação do ensino público. Muitas escolas públicas de outros Estados da Federação estão entre as melhores no ranking do ENEM, juntamente com as Federais. Não haveria, portanto, hipossuficiência desses candidatos, ou seja, eles poderiam concorrer pelo sistema universal. Assim, a universidade entendeu que seria melhor restringir do que ampliar o acesso, já que poderia cometer uma discriminação maior ao beneficiar duplamente um aluno que teve o ensino médio gratuito e de qualidade concorrendo a uma vaga com outro candidato efetivamente menos qualificado.

A amostra de cotistas que iremos estudar foi abrangida pelo critério ora analisado. Ou seja, os médicos entrevistados ingressaram no curso de medicina da FCM/UPE entre os anos de 2006 e 2007. Eles estudaram o ensino médio em escolas da rede pública estadual ou municipal do Estado de Pernambuco.

Posteriormente, no intuito de evitar fraudes e a migração de filhos da classe média e superior para escolas públicas (matriculados também nos melhores cursinhos da região), a UPE passou a exigir que o candidato também estudasse o segundo segmento do ensino fundamental (antiga 5ª à 8ª série e atual 6º ao 9º ano) em escola pública. A última mudança ampliou a concorrência das cotas para os candidatos que estudaram na rede estadual e municipal de outros Estados da Federação, já que na prática a grande maioria vinha dos municípios limítrofes com o Estado de Pernambuco, cujas escolas públicas tinham um padrão muito semelhante com as locais. Ademais, começou-se a debater até que ponto a restrição estaria fazendo diferença entre os nacionais.

3.2 A medicina e o seu curso na FCM/UPE

Em 1240, a Escola de Salerno foi o primeiro centro medieval de Medicina leiga, com a finalidade de criar a primeira faculdade de medicina do Ocidente. Naquela época já havia duração de cinco anos mais um ano de prática supervisionada em hospital-escola.

No Brasil, o primeiro curso de medicina foi criado em Salvador, 1808, com a chegada da família real portuguesa. No mesmo ano inaugurou-se uma escola no Rio de Janeiro. Formavam-se cirurgiões e a conclusão do ensino médico ocorria na Europa. Em 1832 essas duas escolas foram transformadas em faculdade, com o direito de diplomar os seus alunos. Somente em 1879 formou-se a primeira mulher em medicina e até o início do século XX tínhamos apenas três faculdades de medicina no Brasil (GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009).

Paralelamente ao modelo europeu de prática médica adotado no Brasil, o estadunidense Abraham Flexner começou a influenciar boa parte do mundo com o seu modelo de ensino médico. Esse padrão era composto por um ciclo básico, para o conhecimento científico do homem biológico; um ensino da clínica (pediatria,

ginecologia e obstetrícia, clínica médica, cirurgia, propedêutica e demais especialidades; e, por fim, o internato, sendo um treinamento em serviço com supervisão). O corpo docente deveria ser de dedicação integral e com o desenvolvimento da pesquisa. Flexner ainda implantou a residência médica e fortaleceu a ligação entre a faculdade e o hospital, modelo denominado “hospitalcêntrico”, ao passo que atualmente se reconhece que pelo menos dois terços dos atendimentos médicos se resolvem em ambulatório (GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009).

Dessa forma, o relatório flexneriano é necessariamente citado pelo meio diante da sua relevância e do desenvolvimento do conhecimento focado na especialidade, mas ao mesmo tempo criticado por focar na doença e não no doente, além de desconsiderar a assistência ambulatorial e a função social da escola médica. Ademais, seus reflexos alcançaram a indústria farmacêutica, que evoluiu e se institucionalizou através da ligação orgânica entre o capital, a corporação médica e as universidades (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Embora o discurso narrado nas linhas iniciais pareça representar a realidade contemporânea brasileira, o fato é que já se passou mais de um século e o modelo flexneriano permanece influenciando a prática médica, inclusive na época da criação do SUS, ultrapassando os pressupostos defendidos pela saúde pública brasileira na Constituição de 1988 e na Lei de criação do SUS, nº 8.080/90, conquistados com os movimentos da Reforma Sanitária Brasileira - RSB. Paim (2008), tentando entender essa dissociação entre o que preconizam as normas brasileiras, garantidoras do acesso universal e equânime em contraponto com a realidade da saúde enfrentada no Brasil, elencou proposições formuladas por cientistas sociais e militantes do movimento sanitário. Naquele contexto, destacamos que “*o direito à saúde, já assimilado parcialmente pela população e considerado pela mídia e pelo Judiciário, não é reconhecido como uma conquista política, mais parecendo uma dívida do Estado ou de Governos*” (p. 637).

A Faculdade de Ciências Médicas foi fundada em 28 de fevereiro de 1950, no período de pós-guerra, quando o Brasil vivenciava os primeiros anos de democracia. Nesse cenário, jovens idealistas idealizaram a criação de uma nova escola de medicina na qual o ensino se daria através da vivência prática junto aos pacientes. Buscou-se a ideia de uma escola totalmente humanizada. De lá aos tempos atuais,

foram muitas mudanças, dificuldades e conquistas. Hoje é considerada uma das melhores do país na Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Medicina do Ministério da Educação, conforme informações coletadas na FCM/UPE (Pernambuco. Governo do Estado. Universidade de Pernambuco. Faculdade de Ciências Médicas).

Como se vê, os professores, gestores e o pessoal que fizeram e fazem a FCM/UPE estavam conscientes de que o processo de mudança na aprendizagem médica era altamente significativa para os objetivos perseguidos pela Reforma Sanitária Brasileira e, conseqüentemente, pelo SUS. O engajamento na reforma curricular foi e continua sendo permanente.

A FCM/UPE, através de seu corpo docente, participou ativamente da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação de Ensino Médico (CINAEM), da composição da Rede UNIDA (incentivada pela Fundação W. K. Kellogg, a Rede busca transformar o modelo de atenção a partir de um conceito ampliado de saúde, com ênfase na promoção), do Núcleo de Desenvolvimento do Ensino Médico (NUDEM), criado a partir do XXXVI Congresso Brasileiro do Ensino Médico em 1998, no Recife/PE, na Associação Brasileira do ensino Médico (ABEM). Os seus alunos também tiveram participação na direção nacional e regional da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM).

A Faculdade ainda participou da construção do polo de Saúde da Família em Pernambuco, consolidando a crença da integração academia/serviço e iniciou as transformações do ensino no Departamento de Medicina Social ainda no currículo antigo. Foi criado no internato o rodízio obrigatório em medicina social, com duração igual aos demais rodízios, desenvolvido nos Programas de Saúde da Família (PSF) de diversos municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR).

Para se ter uma ideia, foi em fase posterior, ou seja, em 2005 que o governo federal instituiu o Pró-saúde, que direciona todos os esforços para as escolas médicas possam realizar o pressuposto da Declaração de Edimburgo (1988) e de Veneza (1989), ou seja, a promoção à saúde e à atenção primária, participação comunitária e cooperação intersetorial. No ano de 2014 o Ministério da Educação publicou a Resolução nº 3, de 20/06/14, estabelecendo as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, tudo para se ajustar à lei nº 12.871/2013, que instituiu o programa Mais Médicos.

Apesar da imprensa ter focado na entrada de médicos graduados fora do Brasil, e aqui não vamos adentrar nesse ponto específico, o fato é que essa lei trata de outros temas, como a formação médica no Brasil. Tudo para se alcançar os objetivos perseguidos pelo SUS, na busca da redução das inequidades em saúde.

O currículo do curso de medicina da FFCM/UPE já partia dos pressupostos elencados na lei 12.871/2013. Os médicos que serão objeto do presente estudo integraram quatro turmas da FCM/UPE, com ingresso entre 2006 e 2007. Eles já alcançaram grandes mudanças no Projeto Pedagógico do curso de medicina, conforme recomendam as diretrizes curriculares pelo MEC. Conquistaram uma das 150 vagas ofertadas por ano (75 por turma) no meio de uma seleção dificultosa, mesmo dentre os cotistas, já que eles precisavam ultrapassar o ponto de corte do vestibular, uma grande barreira de ingresso.

Até 2005 o Estado de Pernambuco dispunha apenas de duas universidades que ofertavam o curso de medicina. A UPE, com 150 vagas/ano e a UFPE, com 140 vagas/ano, ambas da rede pública estadual e federal, respectivamente. No ano de 2006 foi inaugurada Faculdade Pernambucana de Saúde/Recife (FPS), a primeira particular do Estado, com 137 vagas/ano. Em 2014, mais uma faculdade privada passa a ofertar 100 vagas: a Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP).

Pelo exposto, os médicos aqui entrevistados entraram num mercado de trabalho com aproximadamente novos 427 profissionais por ano, considerando que a UNICAP deve formar a sua primeira turma apenas no ano de 2020. Pode parecer um número significativo, mas na verdade o que se observa é num cenário de má distribuição e escassez em algumas áreas e especialidades, o que o SUS denomina de áreas prioritárias, como, por exemplo, a necessidade de lotação permanente de médicos na atenção primária, que compõe a medicina preventiva e reduz de forma significativa os custos com internação nos hospitais de alta complexidade.

A tabela 01 a seguir é uma reprodução do quantitativo de curso médicos no Brasil, cujo levantamento foi realizado pela entidade Escolas Médicas do Brasil (EMB).

Tabela 01 - Quantitativo de escolas médicas no Brasil até 25/08/14

Nº	Data de Criação	Nome do Curso	Instituição Mantenedora	Sigla	Vagas 1º Ano	Administração
1	18/02/1808	Curso de Medicina	<u>Universidade Federal da Bahia - UFBA</u>	UFBA	160	Federal
2	05/11/1808	Curso de Medicina	<u>Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ</u>	UFRJ	192	Federal
3	01/03/1898	Curso de Medicina	<u>Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS</u>	UFRGS	140	Federal
4	01/03/1911	Curso de Medicina	<u>Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG</u>	UFMG	320	Federal
5	01/01/1912	Curso de Medicina	<u>Universidade Federal do Paraná - Curitiba - UFPR</u>	UFPR	176	Federal
6	10/04/1912	Curso de Medicina	<u>Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/RJ - UNIRIO</u>	UNIRIO	140	Federal
7	07/12/1912	Curso de Medicina	<u>Universidade de São Paulo - Campus São Paulo - USP-SP</u>	FMSP-USP	175	Estadual
8	03/01/1919	Curso de Medicina	<u>Universidade Federal do Pará - UFPA</u>	UFPA	150	Federal
9	04/05/1920	Curso de Medicina	<u>Universidade Federal de Pernambuco - UFPE</u>	UFPE	140	Federal
10	01/01/1929	Curso de Medicina	<u>Universidade Federal Fluminense - Niteroi/ RJ - UFF</u>	UFF	160	Federal
11	01/06/1933	Curso de Medicina	<u>Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP</u>	UNIFESP	121	Federal
12	04/06/1935	Curso de Medicina	<u>Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ</u>	UERJ	94	Estadual
13	15/04/1948	Curso de Medicina	<u>Universidade Federal do Ceará - UFC</u>	UFC	160	Federal
14	28/02/1950	Curso de Medicina	<u>Universidade de Pernambuco-/Recife - UPE</u>	UPE	150	Estadual
148	30/08/2005	Curso de Medicina	<u>Faculdade Pernambucana de Saúde/Recife - FPS</u>	FPS	137	Privada
221	15/04/2014	Curso de Medicina	<u>Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP</u>	UNICAP	100	Privada
242	25/08/2014	Curso de Medicina	<u>Faculdade Barão do Rio Branco - Rio Branco/AC - UNINORTE/FAB</u>	UNINORTE-FAB	81	Pública

Fonte: escolas médicas, 2014

Observe-se que no Brasil, até 2014, existem 242 Faculdades de medicina. No Estado de Pernambuco, por sua vez, localizam-se 4 instituições, sendo duas públicas (UFPE, 140 vagas e UPE, 150 vagas) e duas Privadas (FPS, 137 vagas e UNICAP, 100 vagas). A UFPE foi fundada em 1920 e a UPE em 1950. As privadas surgiram em 2005 e 2014.

4 METODOLOGIA

Na presente seção serão apresentadas as orientações metodológicas da pesquisa contendo seu delineamento e procedimentos adotados para a coleta e análise dos dados.

4.1 Banco de dados, participantes e procedimentos

Trata-se de uma investigação exploratória, de corte transversal, com análise descritiva e abordagem quantitativa, baseada em dados primários obtidos através da aplicação de um questionário semiestruturado aplicável aos médicos egressos da UPE anos 2006 e 2007 que colaram grau até 2013. Também foram utilizados dados secundários, que compreendem a nota de entrada no curso (vestibular) e a média geral no curso de medicina, disponibilizados pela Universidade.

Dessa forma, o presente trabalho teve inicialmente como banco de dados o sistema “SIGA”, que é utilizado pela UPE e a partir dele foi realizado um levantamento do cadastro de todos os médicos que colaram grau no ensino superior na FCM/UPE, cujo ingresso tenha ocorrido nos anos de 2006 e 2007, cotistas e não cotistas. Sobre esse mesmo espaço amostral foi realizado um levantamento do desempenho no curso, a partir da variação entre a nota de entrada e a nota de conclusão no curso.

O Sistema de Informações e Gestão Acadêmica (SIGA), de propriedade da UFPE, é responsável por gerenciar os processos institucionais de ensino, pesquisa, extensão e gestão. Trata-se de uma plataforma da internet com versões para instituições parceiras, como é o caso da UPE. Esse sistema fica disponível apenas para usuários autenticados, ou seja, alunos, docentes e técnicos administrativos da respectiva instituição, no caso a UPE.

Cada ano a oferta 150 vagas para o curso de medicina, sendo 20% dessas vagas reservadas ao sistema de cotas e 80% reservado ao sistema universal de concorrência. Dessa forma, como foram levantados os dados de dois anos (2006 e 2007), teríamos um espaço amostral, a princípio, de 300 elementos ($n = 300$), sendo 60 cotistas e 240 não cotistas.

A partir do quantitativo acima referenciado, das 240 vagas inicialmente preenchidas por estudantes de medicina não cotistas, 238 colaram grau até o ano de 2013. Com relação aos cotistas, das 60 vagas inicialmente preenchidas por estudantes de medicina não cotistas, 55 colaram grau até o ano de 2013.

Partindo do referido banco de dados, foi elaborado um questionário semi-estruturado, direcionado para todos os médicos da amostra que colaram grau até 2013 (238 não cotistas e 55 cotistas). O convite para participar da pesquisa foi realizado através de contato nas redes sociais, e-mails, mensagens por telefone e contato telefônico. A aplicação do questionário foi realizada pessoalmente no ambiente de trabalho desses profissionais a partir do início do mês de agosto de 2014 até o final do mês de setembro do mesmo ano.

A partir da adesão dos profissionais, visitamos as mais diversas unidades de saúde e seus departamentos localizados na cidade do Recife e sua Região metropolitana, como Vitória de Santo Antão, São Lourenço, Paulista, Olinda e Jaboatão dos Guararapes, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais de alta complexidade, urgência e emergência, hospitais privados, clínicas particulares, hospitais das forças armadas, Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), maternidades e, inclusive, cursinhos preparatórios para residência médica e no domicílio. Alguns responderam por e-mail, através do questionário montado na plataforma *Google Docs*. Dentre os médicos que não responderam a pesquisa, podemos identificar alguns motivos como contato desatualizado, ausência de manifestação, falta de tempo e recusa.

O questionário, que se encontra no apêndice do presente trabalho, foi dividido em duas partes:

1. Características pessoais e socioeconômicas do entrevistado (idade, sexo, estado civil, cidade de origem, renda familiar no ingresso etc.);
2. Preferências profissionais (opção por residência médica e especialidade, especialização, atuação generalista) e inserção no mercado de trabalho (rendas clientela SUS, rendas clientela particular, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), etc.);

Dos 238 estudantes de medicina não cotistas que colaram grau até o ano de 2013, 132 responderam ao questionário (55,46%). Com relação aos cotistas, dos 55 colaram grau até o ano de 2013, 35 responderam ao questionário (63,63%).

Todas essas respostas foram convertidas em dados, que por sua vez foram agrupados numa planilha de *Excel*, juntamente com os dados primários referentes à nota de entrada, média final no curso e variação dessas notas. Em seguida, utilizamos o programa estatístico *Stata* para tratar os dados, nos termos da estratégia empírica que iremos abordar no item a seguir. Também foi utilizado o programa estatístico *Prism* para a elaboração dos gráficos que subsidiaram a análise descritiva.

4.2 Estratégia empírica

Com o objetivo de avaliar o impacto do sistema de cotas na Universidade Estadual de Pernambuco no que diz respeito ao desempenho dos estudantes cotistas na instituição, é necessário fazer uma avaliação contra-factual, ou seja, responder à pergunta: O que aconteceria com o desempenho dos indivíduos que, de fato, não são cotistas acaso tivessem o perfil dos cotistas? Caso a distribuição entre os cotistas e não-cotistas fosse aleatória dentro da amostra, estimar tal efeito seria simples: bastaria testar a diferença de médias da variável supostamente afetada pelo programa (variação entre a nota de ingresso no curso e a média final do curso) para o grupo de casos (cotista) e de controle (não cotista) (ARAÚJO, 2006).

Entretanto nosso problema não é tão simples assim, porque os indivíduos cotistas se auto-selecionam (isso não quer dizer que as pessoas desejem ser cotistas), e esse fato é preciso ser levado em consideração na metodologia adotada. Quando os determinantes da auto-seleção são conhecidos e suficientes, ou no caso, se soubermos quais variáveis levam um indivíduo a ser cotista, podemos recorrer aos chamados experimentos quase-naturais (Araújo, 2006). Basicamente, o que essa metodologia faz é sofisticar o teste de médias dos experimentos naturais a fim de comparar indivíduos com características semelhantes.

O objetivo do método a ser aplicado é encontrar um grupo de comparação ideal em relação ao grupo de tratamento a partir de uma amostra de não-cotistas.

Em seguida, estimam-se os impactos do programa por meio da diferença entre os resultados médios dos grupos. O grupo de comparação é emparelhado ao grupo de tratamento através de uma série de características observáveis ou por meio do *propensity score* (escore de propensão ou probabilidade predita de participação) (Resende, Oliveira, 2008). O *propensity score* permite um controle do viés de auto-seleção a partir da restrição da amostra original a duas amostras comparáveis, de forma que os grupos de casos e controles tenham características tão semelhantes a ponto de se supor que, entre essas duas amostras comparáveis.

A técnica do pareamento baseado no escore de propensão a pertencer ao sistema de cotas considera que a seleção se dá por características observáveis. Os procedimentos de pareamento são implementados utilizando-se um escore balanceado, computado a partir de um modelo de *probit* (ou *logit*) onde a variável dependente seria 1 = cotista e 0 = não-cotista. Assim, estimamos um modelo *probit* utilizando todas as variáveis observadas como preditoras para obtermos a probabilidade predita para cada observação na amostra do grupo de controle e do grupo de tratamento (RAMOS, 2009).

É importante realizarmos uma rápida formalização do modelo, que tem como o trabalho seminal o de Rosembaum e Rubin (1983) intitulado de “*The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects*”. Inicialmente, considere uma pessoa i , uma variável de avaliação de impacto Y (desempenho no curso, por exemplo) e os dois estados possíveis, “1” para a situação de ter sido beneficiado (no presente trabalho, ser cotista) e “0” para a situação de não ter sido beneficiado (não ser cotista). Com $D = 1$ indicando o primeiro estado e $D = 0$, o estado alternativo, o resultado observado para a variável Y da pessoa i seria:

$$Y_i = DY_1^i + (1 - D)Y_0^i, \quad (1)$$

e o impacto das cotas para o indivíduo i e impacto médio do programa (também denominado na literatura por ATT, ou seja, *average treatment effect on the treated*) podem ser representados, respectivamente por:

$$\Delta_i = Y_1^i - Y_0^i, \quad (2)$$

$$e \Delta = E(\Delta^i | D=1) = E(Y_1^i - Y_0^i | D=1), \quad (3)$$

onde $\Delta = E(\bullet | D=1)$ refere-se ao valor esperado condicionado à participação no programa (MAGALHÃES *et al*, 2004).

Devido à impossibilidade de se observar o resultado contra-factual, $E(Y_0^i | D=1)$, pois o indivíduo pertencerá ou não ao sistema de cotas (nunca ambas as possibilidades ao mesmo tempo), é necessário encontrar um substituto para este resultado. Desse modo, utilizaremos um grupo de indivíduos que não são cotistas, o grupo de controle, obtendo-se uma medida aproximada do impacto do programa sobre a variável considerada. Mais uma vez, vale ressaltar que devido à natureza não-aleatória de pertencer ou não ao sistema de cotas, uma vez que a escolha dos participantes está condicionada previamente a algumas características, não podemos realizar uma simples diferença de médias. Ou seja, não podemos assumir que a esperança da renda potencial do grupo tratado e não-tratado seja igual:

$$E(Y_0^i | D=1) = E(Y_0^i | D=0) \quad (4)$$

Segundo França e Gonçalves (2010), poderá ocorrer viés de seleção como é demonstrado:

$$E(Y_1^i | D=1) - E(Y_0^i | D=0) = \Delta + E(Y_0^i | D=1) - E(Y_0^i | D=0) \quad (5)$$

A última diferença do lado direito corresponde a uma medida do erro ao se utilizar o grupo de controle, ou seja, o viés de seleção. Logo obtemos estimativas viesadas do verdadeiro efeito médio do programa sobre o tratado, ATT. Formalmente, na ausência de viés, teríamos:

$$E(Y_0^i | D=1) - E(Y_0^i | D=0) = 0 \quad (6)$$

Em que, em média, não existiriam diferenças entre o desempenho dos que não são cotistas e daqueles são, caso não pertencessem às cotas. Segundo França e Gonçalves (2010), o viés acontece devido à diferença tanto entre as características observáveis e as não-observáveis entre os grupos de tratamento e de controle, no nosso trabalho, os cotistas e não-cotistas. A fim de resolver esta fonte de viés, é necessário supor que, dado um vetor de características observáveis X , as pessoas terão a mesma probabilidade de serem escolhidas para comporem um dos grupos: tratamento ou controle. Esta é a hipótese de Independência Condicional

(*Conditional Independence Assumption*), cujo \perp significa independência.

$$(Y_0^i, Y_1^i \perp D | X) \forall X \quad (7)$$

A partir dessa hipótese, pode-se afirmar que a seleção dos indivíduos baseia-se apenas em características observáveis e que todas as variáveis que influenciam o indivíduo a ser cotista e os potenciais resultados são simultaneamente observados pelo pesquisador. Na análise de Duarte e Silveira Neto (2008), os métodos de *matching* através das estimativas de *propensity score* procuram sintetizar as informações contidas nas variáveis que afetam o perfil do cotista, através da estimação, condicionada nestas variáveis, da probabilidade de pertencer ao grupo de cotistas (estimativa de *propensity score*). Além da hipótese acima explicitada, uma segunda hipótese é essencial para a estimação do modelo. Assume-se que os resultados da variável de interesse (Y), condicionados na probabilidade de ser ou não cotista, são independentes de pertencer ou não às cotas,

$$(Y_0^i, Y_1^i \perp D_i | P(X_i)), \quad (8)$$

$$\text{onde, } P(X_i) = P(D_i = 1 | X_i) \quad (9)$$

e $P(X_i)$ corresponde à probabilidade do indivíduo i ser ou não cotista e X_i as variáveis que afetam o fato do indivíduo i pertencer às cotas.

No caso do presente estudo, a estimação do *propensity score* foi realizada através de um modelo *probit*, onde a variável dependente é um indicador ou variável binária, informando se o indivíduo pertence ou não às cotas, e as variáveis de controle correspondem a características socioeconômicas. Por sua vez, o *matching* foi realizado a partir do critério do vizinho mais próximo e também do critério de estratificação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Análise descritiva dos dados

Como já abordado, dos 238 estudantes de medicina não cotistas que colaram grau até o ano de 2013, 132 responderam ao questionário (55,46%). Com relação aos cotistas, dos 55 que colaram grau até o ano de 2013, 35 responderam ao questionário (63,63%). A tabela 02 reproduz esse quantitativo de alunos de medicina FCM/UPE 2006/2007 bem como a respectiva adesão à pesquisa:

Tabela 02 - Quantitativo dos alunos de medicina FCM/UPE 2006/2007 x adesão à pesquisa.

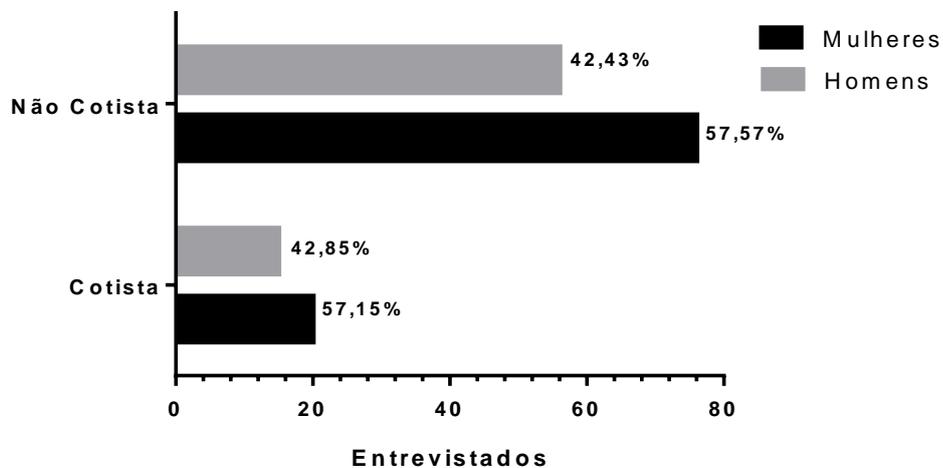
	Entraram em 2006/2007	Colaram grau até 2013	Participaram da pesquisa	%
Não Cotistas	240	238	132	55,46%
Cotistas	60	55	35	63,63%

Fonte: da Autora

De acordo com a tabela 02, houve mais adesão do grupo dos cotistas para participarem da pesquisa.

Com relação à distribuição entre os gêneros homem e mulher, a figura 05 demonstra que existem mais mulheres no curso de medicina do que homens, seguindo a mesma proporção entre os cotistas e não cotistas. No ano de 2004 o CFM fez um levantamento sobre o perfil dos médicos brasileiros. Naquela época a medicina era uma profissão eminentemente exercida por profissionais do sexo masculino (68,8%), mas já se observava um crescimento do público feminino nas faixas etárias mais jovens. Em Pernambuco, o percentual de médicas era um pouco superior (38,9%) comparando-se com o Brasil, que era de 30, 2% (BRASIL, PERNAMBUCO, CFM, 2004).

Essa informação também segue a regra geral extraída do Censo IBGE (Brasil, 2010) com relação à população brasileira, na qual as mulheres na faixa etária dos 25 anos (12,5%) ingressam mais no ensino superior do que os homens (9,9%).

Gráfico 04 - Proporção médicos egressos UPE entre os gêneros homem e mulher

Fonte: da Autora.

Com relação à faixa etária, os não cotistas são, em média, um pouco mais de um ano mais jovens do que os não cotistas. Na data inicial das entrevistas a média de idade dos não cotistas era de 27,17 e dos cotistas era de 28,49. Embora seja uma diferença sutil e considerando que poucos são os jovens que ingressam no curso de medicina da UPE no primeiro vestibular, deve-se ponderar os dados do IBGE acerca da relação negativa entre renda e acesso à educação (BRASIL, 2010).

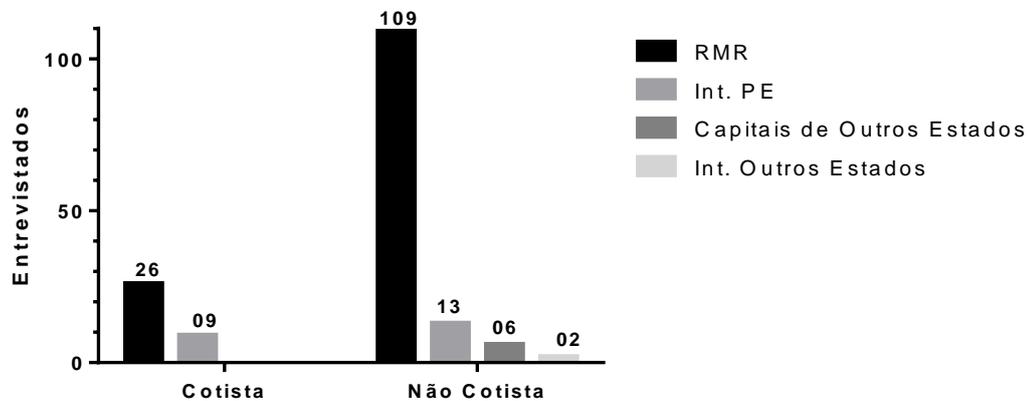
Sobre a quantidade de irmãos, a diferença é muito tênue. Os não cotistas têm, em média, 1,75 irmãos ao passo que os cotistas têm 1,91. Essa diferença pequena pode ser mais investigada, pois alguns não cotistas indagavam sobre pais divorciados que formavam duas novas famílias. Com relação ao estado civil, existem mais solteiros no grupo dos não cotistas (83,33%), ao passo que os cotistas casam mais cedo (74,28%), como é comum acontecer nas classes menos favorecidas.

A média da renda familiar dos não cotistas no ingresso do curso ultrapassou os 10 salários mínimos, enquanto que a média familiar dos cotistas não chegou a 3 salários mínimos, menos de 1/3 da renda dos não cotistas. Dos 132 não cotistas que responderam à pesquisa, apenas uma pessoa trabalhava na época do ingresso no curso. Dos 35 cotistas que foram entrevistados, por sua vez, 9 trabalhavam no ingresso do curso (25%), sendo que dois se sustentavam totalmente e ainda contribuía com o sustento da família.

Com relação à cidade que moravam antes do ingresso no curso, o gráfico a

seguir representa essa distribuição:

Gráfico 05 - Cidade no ingresso no curso. Fonte própria



Fonte: da Autora.

Observe-se que o sistema de cotas da UPE, naquela época, só admitia candidatos oriundos de escolas da rede pública municipal ou do Estado de Pernambuco, conforme esclarecido anteriormente. Por esse motivo, o gráfico dos cotistas só pode ser composto pela região metropolitana do Recife ou interior de Pernambuco. Ressalte-se o número de cotistas que residiam no interior de Pernambuco antes do ingresso no curso (09) numa quantidade muito próxima aos não cotistas (13). Seria válido investigar as cidades e escolas desses cotistas para averiguar se são oriundos de escolas públicas de referência, com conceito razoável no ENEM.

Com relação ao grupo domiciliado no Recife/RMR, metade dos cotistas moravam no Recife (13) e a outra metade morava nas seguintes cidades da RMR: Abreu e Lima (1), Olinda (6), Moreno (1), Paulista (3), Jaboatão dos Guararapes (1) e Camaragibe (1). Com relação aos não cotistas, 104 moravam na capital e 05 na RMR: Paulista (1), Olinda (3), Cabo (1), Jaboatão dos Guararapes (1). Imagine-se que o deslocamento desses jovens para a faculdade ocorria mediante transporte público da periferia aos centros urbanos e que o curso de medicina requer o tempo integral na faculdade, com refeições e lanches feitos nas redondezas por estudantes de renda reduzida. Quando for debatido o tema sobre o aproveitamento no curso esses fatores voltarão à discussão.

Sobre os cotistas que moravam no interior de Pernambuco, constam as

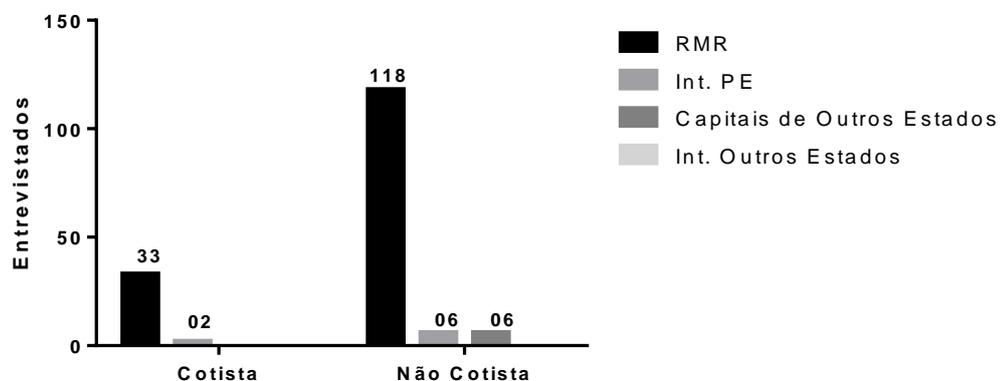
seguintes cidades: Garanhuns (3), Surubim (1), Petrolina (2), Tabira (1), Maraial (1). As cidades dos não cotistas eram: São Bento do Una (1), Santa Cruz do Capibaribe (1), Carpina (1), Limoeiro (1), Passira (1), Vitória de Santo Antão (1), Caruaru (3), Belém de Maria (1), Sertânia (1), Cachoeirinha (1).

Os não cotistas citaram como domicílio as seguintes capitais de outros Estados: João Pessoa (2), Fortaleza (1), Maceió (1), Fortaleza (1), Salvador (1). Os dois únicos não cotistas do interior de outros Estados são de Sobral/CE, município que possui reputação ilibada sobre a educação do ensino fundamental e médio, como já veiculado em jornais televisivos.

Andrade (2010b) fez um levantamento sobre a política de cotas da UPE no ano da sua implantação, em 2005. Constatou que a tendência naquela época era a de que os alunos aprovados por cotas estavam focados nos cursos de menor prestígio (69,8%). Os cursos de alto prestígio, dentre eles a medicina, teria uma concentração de 21,1% candidatos cotistas aprovados. Considerou os seguintes cursos de baixo prestígio: letras, pedagogia, matemática, geografia, história e licenciatura em ciências biológicas. Quanto aos não cotistas, o autor verificou uma concentração de 40,7% aprovados para os cursos de alto prestígio.

O gráfico 06 a seguir representa a distribuição da cidade atual de domicílio dos médicos.

Gráfico 06 - domicílio atual (2014)



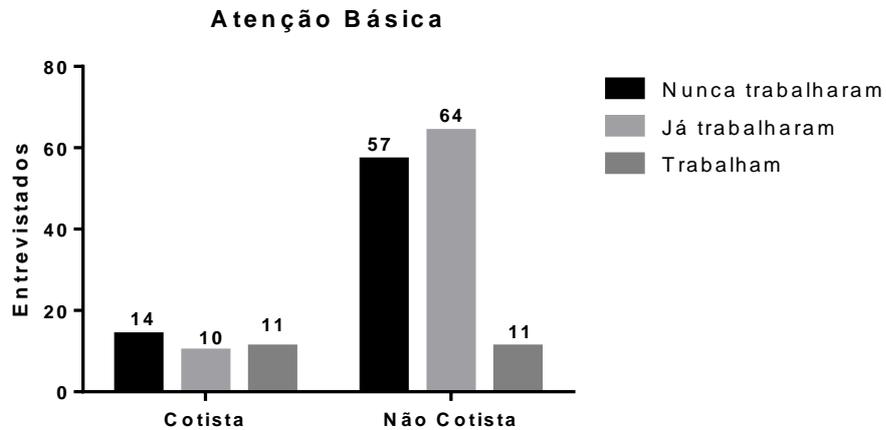
Fonte: da Autora.

A grande aglomeração dos médicos encontra-se domiciliada no Recife e sua Região Metropolitana (RMR), até porque boa parte deles ainda cursa residência médica ou está se preparando para as seleções de residência em cursinhos especializados na capital. Com relação ao domicílio na RMR, curioso destacar que mais de 90% dos médicos que residiam nas cidades da RMR (cotistas ou não) permanecem morando nas mesmas cidades e também atendem à saúde local, seja saúde pública ou privada. Esse é um bom indicador, já que também existe uma carência na alocação de profissionais na RMR.

Dos indivíduos não cotistas que passaram a morar em outras capitais, citamos: Goiânia-GO (1), Fortaleza-CE (01), São Paulo-SP (02), Rio de Janeiro-RJ (01). Todos por cursarem residência médica nas respectivas capitais, exceto Fortaleza, cujo principal motivo foi o retorno à sua cidade de origem.

Com relação à atuação na atenção básica, a figura 08 demonstra que o mesmo número de médicos cotistas e não cotistas atuam no setor. Esse gráfico merece atenção uma vez que a atenção primária é um dos setores que o SUS denomina de área prioritária. Existe uma dificuldade de se alocar médicos nesse setor, além da alta rotatividade. Como se pode verificar, 74 médicos já trabalharam na atenção básica, e 71 nunca trabalharam. Foi observado que, de um modo geral, os jovens formandos atuam na atenção primária até conseguirem ingressar nos programas de residência médica. Os que ingressam imediatamente após a formatura sequer pretendem ter essa experiência, apesar da atenção básica ser muito focada nas diretrizes curriculares do curso de medicina da UPE, no MEC e inclusive na lei que instituiu o programa “mais médicos”.

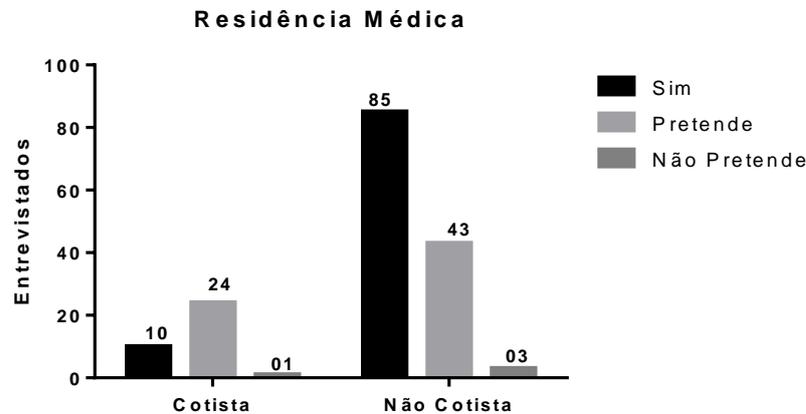
Embora a presente pesquisa não seja qualitativa, vale mencionar que algumas médicas, ao responder essa pergunta, gesticulavam ou agregavam palavras de desestímulo, como por exemplo, uma pessoa que se queixou da falta de pia no posto de saúde e só voltaria a trabalhar na atenção primária com melhor estrutura.

Gráfico 07 - Atuação na atenção básica. Fonte própria

Fonte: da Autora.

Guarda *et al* (2012) analisou o perfil sociodemográfico dos médicos que compõem as equipes de saúde da família na RMR. Verificou-se que no Estado de Pernambuco, a RMR apresentava os menores índices de rotatividade de médicos, sendo a maioria com idade acima de 40 anos (76%). Na presente pesquisa, algumas médicas oriundas das cotas pareciam se identificar com a atividade. Voltando à análise do gráfico, verifica-se que a mesma quantidade de médicos cotistas (11) e não cotistas (11) estão atuando na atenção básica, o que representa mais de 25% das cotas, ou seja, os cotistas atuam em proporção bem superior na atenção básica. De qualquer forma, essa informação pode ser aprofundada com uma análise qualitativa, já que deve ser considerada a situação emergencial de estabilidade financeira dos cotistas, que podem optar pela demora no ingresso da Residência para acumular capital. A análise em conjunto do gráfico de residência médica a seguir pode contribuir com a interpretação.

O gráfico 08 apresenta o quantitativo por residência médica entre os dois grupos:

Gráfico 08 - Residência médica. Fonte própria

Fonte: da Autora.

Como se vê, praticamente a metade dos não cotistas já está inserida em algum programa de residência médica. O oposto ocorre com a situação dos não cotistas, já que menos da metade desse grupo é residente. Podemos atribuir esse fato à situação socioeconômica dos cotistas, uma vez que a renda familiar média no ingresso do curso não chegava a 3 salários mínimos. Dessa forma, ao entrar no mercado de trabalho, esses jovens procuram compensar essa necessidade emergencial, uma vez que os programas de residência médica têm uma sobrecarga de atividades e horários, e as bolsas de residência médica não remuneram muito bem em comparação com qualquer atividade voltada à clientela SUS ou privada. O fator capacidade de aprovação numa prova de residência pode até ser avaliado, mas não se espera encontrar relevância, uma vez que a evolução dos cotistas ao longo do curso chegou a uma diferença de média pouco maior que 0,8 com relação aos não cotistas, o que parece ter superado a hipótese da capacidade de aprovação.

Com relação às duas pessoas não cotistas que optaram por não fazer residência médica, essas fizeram especialização em medicina do trabalho e buscam mais qualidade de vida com a família. Quanto à pessoa cotista que não pretende fazer residência, essa levou em consideração o fator financeiro, já que tinha curso superior na área de saúde, faixa etária acima dos 30 anos e contribuía de forma significativa para o sustento da família.

A tabela 03 a seguir distribui as especialidades dos que estão cursando residência médica.

Tabela 03 - Residência médica.

	Cotas (n= 10)	Não cotas (n=85)
1=Acupuntura	-	-
2=Anestesiologia	-	6
3=Cirurgia Geral	1	12
4=Clínica Médica	3	31
5=Dermatologia	-	1
6=Infectologia	-	-
7=Medicina de Família e Comunidade	-	1
8=Neurologia	-	3
9=Obstetrícia e Ginecologia	2	-
10=Oftalmologia	-	4
11=Ortopedia e Traumatologia	1	5
12>Otorrinolaringologia	-	2
13=Patologia	-	-
14=Radiologia e diagnóstico por imagem	-	5
15=Pediatria	2	9
16=Psiquiatria	-	6
17=Neurocirurgia	-	4

Fonte: da Autora.

Sobre a tabela 03, como se pode observar, os cotistas estão concentrados nas áreas de cirurgia geral, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e traumatologia e pediatria, que são especialidades na média da concorrência, de acordo com a listagem de concorrência divulgada pela Secretaria de Saúde de Pernambuco e pelo Hospital das Clínicas Pernambuco. Essas informações encontram-se no anexo desta pesquisa.

Em primeiro lugar deve-se levar em consideração que a quantidade de médicos graduados por ano no Brasil é bem superior à oferta de vagas na residência médica. Em 1996 74,1% dos médicos no Brasil indicavam ter formação em Residência Médica. Em 2004 esse índice reduziu para 61,6% (CFM, 2004).

Outra observação é que existe uma tendência do programa de residência médica fixar o residente no Estado de destino. Koch et al observaram que os residentes de pediatria da USP vindos do norte, nordeste e centro-oeste

permaneceram na capital paulista após o término do curso (2011). Dos 6 egressos entrevistados na presente pesquisa oriundos de outros Estados, cinco ainda permanecem na capital pernambucana.

A tabela 04 a seguir informa o quantitativo dos médicos que estão fazendo uma segunda residência médica. Observe-se a impossibilidade de se considerar os médicos que ingressaram em 2007 e colaram grau no ano de 2013, pois ainda estão cursando a primeira residência. Desse grupo só puderam responder os médicos com entrada em 2006.

Tabela 04 - Residência médica 2ª especialidade

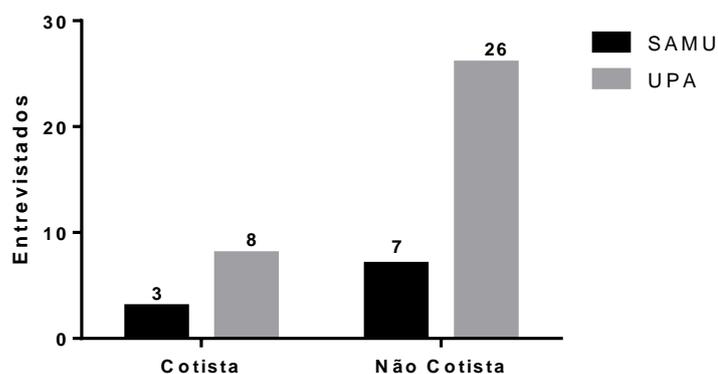
	Cotas (n= 0)	Não cotas (n=9)
1=Cardiologia	-	3
2=Nefrologia	-	1
3=Reumatologia	-	1
4=Geriatria	-	2
5=UTI pediátrica	-	1
6=Radiologia	-	1

Fonte: da Autora.

Nenhum cotista de 2006 que participou da pesquisa estava cursando segunda residência médica. Esse fato também pode representar uma opção pela atuação generalista dos cotistas ou por terem pouco tempo de estudo para as provas, diante da necessidade de se inserir no mercado de trabalho.

Com relação à atuação no SAMU ou nas UPAs, a distribuição desses profissionais encontra-se na figura 10 a seguir.

Gráfico 09 - Lotação médicos SAMU e UPA

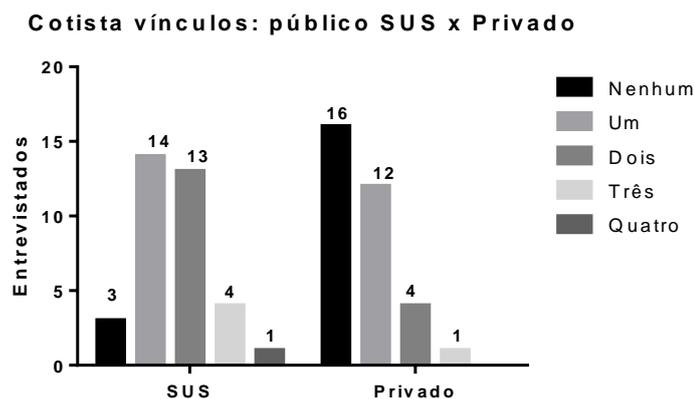


Fonte: da Autora.

Observa-se que os cotistas também se inseriram no mercado das urgências e emergências e em maior proporção no SAMU. As UPA's fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que estrutura e organiza a rede de urgência e emergência no país, com o objetivo de integrar a atenção às urgências. O SAMU é um Programa do Governo Federal, implantado em municípios brasileiros. O seu objetivo é chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou até mesmo à morte.

Será analisado na Figura 11 a seguir o número de vínculos de trabalho dos cotistas.

Gráfico 10 - Cotistas - Quantidade de vínculos SUS x Privados

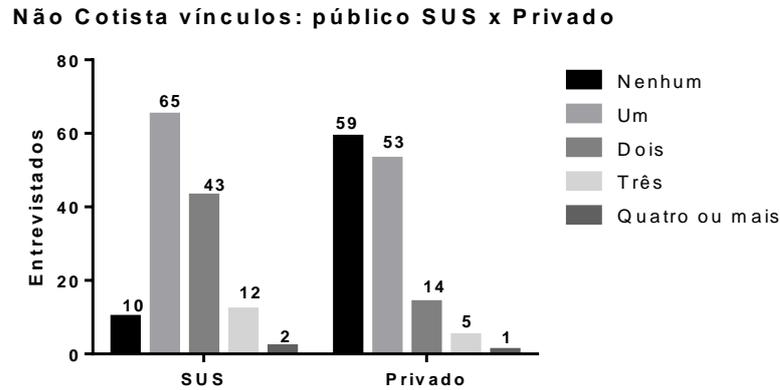


Fonte: da Autora.

Foi considerado como público SUS qualquer tipo de vínculo do médico com o seu posto de trabalho, como celetista, terceirizado, cooperativista, estatutário, desde que o público de atendimento seja da rede SUS. Assim, o Hospital dos servidores do Estado de Pernambuco e os hospitais das forças armadas foram considerados de público privado. A bolsa recebida na residência médica foi considerada no cômputo do vínculo público SUS.

Na Figura 10 verifica-se que dos 35 médicos oriundos das cotas que participaram da pesquisa, 32 atendem na rede SUS, em maior concentração entre 1 ou 2 vínculos. Um pouco menos que a metade dos cotistas atende na rede privada, em maior parte com um único vínculo. A Figura 12 trata dos não cotistas e seus vínculos.

Gráfico 11 - Não Cotistas - Quantidade de vínculos SUS x Privados



Fonte: da Autora.

Na análise dos não cotistas deve-se ter a cautela de considerar que 85 médicos já entram nessa contagem com um vínculo do público SUS, uma vez que estão cursando residência médica. Observa-se que dos 132 que participaram da pesquisa, 122 possuem algum vínculo voltado ao público SUS, com maior concentração num único vínculo. Pouco mais da metade dos não cotistas possui algum vínculo com clientela privada, com maior concentração em um vínculo.

Por fim, verificou-se que a média das rendas públicas dos cotistas ficou na faixa classificada como “acima de 4,5 a 6 salários mínimos” e a média das rendas públicas dos não cotistas entrou na margem de “acima de 3 a 4,5 salários mínimos”. Como já pontuado, esse valor mais reduzido das rendas públicas dos não cotistas pode ser causado pela remuneração que recebem da bolsa de residência, que é mais baixa do que o valor pago pelo mercado de trabalho a esses profissionais. Ademais, os cotistas normalmente partem de uma situação familiar negativa em termos de renda, que será compensada na sua entrada no mercado de trabalho.

Com relação às médias das rendas privadas, verificou-se que essas entram na mesma margem, ou seja, “acima de 1,5 a 3 salários mínimos”. O tópico a seguir irá analisar o programa das cotas em termos de desempenho dos estudantes em comparação com os que não foram beneficiados pelo programa.

5.2 Análise dos dados utilizando o *propensity score matching*

Nesse tópico será avaliado o aproveitamento dos beneficiários do programa. Num primeiro momento procedemos com a análise de amostras independentes, compostas respectivamente por alunos cotistas e não cotistas que ingressaram no curso de Medicina da FCM/UPE no ano de 2006 e 2007 e que colaram grau até 2013. No primeiro passo observamos se os alunos que compõem a amostra são passíveis de serem comparados. Para tanto foi realizado um teste de diferenças de médias entre as características dos alunos que compõem os dois grupos. A tabela 5 abaixo descreve os resultados para o teste citado:

Tabela 05 - Teste de diferença de médias entre as características dos cotistas e não cotistas

Variável	Cotas	Média	Erro Padrão
Sexo			
	0	0,4453782	0,0322841
	1	0,4909091	0,0680301
Idade			
	0	27,5084	0,1298787
	1	29,29091	0,548443
Casado			
	0	0,1590909	0,0319567
	1	0,2285714	0,0720144
Irmãos			
	0	1,75	0,0800293
	1	1,914286	0,1658765
apenasgrad			
	0	0,2727273	0,0389114
	1	0,4857143	0,0857143
Posgrad			
	0	0,0530303	0,0195792
	1	0,1714286	0,0646349
Residência			
	0	0,5833333	0,0430742
	1	0,2285714	0,0720144
Provab			
	0	0,0384615	0,0169317
	1	0,0909091	0,0508197
escolaridadepai			
	0	3,923077	0,09433
	1	2,942857	0,19636
escolaridademãe			
	0	4,022727	0,087016
	1	3,085714	0,155414
recifeantes			
	0	0,0546218	0,0147609
	1	0,1636364	0,0503432
recifeatual			
	0	0,0252101	0,0101828
	1	0,0363636	0,0254738

$$F(12, 160) = 7,90$$

$$\text{Prob} > F = 0.0000$$

O teste conjunto de diferença de média rejeita H_0 a 1% (tabela 1), ou seja, as amostras de cotistas e não cotistas apresentam características distintas, o que torna sua comparação direta imprecisa. Em situações como estas, o artigo seminal de Rosembaum e Rubin (1983) sugere que deva ser empregado o método de *propensity score matching*, descrito na metodologia, para emparelhamento dos dados, tornando assim possível a comparação de amostras independentes de cotistas e não cotistas.

A primeira etapa para construção do *propensity score matchig* consiste na estimação do modelo *probit* a fim de prever a probabilidade de participação no programa de todas as pessoas que fazem parte da amostra. A Tabela 6 apresenta o resultado para o modelo de escore de propensão estimado. Das possíveis especificações do modelo foi escolhida a menos parcimoniosa dentre aquelas que satisfizeram a hipótese do “equilíbrio” (*Balancing Hypothesis*) entre as variáveis incluídas no modelo. A adoção de um modelo menos parcimonioso tem por objetivo garantir que os indivíduos dos grupos de tratamento e controle sejam os mais similares possíveis. Desta forma, quanto maior o número de variáveis incluídas, melhor será o pareamento realizado.

Os resultados do modelo *probit* encontram-se na tabela 6 abaixo. Constata-se que em geral as variáveis de controle apresentam os sinais esperados, embora muitas não tenham dado significantes. Segundo autores como: Rubin e Thomas (1996), Venetoklis (2004) e Wooldridch (2010), a não significância estatística não justifica retirar a variável do modelo, pois neste caso estaríamos incorrendo no erro de viés de variável omitida. Sendo assim, é aconselhável incluí-las na estimativa do escore de propensão mesmo que não seja estatisticamente significativa, pois a inclusão de variáveis irrelevantes no modelo de escore de propensão não irão causar viés nos resultados estimados.

Tabela 06 - Modelo Probit

Cotas	coeficiente	P> z
Sexo	0,1396925	0,781
Idade	0,0099219	0,935
Casado	0,7116548	0,232
Irmãos	0,3083633	0,261
Apenasgrad	0,5203452	0,526
Posgrad	0,987993	0,31
Residência	-0,7864281	0,362
Provab	0,4186545	0,643
escolaridade do pai	-0,6181503	0,019
escolaidade da mãe	-0,9290837	0,011
Recifeantes	1,071851	0,087
Recifeatual	-0,3294208	0,767
Constante	2,827688	0,473

Fonte: da Autora.

Observa-se que a escolaridade dos pais e a residência do aluno em Recife ou RMR antes do ingresso no curso foram as variáveis que apareceram como significantes no modelo. Aqueles alunos cujos pais são menos escolarizados são os que apresentam maior probabilidade de serem cotistas. Esse resultado reflete a correlação entre escolaridade e renda, sugerindo que o programa é de fato bem focado, pois atinge prioritariamente aqueles alunos oriundos das camadas mais carentes da sociedade. Com relação a morar em Recife ou RMR antes do ingresso no curso, esse fato pode ser justificado diante da qualidade do ensino público no interior ser mais precária do que nas proximidades da capital, salvo algumas exceções.

Com base nos resultados do probit foi feito o emparelhamento dos grupos de cotistas e não cotistas, tabela 7, foram retirados da amostra os indivíduos de perfis muito distintos, não passíveis de serem comparados, sendo a mesma reduzida para reduzida para 115 observações, das quais 83 não cotistas e 32 cotistas.

Tabela 7 - Limite inferior, número de tratamentos e número de controles para cada bloco

Limite Inferior do Pscore	COTAS		
	0	1	Total
0,038658	59	7	66
0,25	18	17	35
0,5	5	2	7
0,75	1	6	7
Total	83	32	115

Fonte: da Autora.

Na Tabela 8, a seguir, são apresentadas as estimativas do impacto do programa de cotas sobre desempenho do aluno ao final do curso e sobre suas chances em trabalhar nas cidades do interior do Estado de Pernambuco e também a sua probabilidade em trabalhar no SUS, empregando para o cálculo do ATT o método *propensity score Kernel Matchin* e os intervalos de confiança construídos empregando *Bootstreprs*, para 10 repetições. A literatura aponta que o *kernel matching* estima a variância de forma mais robusta que o *radius matching*. A diferença de notas foi construída para as variáveis nota de entrada e média final empregando as variáveis padronizadas. As outras duas variáveis representam a probabilidade em: morar no interior e trabalhar no SUS, respectivamente.

Tabela 8 - Cálculo do efeito das cotas sobre o desempenho do aluno ao final do curso e sobre suas chances em trabalhar nas cidades do interior do Estado e no SUS. Método de Análise: Kernel Matchin

Variáveis	número de cotistas	número de não cotistas	ATT	t
Nota de entrada	32	83	-0,897*	-2,807
Diferença entre notas	32	83	0,898*	3,15
Média do Curso	33	84	-0,178	-0,759
Morar no interior	32	83	0,002	0,022
Trabalhar no SUS	32	83	0,009	0,104

Fonte: da Autora.

Com base na tabela 08 acima, a diferença entre a nota de entrada e a média final foi 0,89 desvios padrão superior em favor dos cotistas, ou seja, dado que a nota de entrada dos cotistas foi em média 0,897 desvios padrão inferior aos dos não

cotistas, estes resultados sugerem que a diferença de qualificação entre cotistas e não cotistas observadas no início do curso forma suplantadas, de modo que no final do curso as notas de ambos se equivalem. Não houve resultado significativo para as variáveis morar no interior e trabalhar no SUS.

No próximo tópico será abordada a conclusão do presente trabalho, na qual serão desenvolvidos outros aspectos, como a realidade social desse grupo analisado.

6 CONCLUSÕES

A República Federativa do Brasil adotou como fundamento principiológico a dignidade da pessoa humana. Dele se desdobram todos os direitos fundamentais, dentre os quais o presente trabalho enfatizou o direito à educação e à igualdade. O direito à saúde, por sua vez, desdobra-se de forma incidental. Partindo desses pressupostos, buscou-se investigar acerca dos efeitos da ação afirmativa das cotas na saúde, uma vez que um novo perfil do profissional médico está entrando no mercado de trabalho, num momento social em que a escassez desse capital humano somada às dificuldades estruturais do SUS incentivam negativamente a distribuição desses jovens formandos no mercado de trabalho.

Observou-se que a FCM/UPE graduou cidadãos em similitude de condições, aptos a se inserirem no mercado de trabalho. Preliminarmente foi verificada uma tendência de atuação do jovem médico egresso das cotas na atenção básica, seja pela necessidade de trabalhar assim que conclui o curso, atrasando a entrada em residências e especializações, seja pela vontade de trabalhar nas comunidades. Sugerimos um estudo qualitativo para aprofundar o tema, diante da limitação do presente trabalho. Mas o fato é que o egresso cotista encontra-se mais alocado na atenção básica, que é uma área de prioridade do SUS.

Embora não se trate de uma pesquisa qualitativa, muitos relatos foram ouvidos dos professores médicos. Foi mencionado pelos docentes que alguns alunos cotistas chegavam a ter que escolher entre o dia em que iam para a aula ou comiam, como hipótese alternativa impossível de ser conjugada. Normalmente as pessoas de baixa renda moram em regiões mais afastadas dos centros urbanos e o deslocamento nos transportes públicos é lento e cansativo. Deve-se aprofundar até que ponto a deficiência nutricional e o longo deslocamento no transporte coletivo prejudicam o processo de aprendizagem desses jovens. Nesse ponto, a pequena diferença entre a média dos cotistas e dos não cotistas parece insignificante. Deve-se ponderar vários outros fatores dificultosos para os cotistas como a ausência de casa do estudante estadual ou municipal para acolhimento, a ausência de restaurante universitário e as bolsas para esse grupo de hipossuficientes, que são limitadas. Foi criado na FCM/UPE um sistema de “apadrinhamento” no qual busca suprir a limitação dessas bolsas. O aluno cotista não sabe de onde vem a

subvenção, que inclusive pode ser de algum professor. Noticiou-se também que um aluno cotista que já trabalhou no corte da cana estava na iminência de receber a láurea.

Apesar de muitos relatos de sofrimento e superação, como o sistema de cotas da UPE não considera o fator renda para a seleção dos candidatos cotistas, chegou-se a observar isoladamente algumas pessoas que não se enquadravam no padrão social dos cotistas. O fato é que existem várias formas de se implementar políticas públicas de ações afirmativas e o sistema de cotas é apenas uma dessas formas, devendo periodicamente ser reavaliado.

O sistema educacional brasileiro, de uma forma geral, e em especial o pernambucano, necessitam de uma reestruturação para que o sistema de cotas ou qualquer outra política de inclusão seja uma solução paliativa e temporária. Os últimos resultados do IDEB trouxeram uma luz no fim do túnel, uma vez que a avaliação das escolas públicas de Pernambuco tem sido positiva e crescente. Ao bem da verdade, o que se percebe na saúde nacional também se aplica na educação: quando dois serviços, o público e o privado, são ofertados simultaneamente, um acaba sendo ineficiente para o outro funcionar bem.

7 PERSPECTIVAS

O presente trabalho iniciou o debate sobre o tema, que merece ser aprofundado. Buscou-se estimular os estudos sobre o efeito da política de cotas na área da saúde. A pesquisa contribuiu trazendo à baila uma análise da evolução do desempenho dos médicos egressos das universidades públicas através do sistema de cotas, além de observar o perfil e atuação desses jovens profissionais.

Como proposta futura, seria interessante uma avaliação de futuras turmas de cotas de outros centros educacionais, incrementada com um estudo qualitativo envolvendo profissionais da saúde, docentes e os próprios cotistas. Não foi observado um estudo anterior que tenha associado a avaliação de uma ação afirmativa focada na educação e o seu reflexo na área da saúde, especificamente na demanda médica. Abre-se o início de um novo debate, trazendo informações que podem servir de subsídios para que os gestores públicos tomem decisões de forma proativa.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Eduardo de Carvalho. Higher Education: Free Tuition Vs. Quotas Vs. Targeted Vouchers. **Est. econ.** São Paulo. v. 40(1). n. 43-66, jan.-mar. 2010.

ANDRADE, Francisco Jatobá. **Classe, raça e ação afirmativa:** A política de inclusão social numa universidade pública de Pernambuco. Tese de Doutorado. Departamento de Sociologia. USP. São Paulo: 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-09112012-122850/pt-br.php>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

ANDRADE, Francisco Jatobá. Perfil dos Cotistas da Universidade de Pernambuco: uma Primeira Análise. *Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais.* n. 33, p. 75-95, 2010.

BRASIL. Programa de Aceleração do Crescimento. **Definição das UPA's.** Disponível em:<<http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/upa-unidade-de-pronto-atendimento>>. Acesso em: 20 set. 2014.

BARBOSA, Rui. **Oração aos moços.** Edição popular anotada por Adriano da Gama Kury. 5. ed. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 1997. Disponível em: <http://www.casaruibarbosa.gov.br/dados/DOC/artigos/rui_barbosa/FCRB_RuiBarbosa_Oracao_aos_mocos.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

BAYMA, Fátima. Reflexões sobre a Constitucionalidade das Cotas Raciais em Universidades Públicas no Brasil: referências internacionais e os desafios pós julgamento das cotas. **Ensaio:** aval. Pol. Públ. Educ. Rio de Janeiro. v. 20, n. 75, p.325-346, abr./jun. 2012.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1998.** Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 13 dez. 2013.

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 2 out. 2014.

ESCOLAS MÉDICAS. **Tabelas com listagem de todas as faculdades de medicina existentes no Brasil.** Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php>>. Acesso em: 2 out. 2014.

FRY, Peter; MAGGIE, Yvonne. **Cotas raciais – Construindo um país dividido? Econômica.** Rio de Janeiro. v. 6, n.1, p.153-161, junho 2004.

GUARDA, Flávio Renato Barros; SILVA, Rafaela Niels da; TAVARES, Ricardo Antônio Wanderley. Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Pan-Amaz Saúde.** v. 3 (2). n. 17-24, 2012.

INSTITUTO FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Manual do vestibular, 2014**. Disponível em: <http://cvest.ifpe.edu.br/vestibular2015/arquivos/Manual_Tecnico_2015_07_10_2014.pdf>. Acesso em: 02 out. 2014.

KOCH, Vera Hermila K.; DORIA FILHO, Ulysse; BOLLELA, Valdes Roberto. Avaliação do programa de residência médica do departamento de pediatria da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 33 (4). n. 454-459, 2011.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 12. ed. Revisada, atualizada e ampliada. São Paulo: Saraiva, 2008.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de direito administrativo**, 25. ed. Revista, ampliada e atualizada até a Lei 12.587, de 3.1.2012. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2012.

DAFLON, Verônica Toste; FERES JUNIOR, João; CAMPOS, Luiz Augusto. Ações afirmativas raciais no ensino superior público brasileiro: um panorama analítico. **Caderno Pesquisa**. 2013, v. 43, n. 148, p. 302-327.

ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO ESTADO DE PERNAMBUCO PARA 2014. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pe>>. Acesso em: 30 set. 2014.

FRANÇA, Marco Túlio Aniceto; GONÇALVES, Flávio de. Provisão pública e privada de educação fundamental: diferenças de qualidade medidas através de *propensity score matching*. **Economia Aplicada**, v. 14, n. 4, p. 373-390, 2010.

MAGALHÃES, André Matos; SILVEIRA NETO, Raul; DIAS, Fernando de Mendonça. et al. A experiência recente do PRONAF em Pernambuco: uma análise através de propensity score. **Economia Aplicada**. v. 10(1), p. 57-74, jan-mar 2006.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2002.

_____. **Metodologia científica**. 4. ed. Revisada e ampliada. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2004.

MELO, Raul da Mota Silveira; DUARTE, Gisléia Benini. Impacto do Programa Bolsa Família sobre a frequência escolar: o caso da agricultura familiar no Nordeste do Brasil. **Rev. Econ. Sociol. Rural**. v. 48, n.3, p. 635-657, 2010.

MOEHLECKE, Sabrina. **Ação afirmativa: história e debates no Brasil**. Cadernos de Pesquisa. n. 117. p. 197-217. Novembro/2002.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 26. ed. Atualizada por Eurico de Andrade Azevedo, Délcio Balestero Aleixo, José Emmanuel Burle Filho. São Paulo: Malheiros, 2001.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Notícia sobre o índice de desenvolvimento da educação básica (ideb)**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pernambuco/vestibular-e-educacao/noticia/2014/09/pe-alcanca-meta-esperada-para-2015-no-ideb-do-nsino-medio-estadual.html>>. Acesso em: 2 out. 2014.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. **Saúde Sociedade**. v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 18 (4): 625-644, 2008.

PERNAMBUCO. **Constituição do Estado de Pernambuco, de 05 de outubro de 1989**. Recife, PE, 1989. Disponível em: <<http://www.alepe.pe.gov.br/downloads/legislativo/ConstituicaoEstadual.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2013.

RECIFE. Governo municipal. **Definição de SAMU**. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/pcrservicos/samu/#sthash.UFWsNG0I.dpuf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

RAMOS, Marília. Aspectos conceituais e metodológicos da avaliação de políticas e programas sociais. **Planejamento e Políticas Públicas**. n. 32, 2009.

RESENDE, Anne Carolina Costa; OLIVEIRA, Ana. Maria Hermeto Camilo de. Avaliando resultados de um programa de transferência de renda: o impacto do bolsa-escola sobre os gastos das famílias brasileiras. **Estudos Econômicos**. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 235-265, 2008.

ROSEMBAUM, P., R., RUBIN D. B. The central role of propensity score in observational studies for causal effects. **Biometrika**. v. 70, n.1, p. 41-55, 1983.

SANTANA, Elaine Barbosa. As políticas públicas de ação afirmativa na educação e sua compatibilidade com o princípio da isonomia: acesso às universidades por meio de cotas para afrodescendentes. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 69, p. 736-760, out./dez. 2010.

SANTOS, Augusto dos Santos; CAVALLEIRO, Eliane; BARBOSA, Maria Inês da Silva; RIBEIRO, Matilde. Ações afirmativas: polêmicas e possibilidades sobre igualdade racial e o papel do estado. **Estudos feministas**. Florianópolis. v. 16 (3). n. 424, p. 913-929, set./dez. 2008.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 15. ed. São Paulo: Malheiros, 1998, p. 217.

SILVA, Nícolas Trindade da. Da igualdade formal a igualdade material. In: **Âmbito Jurídico**. Rio Grande, XV, n. 107, dez 2012. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12556&revista_caderno=9>. Acesso em: out 2014.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. **Faculdade Ciência Médicas**. Notícia sobre 51% das universidades estaduais adotam ações afirmativas. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0801200815.htm>>. Acesso em: 2 out. 2014.

APÊNDICES

Apêndice A – TCLE

Apêndice B – Questionário

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde – PPGGES
Modalidade Mestrado Profissional

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa “Médicos egressos da universidade pública através do sistema de cotas: perfil sociodemográfico e áreas de atuação”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora DILANE GIMINO MARTINS, residente e domiciliada na Rua do Espinheiro, 690, apt. 1103-B, Espinheiro, Recife/PE, CEP 55202-020, telefone para contato: (81) 8831.235501, inclusive recebendo ligações a cobrar, e-mail: dilanemartins@yahoo.com.br e está sob a orientação da Profa. Dra. Maira Galdino Rocha Pitta e coorientação da Profa. Dra. Tatiane Almeida de Menezes, Telefones e e-mail para contato: (81) 9671-7788, e-mail: mgrpitta@gmail.com e (81) 9978.5402, e-mail: tatianedemenezes@gmail.com, respectivamente.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido(a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o(a) Sr (a) não será penalizado(a) de forma alguma. Também garantimos que o(a) Senhor(a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo da pesquisa consiste em confrontar o perfil, área e local de atuação dos médicos que ingressaram no ensino superior através do sistema de cotas com os seus colegas que ingressaram pelo sistema de concorrência tradicional. Será considerada a entrada na UPE nos anos de 2006 e 2007, campus Recife. Também será analisado o perfil dos estudantes do curso de medicina que ingressarem na UPE no ano de 2014, campus Recife. Ao final será avaliado se existe alguma propensão ao grupo dos médicos ex-cotistas de atuarem nas áreas prioritárias do SUS.

A coleta de dados de cada voluntário participante será realizada num único momento, através de um questionário individual no qual constarão 48 perguntas como idade, renda familiar aproximada antes do ingresso no ensino superior e após a formatura, número de cômodos da residência, área de atuação profissional etc.

Não serão divulgados os nomes dos entrevistados, mas tão somente um levantamento estatístico das informações entre os dois grupos (cotistas e não cotistas), bem como o desempenho de forma geral no curso, este último fornecido pela instituição pública de ensino.

O questionário será respondido num único momento, com duração inferior a 20 minutos.

Como se trata da análise de um grupo de 360 não cotistas e 90 cotistas, os resultados não serão individualizados, mas agrupados, com a preservação total da imagem dos analisados.

Sobre os riscos envolvendo os participantes, considerando que serão entrevistadas pessoas que estão sujeitas à convivência profissional e subordinação hierárquica, questões sobre o perfil socioeconômico e divulgação do desempenho no curso de graduação podem gerar o risco direto do desconforto e constrangimento, especialmente no que se refere à imagem pessoal e profissional do entrevistado.

Desta feita, para minimizar possíveis riscos diretos e posteriores os roteiros de entrevistas (formulários) foram elaborados de maneira a extrair o problema de pesquisa sem expor o entrevistado e que serão realizadas individualmente, evitando que seja observada por outros. Ainda, no formulário não haverá a

identificação do entrevistado, de forma que quando forem extraídos os resultados, eles representarão cada grupo como um todo (cotistas e não cotistas), sem identificar objetivamente as respostas de cada um.

Os dados secundários, sobre o histórico escolar contendo as notas dos participantes no curso, também serão analisados por grupo (cotistas e não cotistas) e por semestre, de forma que não haverá divulgação individual de notas.

Será esclarecido para todos os participantes que eles podem escolher as perguntas que estão dispostos a responder e também terão a liberdade de, a qualquer tempo da pesquisa, retirar seu consentimento de participação sem qualquer ônus.

A pesquisadora, a orientadora e coorientadora se comprometem, exceto para eventos e publicações científicas, a preservar a confidencialidade dos dados coletados e disponibilizados para a pesquisa (cópia de documentos, manuscritos e entrevistas), que serão mantidas no arquivo pessoal da pesquisadora por 5 (cinco) anos, depois incinerado, e sob a sua responsabilidade.

Será também assegurado o sigilo sobre os participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, seguindo o preconizado no item III.2, i, da Resolução CNS 466/2012; assim como se perceber qualquer risco ou dano significativo aos participantes da pesquisa, comunicará o fato, imediatamente, ao CEP/UFPE (item V.3, Res. 466/12), bem como avisará ao CEP/UFPE todos os fatos relevantes que alterem o curso normal dos estudos por ele aprovados (item V.5, Res. 466/12).

Ressaltando que, nas diferentes fases da pesquisa, a pesquisadora responsabiliza-se na assistência imediata (aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa em situações em que este dela necessite) e integral (aquela prestada para atender complicações e danos decorrentes, direta e indiretamente, da pesquisa) aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa (item V.6, da Res. 466/12), bem como com indenização ou ressarcimento de despesas em caso de danos (item V. 7, da Res. 466/12), conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Por outro lado, como benefício, a realização da pesquisa proporcionará reflexão para os entrevistados e trará contribuição, através da dissertação, levando informação não só à comunidade acadêmica, mas para todos aqueles que trabalham com gestão pública, seja na área médica ou educacional. O resultado dessa pesquisa analisará a Política Pública das cotas e permitirá o desenvolvimento de outras Políticas Públicas que objetivem reduzir as iniquidades sociais e em saúde a partir do momento em que se conhecerá o perfil e preferências profissionais do médico recém-formado e do estudante que se inicia no curso de medicina.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br**.

DILANE GIMINO MARTINS
Pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Médicos egressos da universidade pública através do sistema de cotas: perfil sociodemográfico e áreas de atuação”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Testemunhas:

Nome/CPF:	Nome/CPF:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B

-Questionário

<https://docs.google.com/forms/d/1U2sGbSC9nF3OQLbnoo1XNzdbPLc...>

-Questionário

O presente questionário é composto por dois capítulos. O primeiro sobre as características pessoais do entrevistado e o segundo sobre o seu perfil profissional.

Trata-se de uma pesquisa para desenvolvimento de dissertação do mestrado – PPGES/UFPE, subvencionado pelo SUS, cujo objetivo consiste em analisar o perfil, a área e o local de atuação profissional dos médicos que ingressaram no curso de medicina da Universidade de Pernambuco - UPE, anos de 2006 e 2007, cotistas e não cotistas.

Os nomes e os dados individuais serão mantidos em sigilo e os resultados passíveis de publicação serão divulgados de forma agrupada.

Ao preencher esse questionário você estará contribuindo para a melhoria das políticas públicas, tanto no âmbito da saúde quanto em outras áreas sociais, em especial para investigar a alocação de capital humano nas áreas prioritárias do SUS, sempre na busca do bem estar da coletividade.

*Obrigatório

1 - Características pessoais

1. Nome completo *

Essa informação será convertida em "um número da amostra" para o levantamento dos dados da pesquisa

2. Estado Civil atual

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro
- Casado (a) ou em União Estável
- Separado (a) ou Divorciado (a)
- Viúvo (a)

3. Quantidade de irmãos

Qualquer tipo de irmão, inclusive adotado

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais

4. Formação Profissional

Marcar apenas uma oval.

- Apenas Graduação
- Provas
- Pós graduação lato sensu/Especialização
- Residência
- Título de Especialista
- Mestre
- Doutor

5. No ingresso do curso de medicina, qual era a principal renda familiar?

Renda familiar = Fonte pagadora

Marcar apenas uma oval.

- Empregado com carteira de trabalho assinada
- Militar do exército, marinha, aeronáutica, polícia militar ou corpo de bombeiros
- Empregado público ou servidor pelo regime jurídico dos funcionários públicos
- Empregado sem carteira de trabalho assinada
- Conta Própria
- Empregador
- Aposentadoria ou pensão de instituto de previdência oficial (federal, estadual ou municipal, incluindo o INSS)
- Programas sociais como o bolsa família, BPC/LOAS, PETI, etc)
- Pensão alimentícia
- Outro: _____

6. No início do curso, somando a sua renda com a renda dos familiares que moravam com você, quanto era, aproximadamente, a renda familiar? *

Considere a renda de todos os seus familiares que moravam na sua casa com você

Marcar apenas uma oval.

- Nenhuma
- Até 1,5 salário mínimo (até R\$ 1.086,00).
- Acima de 1,5 até 3 salários mínimos (R\$ 1.086,01 a R\$ 2.172,00).
- Acima de 3 até 4,5 salários mínimos (R\$ 2.172,01 a R\$ 3.258,00).
- Acima de 4,5 até 6 salários mínimos (R\$ 3.258,01 a R\$ 4.344,00).
- Acima de 6 até 10 salários mínimos (R\$ 4.344,01 a R\$ 7.240,00).
- Acima de 10 até 20 salários mínimos (R\$ 7.240,01 a R\$ 14.480,00).
- Acima de 20 até 30 salários mínimos (R\$ 14.480,01 a R\$ 21.720,00).
- Acima de 30 salários mínimos (a partir de R\$ 21.720,01)

7. Ao ingressar no curso, assinale a situação abaixo que melhor descrevia seu caso (incluindo bolsa).

Marcar apenas uma oval.

- Não tinha renda e meus gastos eram financiados pela minha família ou por outras pessoas.
- Tinha renda, mas recebia ajuda da família ou de outras pessoas para financiar meus gastos.
- Tinha renda e me sustentava totalmente.
- Tinha renda, me sustentava e contribuía com o sustento da família.
- Tinha renda, me sustentava e era o principal responsável pelo sustento da família.
- Outro: _____

8. Escolaridade do pai

Ensino fundamental = até a antiga 8ª série. Ensino médio = antigo 2º grau

Marcar apenas uma oval.

- não alfabetizado
- alfabetizado
- ensino fundamental completo
- ensino médio completo
- ensino superior completo
- especialização/residência médica
- mestrado
- doutorado
- pós doutorado

9. Escolaridade da mãe

Ensino fundamental = até a antiga 8ª série. Ensino médio = antigo 2º grau

Marcar apenas uma oval.

- não alfabetizada
- alfabetizada
- ensino fundamental completo
- ensino médio completo
- ensino superior completo
- especialização/residência médica
- mestrado
- doutorado
- pós doutorado

10. Onde você residia antes de ingressar no curso de medicina?

Marcar apenas uma oval.

- Recife
- Outro: _____

11. Onde você reside atualmente?

Marcar apenas uma oval.

Recife

Outro: _____

12. Durante a faculdade, chegou a morar só ou com outros estudantes/familiares/terceiros?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

13. Durante a faculdade, tinha computador em casa?

Marcar apenas uma oval.

sim

não

14. Idade que entrou na faculdade

Idade no primeiro dia de aula

15. Idade que colocou grau no curso de medicina

16. Na faculdade, participou de cursos de extensão monitoria, iniciação científica ou similares?

Quais?

Marque todas que se aplicam.

não participou

iniciação científica

monitoria

extensão

Outro: _____

2 - Perfil Profissional

17. Atuação na atenção básica APÓS A FORMATURA *

Marcar apenas uma oval.

Não trabalhei na atenção básica

Já trabalhei na atenção básica

Trabalho na atenção básica

18. Fez ou faz residência médica? **Marcar apenas uma oval.*

- sim
- não, mas pretendo fazer
- não e não pretendo fazer

19. Que especialidade na residência médica você fez ou está fazendo? **Marcar apenas uma oval.*

- Não fiz nem faço residência médica
- Acupuntura
- Anestesiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Infectologia
- Medicina de Família e Comunidade
- Neurologia
- Obstetrícia e Ginecologia
- Oftalmologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Otorrinolaringologia
- Patologia
- Radiologia e diagnóstico por imagem
- Pediatria
- Psiquiatria
- Outro: _____

20. Caso ainda não faça residência médica, que especialidade você pretende fazer?*Marcar apenas uma oval.*

- Não pretendo fazer residência médica
- Acupuntura
- Anestesiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Infectologia
- Medicina de Família e Comunidade
- Neurologia
- Obstetrícia e Ginecologia
- Oftalmologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Otorrinolaringologia
- Patologia
- Radiologia e diagnóstico por imagem
- Pediatria
- Psiquiatria
- Outro: _____

21. Você fez ou está fazendo uma segunda residência médica? Em que especialidade?*Marcar apenas uma oval.*

- não fiz nem estou fazendo uma segunda residência médica
- Alergia e Imunologia
- Anestesiologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia do Aparelho Digestivo
- Cirurgia Plástica
- Cirurgia Vascular
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Nefrologia
- Neonatologia
- Reumatologia
- Urologia
- Outro: _____

22. Caso você pretenda fazer uma segunda residência médica, será em que especialidade?*Marcar apenas uma oval.*

- não pretendo fazer uma segunda residência médica
- Alergia e Imunologia
- Anestesiologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia do Aparelho Digestivo
- Cirurgia Plástica
- Cirurgia Vascular
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Nefrologia
- Neonatologia
- Reumatologia
- Urologia
- Outro: _____

23. Atividade segundo grupo de especialidade **Marcar apenas uma oval.*

- cirúrgica
- clínica
- Outro: _____

24. Em qual ou quais das seguintes áreas você trabalha atualmente? *

SUS = QUALQUER tipo de vínculo/serviço prestado à CLIENTELA SUS; Privado/Particular: inclusive conveniado a plano de saúde. Inclusive áreas de atuação na Residência Médica

Marque todas que se aplicam.

- Urgência/Emergência - SUS
- Urgência/Emergência - Privado/Particular
- Atividade em UTI - SUS
- Atividade em UTI - Privado/Particular
- Atividade de Enfermaria - SUS
- Atividade de Enfermaria - Privado/Particular
- Atividade ambulatorial - SUS
- Atividade em consultório - Privado/Particular
- Atividade de gestão - SUS
- Atividade de gestão - Privado/Particular
- Atividade Acadêmica - centros acadêmicos públicos
- Não estou exercendo profissionalmente
- Provab
- Mais médicos
- PSF
- Outro: _____

25. Você trabalha em que região(ões) do Estado de Pernambuco? *

SUS = qualquer tipo de vínculo/serviço prestado à clientela SUS; Privado/Particular: inclusive conveniado a plano de saúde

Marque todas que se aplicam.

- Região Metropolitana do Recife - SUS
- Região Metropolitana do Recife - Privado/Particular
- Zona da mata - SUS
- Zona da mata - Privado/Particular
- Agreste - SUS
- Agreste - Privado/Particular
- Sertão - SUS
- Sertão - Privado/Particular
- Não trabalho em Pernambuco
- Outro: _____

26. Em que Gerência(s) Regional(is) de saúde do Estado de Pernambuco você está vinculado?

Marque todas que se aplicam.

- Não sei responder
- I Geres - Recife
- II Geres - Limoeiro
- III Geres - Palmares
- IV Geres - Caruaru
- V Geres - Garanhuns
- VI Geres - Arcoverde
- VII Geres - Salgueiro
- VIII Geres - Petrolina
- IX Geres - Ouricuri
- X Geres - Afogados da Ingazeira
- XI Geres - Serra Talhada
- Não tenho vínculo com Gerência Regional de saúde em Pernambuco, mas tenho em outro Estado da Federação
- Não tenho vínculo com Gerência Regional de saúde em Pernambuco, nem em outro Estado da Federação

27. Quantidade de rendas públicas por mês

Renda pública = QUALQUER tipo de vínculo/serviço prestado à clientela SUS, inclusive residência.

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais

28. Locais de trabalho na área pública

Nome do hospital, postos de saúde, etc. / Área Pública: qualquer tipo de vínculo/serviço prestado à clientela SUS

29. Média mensal de rendas públicas *

Renda pública = qualquer tipo de vínculo/serviço prestado à clientela SUS, inclusive residência.

Marcar apenas uma oval.

- Nenhuma
- Até 1,5 salário mínimo (até R\$ 1.086,00).
- Acima de 1,5 até 3 salários mínimos (R\$ 1.086,01 a R\$ 2.172,00).
- Acima de 3 até 4,5 salários mínimos (R\$ 2.172,01 a R\$ 3.258,00).
- Acima de 4,5 até 6 salários mínimos (R\$ 3.258,01 a R\$ 4.344,00).
- Acima de 6 até 10 salários mínimos (R\$ 4.344,01 a R\$ 7.240,00).
- Acima de 10 até 20 salários mínimos (R\$ 7.240,01 a R\$ 14.480,00).
- Acima de 20 até 30 salários mínimos (R\$ 14.480,01 a R\$ 21.720,00).
- Acima de 30 salários mínimos (a partir de R\$ 21.720,01)

30. Locais de trabalho na área privada

Nome do hospital, clínicas, etc / Área Privada: qualquer tipo de vínculo/serviço prestado à clientela particular de saúde

31. Quantidade de rendas privadas por mês

Renda privada = qualquer tipo de serviço prestado a ente particular de saúde

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais

32. Média mensal de rendas privadas *

Renda privada = qualquer tipo de serviço prestado à clientela particular de saúde

Marcar apenas uma oval.

- Nenhuma
- Até 1,5 salário mínimo (até R\$ 1.086,00).
- Acima de 1,5 até 3 salários mínimos (R\$ 1.086,01 a R\$ 2.172,00).
- Acima de 3 até 4,5 salários mínimos (R\$ 2.172,01 a R\$ 3.258,00).
- Acima de 4,5 até 6 salários mínimos (R\$ 3.258,01 a R\$ 4.344,00).
- Acima de 6 até 10 salários mínimos (R\$ 4.344,01 a R\$ 7.240,00).
- Acima de 10 até 20 salários mínimos (R\$ 7.240,01 a R\$ 14.480,00).
- Acima de 20 até 30 salários mínimos (R\$ 14.480,01 a R\$ 21.720,00).
- Acima de 30 salários mínimos (a partir de R\$ 21.720,01)

Powered by
 Google Forms