



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

MEDICINA

**TRAJETÓRIAS PESSOAIS, DESAFIOS COLETIVOS
PERFIL DO EGRESSO DO CURSO DE MEDICINA DA UNILA**

Pedro Henrique Marcomini

Foz do Iguaçu
2026



UNILA

Universidade Federal
da Integração
Latino-Americana

**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

MEDICINA

**TRAJETÓRIAS PESSOAIS, DESAFIOS COLETIVOS
PERFIL DO EGRESSO DO CURSO DE MEDICINA DA UNILA**

Pedro Henrique Marcomini

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Luiz Fernando Boff Zarpelon

Foz do Iguaçu
2026

PEDRO HENRIQUE MARCOMINI

TRAJETÓRIAS PESSOAIS, DESAFIOS COLETIVOS
PERFIL DO EGRESSO DO CURSO DE MEDICINA DA UNILA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Luiz Fernando Boff Zarpelon

Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza (ILACVN)

Flávio Luiz Tavares

Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza (ILACVN)

Arthur Dias Mendoza

Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza (ILACVN)

Foz do Iguaçu, 15 de abril de 2026

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à eterna professora Denise Seignemartin, pois foi por meio de suas palavras, nos idos de 2018, que ouvi falar pela primeira vez sobre uma tal “universidade da integração” em Foz do Iguaçu, me fazendo tomar notícia pela primeira vez sobre a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, a UNILA.

Em relação à minha trajetória dentro desta universidade ao longo do curso de medicina, agradeço a parceria dos alunos companheiros de sala e aos professores companheiros de caminhada, em um momento inicial principalmente à professora Flávia Trench, que nos acolheu em nosso ingresso ao curso durante a mais grave crise de saúde pública dos últimos 100 anos, na ocasião da pandemia do COVID-19. Nesse momento de crise e instabilidade, nos demonstrou que o exercício da medicina nos sujeita a adversidades diversas, e esquivar-se de nossa missão naquele instante seria incondizente com os valores e objetivos que devem nortear a conduta de qualquer profissional médico.

Agradeço à UNILA por me inserir em todo um novo ecossistema, com diferentes ambientes, que motivaram em importante grau a realização deste trabalho. O ambiente geográfico da tríplice fronteira, com sua dinâmica e singularidade próprias; o ambiente linguístico e multicultural da universidade e da fronteira, com suas diversidades, riquezas e problemáticas próprias; o ambiente profissional e prático que o curso nos insere, com suas diversas características e desafios; o ambiente educacional, ainda em consolidação, com suas qualidades, deficiências e problemáticas; e o ambiente político, no qual pude crescer, amadurecer e me desenvolver por meio de diferentes conflitos, lutas e conquistas, através de importante atuação no Centro Acadêmico de Medicina Moacyr Scliar (CAMMOS) e na Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM).

Para a realização deste trabalho, agradeço principalmente aos egressos de nosso curso, que se engajaram na adesão à pesquisa e divulgaram de diferentes formas o convite para a coleta de informações para este estudo. Também agradeço ao professor Antônio Felisberto, da Pró-Reitoria de Graduação da UNILA, pela contribuição com dados que foram fundamentais para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Agradeço à banca avaliadora pela pronta disponibilidade e avaliação em tão limitado tempo, nas figuras do professor Flávio Tavares, que me acompanhou tanto

anteriormente em outras ideias de projeto, como também foi companheiro nas rodas de samba; e do professor Arthur Mendoza, que ainda na condição de egresso do nosso curso, muito ajudou na divulgação da coleta de informações, sendo essencial nessa etapa para a concretização dos dados que serviram de substrato para os resultados obtidos.

Agradeço profundamente ao professor Luiz Zarpelon, que ainda antes de ter condição de orientador ajudou no amadurecimento da ideia dessa pesquisa, e apesar do limitado intervalo de tempo, ajudou da melhor forma e compreensão na concretização desse estudo. E minha gratidão, que já existia pela sua pessoa na condição de docente, expandiu-se ainda mais ao realizar este trabalho, pois foi possível perceber sua tamanha preocupação e luta política para com o curso de medicina da UNILA e sua consolidação, se mantendo firme até mesmo nos momentos mais conturbados e de maior crise, mantendo viva a crença nessa ideia e em seus frutos.

Por fim, agradeço a minha família por todo suporte, em diferentes dimensões, ao longo de toda essa jornada no curso de medicina e antes dele. O senso de coletividade e a educação crítica, política e questionadora proporcionada por meus pais foi parte fundamental para a minha graduação, atuação política e para a motivação e desenvolvimento deste trabalho.

“Não posso esperar que algo mude lá fora na vida social se eu mesmo não me puser em movimento.”

Rudolf Steiner

RESUMO

Introdução: A expansão do ensino médico no Brasil, impulsionada pelo Programa Mais Médicos (PMM), visou combater a desigualdade na distribuição de profissionais médicos no país. Nesse contexto político e assistencial, a Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) foi impulsionada à criação de seu curso de medicina com o mandato de formar médicos voltados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e de promover a integração regional. **Objetivo:** Caracterizar o perfil sociodemográfico, a trajetória acadêmica, a inserção profissional e realização de especialização dos egressos das seis primeiras turmas de medicina da UNILA (2020–2025). **Metodologia:** Estudo observacional, transversal, descritivo e analítico. Os dados foram obtidos via registros institucionais da universidade e questionário eletrônico respondido por 156 egressos (taxa de resposta de 50%). A análise estatística incluiu testes Qui-Quadrado, Exato de Fisher e Regressão Logística. **Resultados:** O perfil é majoritariamente de médicos atuantes no setor público (80,13%), com expressiva participação no Programa Mais Médicos (34%) e com taxa de fixação regional em Foz do Iguaçu de 25,6%. Os achados centrais foram as associações extremamente fortes entre o ingresso em programas de residência médica no município e a permanência na região (Odds Ratio = 107,3; IC 95%: 16,3 – 708; $p < 0,001$), e a associação ainda mais relevante entre o término da especialização nestes programas no município e posterior fixação profissional na região (Odds Ratio = 39; IC 95%: 2,93 – 519; $p = 0,002$). Em contraste, a participação no PMM não demonstrou efeito de fixação significativo após o término do vínculo em relação a municípios de população até 500.000 habitantes ($p = 0,617$). Entre os egressos estrangeiros, 93,2% permanecem no Brasil, condicionados por barreiras estruturais para revalidação do diploma em seus países de origem. **Conclusão:** A UNILA cumpre o objetivo de formar profissionais orientados ao sistema público. No entanto, o estudo comprova que a residência médica local é um fator de fixação regional muito mais potente e sustentável do que programas de provimento emergencial. Dessa forma, a expansão de vagas de residência e a implantação do Hospital Universitário são estratégias fundamentais para consolidar a retenção de médicos em regiões de fronteira.

Palavras-chave: Educação Médica; Local de Atuação Profissional; Residência Médica; Programa Mais Médicos; Integração Latino-Americana.

RESUMEN

Introducción: La expansión de la educación médica en Brasil, impulsada por el Programa Más Médicos (PMM), buscó combatir la desigualdad en la distribución de profesionales médicos en el país. En este contexto político y asistencial, la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana (UNILA) fue impulsada a la creación de su carrera de medicina con el mandato de formar médicos orientados al Sistema Único de Salud (SUS) y promover la integración regional. **Objetivo:** Caracterizar el perfil sociodemográfico, la trayectoria académica, la inserción profesional y la realización de especialización de los egresados de las seis primeras promociones de medicina de la UNILA (2020–2025). **Metodología:** Estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico. Los datos se obtuvieron vía registros institucionales de la universidad y un cuestionario electrónico respondido por 156 egresados (tasa de respuesta del 50%). El análisis estadístico incluyó pruebas de Chi-cuadrado, Exacta de Fisher y Regresión Logística. **Resultados:** El perfil es mayoritariamente de médicos actuantes en el sector público (80,13%), con una expresiva participación en el Programa Más Médicos (34%) y una tasa de fijación regional en Foz do Iguaçu del 25,6%. Los hallazgos centrales fueron las asociaciones extremadamente fuertes entre el ingreso en programas de residencia médica en el municipio y la permanencia en la región (Odds Ratio = 107,3; IC 95%: 16,3 – 708; $p < 0,001$), y la asociación aún más relevante entre el término de la especialización en estos programas locales y la posterior fijación profesional en la región (Odds Ratio = 39; IC 95%: 2,93 – 519; $p = 0,002$). En contraste, la participación en el PMM no demostró un efecto de fijación significativo tras el fin del vínculo en relación con municipios de población hasta 500.000 habitantes ($p = 0,617$). Entre los egresados extranjeros, el 93,2% permanece en Brasil, condicionados por barreras estructurales para la revalidación del título en sus países de origen. **Conclusión:** La UNILA cumple el objetivo de formar profesionales orientados al sistema público y el estudio demuestra que la residencia médica local es un factor de fijación regional mucho más potente y sostenible que los programas de provisión emergencial. De esta forma, la expansión de plazas de residencia y la implantación del Hospital Universitario son estrategias fundamentales para consolidar la retención de médicos en la región.

Palabras clave: Educación Médica; Lugar de Práctica Profesional; Residencia Médica; Programa Más Médicos; Integración Latinoamericana.

ABSTRACT

Introduction: The expansion of medical education in Brazil, driven by the More Doctors Program (PMM), aimed to address the unequal distribution of physicians in the country. Within this political and healthcare context, the Federal University of Latin American Integration (UNILA) was prompted to create its medical course with a mandate to train doctors for the Unified Health System (SUS) and to promote regional integration. **Objective:** To characterize the sociodemographic profile, academic trajectory, professional insertion, and specialized training of graduates from the first six cohorts of UNILA's medical school (2020–2025). **Methodology:** An observational, cross-sectional, descriptive, and analytical study. Data were obtained through university institutional records and an electronic questionnaire answered by 156 graduates (50% response rate). Statistical analysis included Chi-square, Fisher's Exact, and Logistic Regression tests. **Results:** The profile predominantly consists of physicians working in the public sector (80.13%), with significant participation in the More Doctors Program (34%) and a regional retention rate in Foz do Iguaçu of 25.6%. The central findings were the extremely strong associations between entering medical residency programs in the city and remaining in the region (Odds Ratio = 107.3; 95% CI: 16.3 – 708; $p < 0.001$), and the even more relevant association between completing specialization in these local programs and subsequent professional retention in the region (Odds Ratio = 39; 95% CI: 2.93 – 519; $p = 0.002$). In contrast, participation in the PMM did not demonstrate a significant retention effect after the end of the contract regarding municipalities with populations up to 500,000 inhabitants ($p = 0.617$). Among international graduates, 93.2% remain in Brazil, conditioned by structural barriers to diploma revalidation in their countries of origin. **Conclusion:** UNILA fulfills its goal of training professionals oriented toward the public system. However, the study proves that local medical residency is a much more potent and sustainable regional retention factor than emergency provision programs. Thus, expanding residency vacancies and implementing the University Hospital are fundamental strategies to consolidate physician retention in border regions.

Keywords: Medical Education; Professional Practice Location; Medical Residency; More Doctors Program; Latin American Integration.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de resposta por turma, Foz do Iguaçu, 2026	33
Tabela 2 - Respostas de cada turma formada em relação ao total obtido, Foz do Iguaçu, 2026.....	34
Tabela 3 – Nacionalidade dos participantes, Foz do Iguaçu, 2026	35
Tabela 4 – Unidades federativas de origem dos respondentes, Brasil, 2026.....	36
Tabela 5 - Recebimento de bolsas e auxílios ao longo da graduação, Foz do Iguaçu, 2026	38
Tabela 6 - Grupo sem recebimento de bolsa ou auxílio ao longo da graduação, Foz do Iguaçu, 2026.....	38
Tabela 7 - Recebimento de bolsa ou auxílio por nacionalidade, Foz do Iguaçu, 2026	39
Tabela 8 - Egressos em Foz do Iguaçu e região por turma, Foz do Iguaçu, 2026	40
Tabela 9 - Taxa de fixação em Foz do Iguaçu e região por turma, Foz do Iguaçu, 2026	41
Tabela 10 - Tipo de serviço de atuação profissional predominante, Brasil, 2026.....	41
Tabela 11 - Tipo de serviço de atuação profissional predominante, Foz do Iguaçu e região, 2026	42
Tabela 12 - Atuação de egressos no Programa Mais Médicos (PMM), Brasil, 2026.	43
Tabela 13 - Participação no atual e pregressa no Programa Mais Médicos (PMM) por turma de graduação, Brasil, 2026	44
Tabela 14 - Relação de egressos por turma e atuação em valores percentuais (%) no Programa Mais Médicos (PMM), Brasil, 2026	44
Tabela 15 - Tipo majoritário de recebimento de renda mensal, Brasil, 2026.....	47
Tabela 16 - Faixas de remuneração mensal em reais (R\$), Brasil, 2026	48
Tabela 17 - Fontes de renda além da renda pela atividade profissional principal relatada, Brasil, 2026	50
Tabela 18 - Realização de residência médica, Brasil, 2026.....	50
Tabela 19 - Situação dos egressos em relação à residência médica, por nacionalidade, Brasil, 2026	52
Tabela 20 - Tempo até aprovação em programas de residência médica, Brasil, 2026	53

Tabela 21 - Realização de preparatório ou estudo por conta própria para as provas de residência médica, Brasil, 2026.....	53
Tabela 22 - Especialidades médicas escolhidas na realização de residência médica, Brasil, 2026	55
Tabela 23 - Serviços de residência escolhidos no Paraná, por município, Paraná, 2026	56
Tabela 24 - Distribuição geográfica dos serviços de residência médica escolhidos, por Unidade Federativa (UF), Brasil, 2026	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS	<i>Advanced Cardiovascular Life Support</i> (Suporte Avançado de Vida em Cardiologia)
AMB	Associação Médica Brasileira
ANOVA	<i>Analysis of Variance</i> (Análise de Variância)
APS	Atenção Primária à Saúde
CA	Centro Acadêmico
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
gl	Graus de Liberdade
IC 95%	Intervalo de Confiança de 95%
ILACVN	Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MFC	Medicina de Família e Comunidade
OR	<i>Odds Ratio</i> (Razão de Chances)
PALS	<i>Pediatric Advanced Life Support</i> (Suporte Avançado de Vida em Pediatria)
PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional
PF	Pessoa Física
PHTLS	<i>Prehospital Trauma Life Support</i> (Suporte de Vida no Trauma Pré-Hospitalar)
PJ	Pessoa Jurídica
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PROGRAD	Pró-Reitoria de Graduação

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade Federativa
UNASUL	União de Nações Sul-Americanas
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
χ^2	Qui-Quadrado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3.2.1 Perfil sociodemográfico	20
3.2.2 Perfil acadêmico	20
3.2.3 Perfil profissional	20
3.2.4 Distribuição geográfica e fixação em Foz do Iguaçu	20
3.2.5 Pós-graduação e realização de residência médica	20
3.2.6 Comparação com o perfil nacional conhecido	21
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
4.1 ACOMPANHAMENTO DE EGRESSOS NO ENSINO SUPERIOR E NA EDUCAÇÃO MÉDICA	22
4.2 DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS MÉDICOS BRASILEIROS E FIXAÇÃO PROFISSIONAL REGIONAL	23
4.3 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS, AS NOVAS ESCOLAS MÉDICAS E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS	25
4.4 A UNILA, SUA MISSÃO DE INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA E O CURSO DE MEDICINA	26
5 METODOLOGIA	28
5.1 FONTES DE DADOS	28
5.2 INSTRUMENTO DE COLETA	28
5.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA	29
5.3.1 Análise descritiva	29
5.3.2 Análise bivariada	30
5.3.3 Análise multivariada	30
5.4 AVALIAÇÃO DA REPRESENTATIVIDADE DA AMOSTRA E VIÉS DE NÃO RESPOSTA	30
5.5 AVALIAÇÃO DE QUESTÕES ÉTICAS	31
6 RESULTADOS	32
6.1 PERFIL GERAL DOS EGRESSOS	32
6.1.1 Dados demográficos gerais e representatividade da amostra	32
6.1.2 Dados gerais e demográficos	33

6.2 PERCURSO ACADÊMICO	36
6.2.1 Atividades extracurriculares	36
6.2.2 Auxílios financeiros e bolsas estudantis	37
6.3 INSERÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL	39
6.3.1 Distribuição geográfica atual	39
6.3.2 Fixação em Foz do Iguaçu e região	40
6.3.3 Tipo de serviço da atuação profissional	41
6.3.4 Programa Mais Médicos (PMM)	43
6.3.5 Remuneração	47
6.4 RESIDÊNCIA MÉDICA	50
6.4.1 Realização de residência médica	50
6.4.2 Processo de aprovação na residência	52
6.4.3 Especialidades médicas escolhidas	55
6.4.4 Distribuição geográfica dos programas de residência escolhidos	56
6.4.5 Residência em Foz do Iguaçu e fixação profissional	57
6.4.6 Local de trabalho após o término da residência	60
6.4.7 Subespecialização	61
6.5 EGRESSOS ESTRANGEIROS: RETORNO AO PAÍS DE ORIGEM	61
6.6 PÓS-GRADUAÇÃO E CURSOS COMPLEMENTARES	61
6.6.1 Pós-graduação	61
6.6.2 Cursos complementares	62
7 DISCUSSÃO	63
7.1 INSERÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO E NO SUS	63
7.2 FIXAÇÃO PROFISSIONAL REGIONAL E O PAPEL DA RESIDÊNCIA MÉDICA	64
7.3 ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA E DISTRIBUIÇÃO DE ESPECIALIDADES	67
7.4 EGRESSOS ESTRANGEIROS E A MISSÃO DE INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA	68
7.5 ATIVIDADES EXTRACURRICULARES E PARTICIPAÇÃO ACADÊMICA	69
7.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	69
8 CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

1 INTRODUÇÃO

A expansão do ensino médico no Brasil, intensificada a partir de 2013 pela promulgação da Lei n.º 12.871 – que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM) –, visou enfrentar a distribuição historicamente desigual de médicos no território nacional, com ênfase no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e na interiorização da formação médica (BRASIL, 2013). Nesse cenário, a Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) emerge como uma instituição de natureza singular: criada pela Lei n.º 12.189/2010 com missão explícita de promover a integração dos povos da América Latina e do Caribe, teve seu curso de medicina implantado em 2014, em consonância direta com as diretrizes do PMM e inserida na tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai (UNILA, 2014; BRASIL, 2013).

A UNILA opera, portanto, na confluência de dois mandatos institucionais distintos e complementares: o de contribuir para a formação de médicos orientados ao SUS e à Atenção Primária, conforme os objetivos do PMM; e o de promover a integração regional solidária por meio da formação de profissionais de diferentes países da América Latina. Desde a graduação de sua primeira turma, em 2020, o curso formou 312 médicos, provenientes de 17 países, distribuídos ao longo de seis turmas. Apesar dessa relevância, o itinerário profissional desses egressos permanecia, até o presente estudo, sistematicamente desconhecido.

O acompanhamento de egressos constitui pilar fundamental da avaliação institucional, permitindo confrontar os objetivos do Projeto Pedagógico do Curso com a realidade do exercício profissional (PAUL, 2015; SIMON; PACHECO, 2017). Estudos similares desenvolvidos em outras instituições públicas brasileiras demonstraram a relevância desse tipo de investigação para orientar ajustes curriculares e avaliar o cumprimento das políticas públicas que fundamentaram a criação dos cursos (SENGER et al., 2018; FERREIRA; MOURÃO; MARTINS, 2022). Em uma região de tríplice fronteira, marcada por déficit histórico de médicos e pela presença de populações de múltiplas nacionalidades, entender se a UNILA está efetivamente formando e fixando profissionais de saúde na região — e em que medida isso corresponde tanto à política do Mais Médicos quanto à missão de integração da universidade — é questão de relevância não apenas institucional, mas de política pública.

A presente pesquisa preenche essa lacuna, descrevendo o perfil dos 312 egressos do curso de medicina da UNILA, a partir de dados institucionais completos e de um levantamento respondido por 156 egressos (taxa de resposta de 50%). Os resultados revelam um perfil de egresso predominantemente inserido no serviço público (80,13%), com expressiva participação no Programa Mais Médicos (34%), e com taxa de fixação profissional da região de Foz do Iguaçu (municípios da 9ª regional de saúde) de 25,64%. Os achados de maior impacto foram as associações extremamente fortes entre o ingresso em programas de residência médica no município e a permanência na região (Odds Ratio = 107,3; IC 95%: 16,3 – 708; $p < 0,001$), e a associação ainda mais relevante entre o término da especialização nestes programas no município e posterior fixação profissional na região (Odds Ratio = 39; IC 95%: 2,93 – 519; $p = 0,002$).

2 JUSTIFICATIVA

O curso de medicina da UNILA foi criado em contexto político específico e com finalidades múltiplas. Por um lado, respondeu ao eixo de formação do Programa Mais Médicos (Lei n.º 12.871/2013), que previa a abertura de novos cursos de medicina em regiões com carência de profissionais, com foco na formação de médicos generalistas voltados à APS e ao SUS (BRASIL, 2013; OLIVEIRA et al., 2019). Por outro lado, integra o projeto institucional da UNILA, cuja lei de criação determina como missão específica “formar recursos humanos aptos a contribuir com a integração latino-americana, com o desenvolvimento regional e com o intercâmbio cultural, científico e educacional da América Latina, especialmente no âmbito do MERCOSUL” (BRASIL, 2010, Art. 2.º). O curso de medicina da UNILA é, portanto, um experimento pioneiro: não existe, no Brasil, outro curso de medicina público, de fronteira, com corpo discente estruturalmente multinacional.

Não obstante essa singularidade, não há registro de estudos sistemáticos sobre as trajetórias profissionais dos médicos formados pela UNILA. Este desconhecimento representa uma lacuna crítica em três dimensões: (a) na avaliação institucional do próprio curso, que não pode verificar se seu projeto pedagógico está produzindo o perfil de egresso desejado; (b) na avaliação de política pública, especificamente no que diz respeito ao cumprimento dos objetivos do PMM pela escola médica por ele criada; e (c) no debate mais amplo sobre integração latino-americana na área da saúde, em um contexto em que mais de um terço dos formandos são estrangeiros e potencialmente poderiam retornar aos seus países de origem para atuar profissionalmente.

Em estudo de 2017, Simon e Pacheco identificaram que a própria UNILA ainda não possuía ações desenvolvidas no tema de acompanhamento de egressos, situação que, segundo os autores, era representativa das universidades públicas brasileiras em geral. No contexto médico nacional, apenas 24,6% dos residentes brasileiros declaram intenção de trabalhar majoritariamente no SUS após a conclusão da residência, e menos de 12% mantêm essa intenção cinco anos depois (SCHEFFER et al., 2023). A comparação do perfil dos egressos da UNILA com esse panorama nacional é, portanto, de alta relevância.

Do ponto de vista da distribuição geográfica de médicos, o cenário brasileiro ainda é de forte concentração nas capitais e grandes municípios: 62% dos médicos

brasileiros estão nas 49 cidades com mais de 500.000 habitantes, enquanto nos 4.890 municípios com até 50.000 habitantes vivem 65,8 milhões de pessoas com acesso a apenas 8% dos médicos do país (SCHEFFER et al., 2023). A UNILA está instalada em Foz do Iguaçu, cidade de porte médio (aproximadamente 280.000 habitantes), que não integra o grupo das grandes metrópoles, mas tampouco é um pequeno município do interior. Entender a taxa de fixação dos egressos nessa localidade e os fatores que a determinam é uma contribuição direta ao debate sobre interiorização da medicina.

Além disso, como aponta Santos Júnior et al. (2021), os dados sobre resolução do problema de fixação de médicos nas localidades de instalação das novas escolas abertas pelo PMM são escassos e, em grande parte, inconclusivos. O presente estudo contribui para preencher parte dessa lacuna, analisando especificamente o caso de uma escola pública federal em região de fronteira.

Por fim, a composição multinacional do corpo discente – com egressos estrangeiros de 17 países da América Latina e do Caribe, representando 36,4% do total de formandos – levanta questões relevantes sobre a capacidade do curso de cumprir sua missão de integração regional. Os dados sobre retorno ou permanência dos egressos estrangeiros têm implicações para o debate sobre migração de profissionais de saúde em escala regional, tema de crescente interesse no campo das políticas de saúde internacional.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil sociodemográfico e de formação durante a graduação dos egressos das seis primeiras turmas do curso de medicina da UNILA (2020–2025), bem como sua inserção profissional e distribuição geográfica no momento da pesquisa e a situação dos egressos estrangeiros em relação ao retorno ou à permanência no Brasil, discutindo os resultados obtidos à luz dos objetivos do Programa Mais Médicos (Lei n.º 12.871/2013) e da missão institucional de integração latino-americana da universidade (Lei n.º 12.189/2010).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Perfil sociodemográfico

Caracterizar o perfil sociodemográfico da população total de egressos, incluindo distribuição por sexo, nacionalidade e período de ingresso e conclusão do curso, com base nos registros institucionais da UNILA;

3.2.2 Perfil acadêmico

Descrever, entre os respondentes da pesquisa, o perfil de atividade acadêmica durante a graduação, incluindo participação em atividades extracurriculares, recebimento de bolsas e auxílios e realização de cursos complementares;

3.2.3 Perfil profissional

Caracterizar a inserção profissional dos egressos, incluindo tipo de serviço, setor de atuação (público ou privado), participação no Programa Mais Médicos, tipo de vínculo empregatício e remuneração;

3.2.4 Distribuição geográfica e fixação em Foz do Iguaçu

Descrever a distribuição geográfica dos egressos, a taxa de retorno ao país de origem dos egressos estrangeiros e a taxa de fixação na cidade de Foz do Iguaçu e região;

3.2.5 Pós-graduação e realização de residência médica

Analisar a formação de pós-graduação dos egressos, incluindo realização de residência médica, especialidade escolhida, tempo até aprovação, local de realização e sub-especialização, bem como a realização de programas de pós-graduação lato sensu e stricto sensu;

3.2.6 Comparação com o perfil nacional conhecido

Comparar o perfil de atuação dos egressos da UNILA com indicadores nacionais da demografia médica brasileira, discutindo os resultados obtidos à luz dos objetivos do Programa Mais Médicos e da missão institucional de integração latino-americana da UNILA.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 ACOMPANHAMENTO DE EGRESSOS NO ENSINO SUPERIOR E NA EDUCAÇÃO MÉDICA

O acompanhamento sistemático de egressos do ensino superior é reconhecido como instrumento fundamental de avaliação institucional e de políticas educacionais, na medida em que permite verificar em que medida os projetos pedagógicos dos cursos produzem o perfil de egresso desejado e respondem às demandas do mercado de trabalho e da sociedade (PAUL, 2015).

As experiências internacionais nesse campo são heterogêneas em termos de escopo, metodologia e institucionalidade, sendo a Europa o continente onde os programas de maior consolidação foram desenvolvidos. Entre os exemplos mais citados na literatura estão os sistemas da França, do Reino Unido e da Alemanha e, de forma especialmente destacada, o programa italiano “Alma Laurea”, considerado um dos mais abrangentes e estruturados do mundo: criado em 1994 e vinculado ao Consórcio Interuniversitário, reúne os perfis curriculares de aproximadamente 78% dos graduados italianos em uma plataforma de acesso aberto para empregadores, combinando funções de colocação profissional com avaliação longitudinal da inserção dos egressos no mercado de trabalho (PAUL, 2015).

No Brasil, as iniciativas de acompanhamento de egressos apresentam trajetória mais fragmentada. As primeiras experiências remontam à década de 1970, com destaque para estudos conduzidos pela Universidade de São Paulo (USP) e pela Universidade Federal do Ceará (UFC) a partir dos anos 1990. No contexto contemporâneo, a proliferação de portais de egressos nas universidades brasileiras foi, em grande parte, impulsionada pela obrigatoriedade de autoavaliação institucional estabelecida pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). Entretanto, esses portais assumem frequentemente caráter mais administrativo do que analítico, sendo utilizados para cumprimento de exigências regulatórias sem necessariamente gerar subsídios para a tomada de decisões pedagógicas (PAUL, 2015).

Essa tendência é mais pronunciada nas universidades públicas federais, que, diferentemente das instituições privadas, cuja atuação no acompanhamento de egressos é estimulada por pressões de mercado e competitividade, historicamente mantêm posição mais conservadora em relação ao tema. Simon e Pacheco (2017),

ao analisarem as práticas de acompanhamento de egressos em universidades públicas da região Sul do Brasil, corroboram esse diagnóstico, verificando que a maioria das instituições ainda carece de mecanismos sistemáticos para esse fim. Em relação específica à UNILA, os autores constataram que, à época do estudo, a universidade não possuía ações desenvolvidas nesse campo, nem mesmo um portal do egresso.

Na educação médica, o levantamento de perfis de egressos tem sido utilizado com propósitos variados: avaliação de projetos pedagógicos, identificação de lacunas formativas, análise da inserção profissional e estudo da distribuição geográfica dos médicos formados. Senger e Castro (2024), ao avaliarem as duas primeiras turmas de uma escola médica privada criada em 2012, demonstraram que a coleta de informações dos egressos por meio de questionário eletrônico constitui ferramenta eficaz de avaliação curricular, capaz de orientar ajustes no projeto pedagógico com base na perspectiva de quem vivenciou a formação.

Em estudo de maior escopo, Senger et al. (2018) analisaram a trajetória profissional de egressos da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), comparando coortes pré e pós-reforma curricular. Os resultados evidenciaram diferenças na inserção no mercado de trabalho, na realização de residência médica e na distribuição geográfica entre os grupos, demonstrando o potencial desse tipo de investigação para avaliar os efeitos concretos de mudanças curriculares sobre o perfil do profissional formado.

4.2 DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS MÉDICOS BRASILEIROS E FIXAÇÃO PROFISSIONAL REGIONAL

A compreensão do perfil de inserção dos egressos do curso de medicina da UNILA requer sua contextualização no cenário da distribuição médica brasileira. Segundo o estudo Demografia Médica no Brasil 2023, conduzido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB), o Brasil contava com 2,69 médicos por mil habitantes, totalizando aproximadamente 562 mil profissionais registrados (SCHEFFER et al., 2023). Não obstante esse contingente expressivo, a distribuição geográfica permanece profundamente desigual: 62% dos médicos estão concentrados nas 49 cidades com mais de 500 mil habitantes, que respondem por 32% da população

brasileira, enquanto nos 4.890 municípios com até 50 mil habitantes, onde residem 65,8 milhões de pessoas, encontra-se menos de 8% do total de profissionais (SCHEFFER et al., 2023).

No campo da Atenção Primária à Saúde, essa desigualdade é ainda mais marcante. A média nacional de especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) é de apenas 5,54 por cem mil habitantes, índice abaixo do qual se encontram 15 estados brasileiros (SCHEFFER et al., 2023). No que se refere às intenções de inserção profissional, os mesmos autores registram que apenas 24,6% dos médicos em formação em programas de residência declaram intenção de trabalhar majoritariamente no SUS no prazo de um ano após a conclusão da residência – proporção que cai para 12,1% no horizonte de cinco anos, sinalizando o desafio estrutural de prover cobertura pública sustentada em regiões com menor atratividade para o mercado privado.

A relação entre a localização das escolas médicas e a distribuição de seus egressos foi analisada por Pereira et al. (2021), que identificaram maior tendência de as instituições públicas se estabelecerem em municípios localizados entre 200 e 300 quilômetros das capitais estaduais, contribuindo para amenizar a concentração de médicos nas grandes metrópoles. Os autores alertam, contudo, que a localização de uma escola médica em determinado município não garante a fixação de seus egressos naquele território — ponto especialmente relevante para o contexto da UNILA e para a avaliação dos objetivos do Programa Mais Médicos.

Estudos que examinam os determinantes da fixação profissional de médicos em regiões do interior corroboram essa ressalva. Ferreira, Mourão e Martins (2022), ao avaliarem o impacto da interiorização do ensino médico no município de Sobral (CE), constataram que, dos 646 egressos do curso de medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) formados até 2019, 105 permaneceram fixados no município – resultado atribuído pelos autores à conjugação entre a expansão dos serviços locais de saúde, a estruturação de programas de residência médica na cidade e o fortalecimento do vínculo entre escola e serviços do SUS ao longo de duas décadas.

Ezequiel Silva et al. (2017), em estudo com egressos de uma universidade pública de Minas Gerais, verificaram que a escolha do local de exercício profissional é influenciada por múltiplos fatores, com destaque para a origem geográfica do profissional e, sobretudo, para o local de realização da residência médica – variável que emerge de forma consistente na literatura como principal preditor de fixação

profissional regional. Essa associação tem implicação direta para a análise do papel das novas escolas médicas criadas pelo Programa Mais Médicos: sem expansão paralela de vagas de residência nas localidades de implantação dos cursos, o efeito esperado de fixação regional tende a ser diluído pela dispersão dos egressos para grandes centros em busca de especialização.

4.3 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS, AS NOVAS ESCOLAS MÉDICAS E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013, com o objetivo de enfrentar a desigualdade na distribuição de profissionais médicos no território brasileiro, com ênfase no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nas regiões de maior déficit. O programa estruturou-se em três eixos complementares: o provimento emergencial de médicos para municípios prioritários por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB); a melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde; e a reordenação da formação médica no país, com expansão de cursos de graduação e vagas de residência médica (BRASIL, 2013).

No eixo da formação, a lei estabeleceu como meta que os programas de residência médica passassem a ofertar vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação, a ser implementada progressivamente até dezembro de 2018 (BRASIL, 2013, Art. 10), sinalizando o reconhecimento da residência como etapa indissociável da formação médica completa.

Em paralelo, foram aprovadas em junho de 2014 as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em medicina, por meio da Resolução CNE/CES n.º 3/2014 do Conselho Nacional de Educação, que reafirmaram o perfil generalista do egresso, a centralidade da Atenção Primária à Saúde na formação e a integração dos estudantes aos serviços do SUS desde os primeiros anos do curso (BRASIL, 2014). Oliveira et al. (2019), ao avaliarem a implementação do eixo de formação do PMM entre 2013 e 2015, registraram avanços expressivos na criação de novos cursos em regiões com baixa densidade médica e na expansão de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade, identificando como principal desafio a garantia de campos de prática de qualidade e a consolidação de modelos pedagógicos efetivamente alinhados às DCN.

Santos Júnior et al. (2021) apontam que a expansão de vagas não foi acompanhada de mecanismos efetivos de fixação dos egressos nas localidades de

instalação dos cursos, constituindo lacuna central no desenho da política. Para esses autores, a simples criação de escolas médicas em regiões deficitárias não produz automaticamente mudanças na distribuição geográfica dos profissionais formados – exigindo, para isso, estratégias complementares de vinculação dos egressos aos serviços locais de saúde.

Moura, Costa e Cavalcante (2025) acrescentam que a seleção de municípios para instalação das novas escolas privadas — que responderam pela maioria das vagas criadas — seguiu critérios que nem sempre priorizaram as regiões de maior déficit, limitando os potenciais ganhos de equidade da política. No conjunto desse debate, o curso de medicina da UNILA ocupa posição específica: criado em 2014 como escola pública federal, em região de fronteira, constitui ao mesmo tempo uma resposta ao eixo de formação do PMM e uma expressão da missão institucional particular da universidade que o abriga.

4.4 A UNILA, SUA MISSÃO DE INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA E O CURSO DE MEDICINA

A Universidade Federal da Integração Latino-Americana foi criada pela Lei n.º 12.189, de 12 de janeiro de 2010, com missão institucional singular no sistema federal de ensino superior brasileiro. Segundo o artigo 2.º da lei de criação, a UNILA tem por missão "formar recursos humanos aptos a contribuir com a integração latino-americana, com o desenvolvimento regional e com o intercâmbio cultural, científico e educacional da América Latina, especialmente no âmbito do Mercado Comum do Sul – MERCOSUL" (BRASIL, 2010).

A universidade está instalada em Foz do Iguaçu, cidade que compõe a tríplice fronteira com Ciudad del Este (Paraguai) e Puerto Iguazú (Argentina), território de intenso intercâmbio cultural, comercial e populacional, onde convivem comunidades de dezenas de nacionalidades. O Plano de Desenvolvimento Institucional 2025-2029 reafirma essa vocação, estruturando as ações da universidade em torno do internacionalismo solidário e da cooperação entre povos e nações da América Latina (UNILA, 2024).

O curso de medicina da UNILA, implantado em 2014 e com Projeto Pedagógico do Curso aprovado em consonância com as DCN de 2014 e os objetivos do PMM, prevê a formação de um egresso com perfil generalista, comprometido com

a equidade em saúde, sensível à diversidade cultural e apto a atuar nos sistemas de saúde dos países da região (UNILA, 2020).

Das seis primeiras turmas formadas entre 2020 e 2025, 36,4% dos egressos são estrangeiros provenientes de 16 países da América Latina e do Caribe, conferindo ao curso dimensão de integração concreta: a sala de aula e os cenários de prática clínica da UNILA são, por definição, espaços de convivência e formação conjunta entre estudantes de múltiplas nacionalidades e contextos culturais.

Essa composição multinacional traz, contudo, especificidades que demandam análise cuidadosa no que se refere à inserção profissional dos egressos estrangeiros. Não existem, na América Latina, acordos consolidados de reconhecimento automático de diplomas médicos entre os países membros do MERCOSUL ou da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), de modo que os egressos estrangeiros da UNILA que desejem exercer a medicina em seus países de origem necessitam submeter-se a processos nacionais de revalidação (CREMESP, 2020).

A ausência de equivalência automática de diplomas na região constitui, portanto, barreira estrutural que condiciona as trajetórias profissionais dos egressos estrangeiros da UNILA, tornando a permanência no Brasil uma via frequentemente mais acessível do que o retorno ao país de origem – com implicações relevantes para a avaliação da missão de integração da universidade.

O presente estudo é, até onde se teve conhecimento na revisão bibliográfica realizada, o primeiro a descrever sistematicamente o perfil e a situação profissional dos egressos do curso de medicina da UNILA. A ausência de estudos anteriores sobre essa população reforça a originalidade e a relevância da investigação, particularmente para o debate sobre os resultados das políticas de formação médica implementadas no âmbito do Programa Mais Médicos e sobre os desafios e possibilidades da integração regional na área da saúde.

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e analítico com os egressos do curso de medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). O estudo foi conduzido na modalidade de amostra, visando abranger uma parcela da população de egressos das seis primeiras turmas formadas entre 2020 e 2025, avaliando sua situação atual e o percurso realizado ao longo da graduação. O delineamento adotado permitiu verificar associações entre variáveis do período formativo – como modalidade de ingresso, participação em atividades extracurriculares e recebimento de bolsas – e desfechos profissionais, incluindo tipo e local de inserção no mercado de trabalho, ingresso em programas de residência médica e área de atuação.

5.1 FONTES DE DADOS

A coleta de informações ocorreu por meio de duas fontes principais. A primeira consistiu em dados fornecidos pelos próprios egressos, por meio de questionário eletrônico estruturado (Google Forms), divulgado inicialmente nas principais comunidades virtuais utilizadas pelos alunos e ex-alunos do curso — grupos de WhatsApp, Instagram e Facebook — e, em momento subsequente, por envio direto e individualizado a cada egresso por e-mail, WhatsApp, Instagram e Facebook. A segunda fonte compreendeu informações disponibilizadas pela Pró-Reitoria de Graduação da UNILA (PROGRAD), de maneira anonimizada, referente ao número de egressos formados, país de naturalidade, sexo, idade, ano de ingresso e egresso.

A combinação dessas fontes permitiu estabelecer relações entre a origem dos egressos e o percurso durante a graduação, de um lado, e os desfechos profissionais, de outro — especialmente em relação à distribuição geográfica, ao tipo de ocupação assistencial, ao setor de atuação (público ou privado) e à realização de residência médica ou pós-graduação.

5.2 INSTRUMENTO DE COLETA

O questionário aplicado foi estruturado em quatro eixos temáticos, acrescidos de um eixo complementar destinado exclusivamente aos egressos estrangeiros.

O primeiro eixo, de perfil sociodemográfico e de formação, reuniu dados pessoais, incluindo nome, data de nascimento, sexo, nacionalidade, local de

procedência antes do ingresso no curso de medicina, turma de graduação, recebimento de bolsas ou auxílios durante a graduação, local atual de moradia e trabalho, e realização de cursos complementares durante ou após a graduação.

O segundo eixo, sobre trajetória profissional e inserção no mercado de trabalho, abrangeu o tipo e o local do serviço de trabalho atual, a participação no Programa Mais Médicos ou programas equivalentes, o tipo de vínculo empregatício e de remuneração predominante, a faixa de remuneração mensal e a existência de fontes de renda suplementares.

O terceiro eixo contemplou a formação especializada, com perguntas sobre a realização de residência médica, incluindo a eventual realização de preparatório para as provas de seleção, o tempo decorrido entre a graduação e a aprovação, a especialidade escolhida, o local de realização do programa e a realização de subespecialização.

O quarto eixo tratou da formação complementar além da residência médica, investigando a realização de programas de pós-graduação lato sensu, mestrado, doutorado ou cursos livres, bem como o tipo de instituição e a área do conhecimento correspondente.

O eixo complementar, aplicado exclusivamente aos egressos estrangeiros, investigou a situação atual em relação ao retorno ao país de origem, incluindo se já houve retorno, a pretensão de retornar no futuro e o prazo esperado para tal.

5.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados em três etapas sequenciais: análise descritiva, análise bivariada e análise multivariada.

5.3.1 Análise descritiva

As variáveis categóricas – como sexo, nacionalidade, tipo de atuação profissional e especialidade médica – foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas (percentuais). As variáveis contínuas – como tempo até aprovação na residência médica e faixa de remuneração – foram avaliadas quanto à sua distribuição pelo teste de Shapiro-Wilk e descritas por medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil), conforme a aderência ou não à distribuição normal.

5.3.2 Análise bivariada

As associações de interesse foram testadas com adoção do nível de significância de $p < 0,05$. Para associações entre duas variáveis categóricas – como participação em gestão do Centro Acadêmico versus atuação na Atenção Primária à Saúde –, foi utilizado o teste do Qui-Quadrado de Pearson ou o Teste Exato de Fisher, em situações de baixas frequências esperadas. Para comparações de variáveis contínuas entre dois grupos independentes, foram utilizados o Teste t de Student ou o teste não paramétrico de Mann-Whitney, conforme a distribuição das variáveis. Para comparações envolvendo três ou mais grupos, foram aplicadas a Análise de Variância (ANOVA) ou o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

5.3.3 Análise multivariada

A análise multivariada foi utilizada para identificar preditores independentes da fixação profissional dos egressos na cidade de Foz do Iguaçu e região. Foi construído um modelo de regressão logística binária, tendo como variável dependente a fixação na região (sim/não) e como variáveis independentes: turma de graduação, sexo, nacionalidade (brasileira versus estrangeira), realização de residência médica em Foz do Iguaçu, recebimento de auxílio permanência durante a graduação e procedência prévia da região da tríplice fronteira. Os resultados foram expressos por meio de Odds Ratio (OR) com respectivos intervalos de confiança de 95%.

5.4 AVALIAÇÃO DA REPRESENTATIVIDADE DA AMOSTRA E VIÉS DE NÃO RESPOSTA

Por se tratar de um censo, a não resposta de parte dos egressos constitui limitação potencial. Para maximizar a taxa de resposta, foram empregadas estratégias progressivas de contato: divulgação inicial em comunidades virtuais coletivas, seguida de envio direto e personalizado a cada egresso pelos canais disponíveis.

Ao final do período de coleta, a representatividade da amostra obtida ($n = 156$) em relação à população total de egressos ($N = 312$) foi avaliada formalmente por meio de teste qui-quadrado de aderência, comparando a distribuição de sexo e de nacionalidade entre respondentes e não respondentes, com base nos registros institucionais disponíveis. A análise demonstrou representatividade adequada quanto ao sexo ($\chi^2 = 0,58$; $p > 0,10$), sem viés estatisticamente significativo. Em relação à nacionalidade, identificou-se sub-representação estatisticamente significativa dos egressos estrangeiros na amostra (28,2% versus 36,4% na população; $\chi^2 = 4,55$; $p <$

0,05), com maior impacto sobre os egressos paraguaios. Esse viés moderado é reconhecido como limitação do estudo, e os resultados referentes ao subgrupo de egressos estrangeiros devem ser interpretados com cautela adicional.

5.5 AVALIAÇÃO DE QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil para avaliação ética e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) competente, em conformidade com a Resolução CNS n.º 466/2012. Após análise, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNILA (CEP/UNILA) sob o parecer nº 8.049.109 e CAAE: 94398325.6.0000.0483.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e a natureza voluntária da pesquisa, sendo a participação condicionada ao preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em formato digital. O projeto foi também apresentado à divisão responsável da UNILA, por meio do Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza (ILACVN).

6 RESULTADOS

6.1 PERFIL GERAL DOS EGRESSOS

6.1.1 Dados demográficos gerais e representatividade da amostra

Segundo dados obtidos de registros institucionais da Pró-Reitoria de Graduação da UNILA (PROGRAD) a partir de relatório anonimizado sobre discentes graduados, o curso de medicina formou, até o período de coleta de dados (março de 2026), um total de 312 egressos distribuídos em seis turmas, sendo 161 do sexo feminino (51,6%) e 151 do sexo masculino (48,39%), além de 199 de nacionalidade brasileira (63,78%) e 113 estrangeiros (36,21%). Estes dados, apesar de conterem poucas variáveis disponíveis (sexo, nacionalidade, semestre de ingresso e de egresso) devido a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD - Lei nº 13.709/2018), permitem descrever com exata precisão o perfil demográfico de toda a população estudada (principalmente, sexo e país de procedência).

Além disso, permite avaliar a representatividade da amostra obtida pela resposta ao questionário divulgado, de análises a partir dos resultados obtidos sobre recortes populacionais específicos na discussão, além de permitir a detecção de vieses de não-resposta com testes formais. O questionário eletrônico divulgado para a presente pesquisa obteve 156 respostas válidas, correspondendo a uma taxa de resposta de 50,0% se considerado o número de egressos atualmente em 312, pelos dados fornecidos previamente pela PROGRAD – UNILA. Com esse dado, considerando nível de confiança de 95% ($Z = 1,96$), população finita de 312 ($N = 312$), amostra de 156 ($n = 156$) e heterogeneidade de 0,5 (50%), foi possível calcular o Erro Padrão da Proporção em 0,04003, o Fator de Correção para uma População Finita (FPC) em 0,70824 e então, a margem de erro para amostra, de $\pm 5,56\%$.

Assim, é possível afirmar que a pesquisa contou com uma amostra de 156 egressos de um universo total de 312 (taxa de resposta de 50%), concluindo que para este tamanho amostral, a margem de erro calculada foi de 5,56%, considerando um nível de confiança de 95% e uma distribuição de respostas de 50% (máxima variabilidade).

A representatividade da amostra em relação à população também foi avaliada formalmente por meio do teste qui-quadrado de aderência. A distribuição por sexo na amostra (54,5% feminino; 45,5% masculino) não diferiu estatisticamente da

distribuição populacional (51,6% feminino; 48,4% masculino; $\chi^2 = 0,520$; $p = 0,471$), indicando ausência de viés de seleção por sexo.

Em relação à nacionalidade, identificou-se sub-representação estatisticamente significativa de egressos estrangeiros na amostra (28,2% versus 36,21% na população; $\chi^2 = 4,34$; $p = 0,037$). Essa limitação é reconhecida e os resultados referentes ao subgrupo de egressos não brasileiros devem ser interpretados com cautela.

A distribuição por turma revelou variação na taxa de resposta entre as coortes, com predomínio de respondentes das turmas mais recentes. Esses dados detalhados por turma estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Taxa de resposta por turma, Foz do Iguaçu, 2026

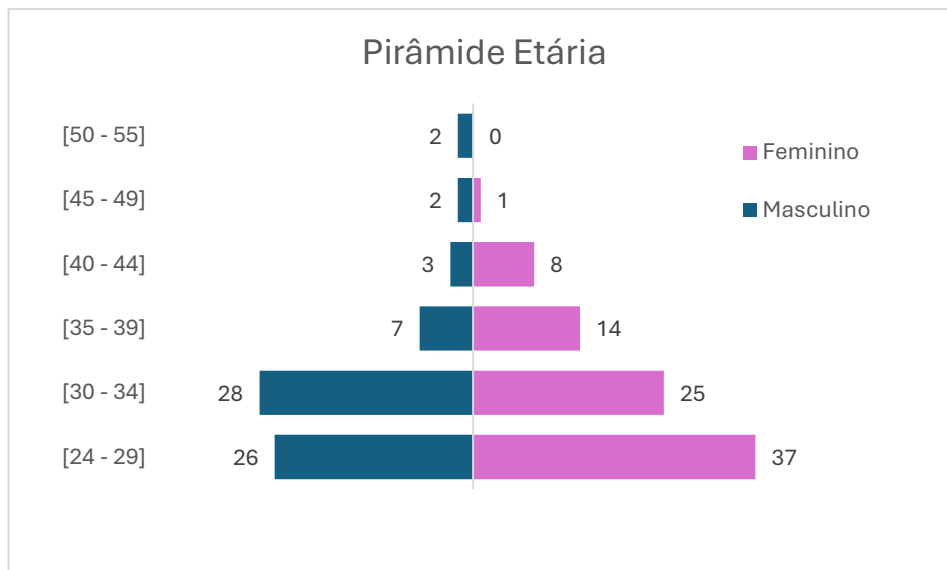
Turma	Ano de formação	Total de egressos (N)	Respondentes (n)	Taxa de resposta (%)
Turma 1	2020	56	20	35,71%
Turma 2	2020/2021	46	22	47,83%
Turma 3	2021/2022	50	24	48,00%
Turma 4	2023	63	32	50,79%
Turma 5	2024	44	23	52,27%
Turma 6	2025	53	35	66,04%
Total	2020–2025	312	156	50,0%

Fonte: dados institucionais da UNILA e questionário eletrônico aplicado (2026).

6.1.2 Dados gerais e demográficos

Entre os respondentes, 85 eram do sexo feminino (54,5%) e 71 do sexo masculino (45,5%). A faixa etária predominante situou-se entre 24 e 34 anos, concentrando 74,35% da amostra, o que é compatível com o tempo decorrido desde a primeira formatura em 2020. A distribuição etária por sexo está representada por uma pirâmide etária conforme a figura 1.

Figura 1 - Pirâmide etária dos respondentes ao questionário eletrônico, Foz do Iguaçu, 2026



Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

A participação de cada uma das 6 turmas formadas em relação ao total obtido de respostas ao questionário eletrônico aplicado está ilustrada na tabela 2.

Tabela 2 - Respostas de cada turma formada em relação ao total obtido, Foz do Iguaçu, 2026

Turma	Respostas	Relação ao total (%)
Turma 1	20	12,82%
Turma 2	22	14,10%
Turma 3	24	15,38%
Turma 4	32	20,51%
Turma 5	23	14,74%
Turma 6	35	22,44%
Total	156	100,00%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

A amostra incluiu egressos de 15 nacionalidades distintas. Os brasileiros representaram 71,79% dos respondentes (n = 112) e os estrangeiros 28,2% (44), com destaque para paraguaios (12,18%; n = 19), colombianos (3,2%; n = 5) e argentinos (2,56%; n = 4). Os egressos de demais países da América Latina somaram 10,25%

(n = 16), conforme a tabela 3. Entre os brasileiros, estão 16 diferentes unidades federativas de procedência.

Tabela 3 – Nacionalidade dos participantes, Foz do Iguaçu, 2026

Nacionalidade	Respostas	%
Brasil	112	71,79%
Paraguay	19	12,18%
Colômbia	5	3,21%
Argentina	4	2,56%
Peru	3	1,92%
Chile	2	1,28%
Costa Rica	2	1,28%
República Dominicana	2	1,28%
Bolívia	1	0,64%
El Salvador	1	0,64%
Equador	1	0,64%
Guatemala	1	0,64%
Haiti	1	0,64%
Honduras	1	0,64%
Venezuela	1	0,64%
Total	156	100%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

É interessante destacar a distribuição dos locais de origem dos egressos brasileiros (112). Destes, 49 são procedentes do estado do Paraná (43,75%), com destaque para a cidade de Foz do Iguaçu, de onde eram originários 15 respondentes, além de 7 de Cascavel e 4 de Curitiba. São Paulo foi o segundo estado de maior procedência (16,96%; n = 19), seguido por Minas Gerais (9,82%; n = 11), Rio de Janeiro (8,04%; n = 9) e demais estados, conforme a tabela 4. Quanto à origem geográfica, 21,4% dos brasileiros eram provenientes de capitais ou regiões metropolitanas (n = 24), enquanto 78,6% tinham origem em municípios do interior (n = 88).

Considerando “Foz do Iguaçu e região” como compreendendo além dos municípios da 9ª Regional de Saúde, para também os municípios da região

metropolitana de Ciudad del Este (PY) e Puerto Iguazú (AR), os egressos procedentes dessa região são 31, ou 19,87% dos egressos respondentes à pesquisa.

Tabela 4 – Unidades federativas de origem dos respondentes, Brasil, 2026

Estado da Federação	Respostas	%
Paraná	49	43,75%
São Paulo	19	16,96%
Minas Gerais	11	9,82%
Rio de Janeiro	9	8,04%
Santa Catarina	7	6,25%
Rio Grande do Sul	5	4,46%
Distrito Federal	2	1,79%
Rio Grande do Norte	2	1,79%
Alagoas	1	0,89%
Bahia	1	0,89%
Espírito Santo	1	0,89%
Goiás	1	0,89%
Maranhão	1	0,89%
Pará	1	0,89%
Paraíba	1	0,89%
Rondônia	1	0,89%
Total	112	100%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

6.2 PERCURSO ACADÊMICO

6.2.1 Atividades extracurriculares

A participação em atividades extracurriculares foi referida por 143 dos 156 respondentes (91,66%). Entre as modalidades declaradas, extensão universitária foi a mais frequente (72,43%; n = 113), seguida de monitoria (62,82%; n = 98), iniciação científica (36,53%; n = 57), gestão no Centro Acadêmico (27,56%; n = 43), gestão na Associação Atlética (17,94%; n = 28) e representação discente em conselhos e colegiados (15,38%; n = 24).

Ao ser estratificada por nacionalidade, a participação em atividades extracurriculares foi significativamente maior entre os egressos brasileiros (95,5%; n = 107) em comparação com os estrangeiros (81,8%; n = 36). A aplicação do teste de significância para estes achados permite obter valor de $\chi^2 = 7,78$ e valor de $p = 0,005$ (ou seja, $p < 0,05$), indicando que há uma diferença estatisticamente significativa consistente, e que os estudantes brasileiros participam mais de atividades extracurriculares que os estrangeiros. Essa diferença pode refletir barreiras de adaptação ao contexto universitário brasileiro, menor integração às redes informais de divulgação das oportunidades extracurriculares, ou ainda o peso maior das demandas de moradia e trabalho que recaem sobre estudantes estrangeiros.

O resultado obtido em relação a participação discente no Centro Acadêmico chama atenção, pelo alto valor obtido de que 27,56% dos egressos passaram pela gestão do Centro Acadêmico. Isso poderia indicar um forte protagonismo estudantil, ou uma simples ocupação do espaço pelo benefício da certificação de participação, útil para aprovação em alguns processos seletivos para residência médica. Além disso, há a possibilidade de um viés de resposta – já que uma maior atuação no CA gera maior interesse e engajamento, possivelmente aumentando a taxa de resposta ao questionário divulgado aos egressos.

Analisando a diferença entre os egressos que fizeram residência e aqueles que não fizeram, foi possível observar que 95,31% dos alunos que entraram em residência médica realizaram ao longo da graduação alguma atividade extracurricular (61), enquanto essas atividades foram realizadas por 89,13% dos egressos que não fizeram residência (82).

6.2.2 Auxílios financeiros e bolsas estudantis

Ao longo da graduação, 98 dos 156 respondentes (62,8%) receberam algum tipo de bolsa ou auxílio financeiro, ocorrendo em parte dos casos o recebimento de diferentes bolsas ao longo do percurso acadêmico, conforme mostra a tabela 5. Entre os diferentes tipos de bolsa e auxílio, há destaque para bolsa de extensão (recebida por 35,6% dos respondentes), bolsa de monitoria (recebida por 28,21% dos respondentes), bolsa de pesquisa (recebida por 16,03% dos respondentes) e os auxílios de permanência/alimentação/moradia (recebida por 25% dos respondentes).

Tabela 5 - Recebimento de bolsas e auxílios ao longo da graduação, Foz do Iguaçu, 2026

Tipo do Auxílio / Bolsa	Frequências	%
Bolsa de Extensão	55	35,26%
Bolsa de Monitoria	44	28,21%
Auxílio Permanência (Alimentação/Moradia)	39	25,00%
Bolsa de Pesquisa	25	16,03%
Não recebeu qualquer tipo de auxílio financeiro ou bolsa	59	37,82%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

O grupo respondente que não recebeu nenhum tipo de auxílio financeiro ou bolsa ao longo da graduação (58), é detalhado na tabela 6, sendo composto por 71,42% de brasileiros (40), 24,13% de paraguaios (14), além de 5,35% de argentinos (3) e 1,72% bolivianos (1).

Tabela 6 - Grupo sem recebimento de bolsa ou auxílio ao longo da graduação, Foz do Iguaçu, 2026

País de procedência	Frequências	%
Brasil	40	68,97%
Paraguay	14	24,14%
Argentina	3	5,17%
Bolívia	1	1,72%
Total	58	100,00%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

Dos brasileiros respondentes à pesquisa (112), 64,29% (72) informaram recebimento de algum tipo de auxílio financeiro ao longo da graduação (permanência, alimentação, moradia) e/ou bolsa (monitoria, pesquisa, extensão), enquanto 31,71% (40) informaram não terem recebido qualquer tipo de auxílio ou bolsa durante a graduação. Do total de brasileiros, 17,85% (20) receberam algum auxílio de permanência durante a graduação, independente dos demais tipos de bolsa.

Dos paraguaios respondentes (19), 26,32% (5) informaram recebimento de algum tipo de auxílio financeiro ao longo da graduação (permanência, alimentação, moradia) e/ou bolsa (monitoria, pesquisa, extensão), enquanto 73,68% (14)

informaram não terem recebido qualquer tipo de auxílio ou bolsa durante a graduação. Do total de paraguaios, 10,52% (2) receberam algum auxílio de permanência durante a graduação, independente dos demais tipos de bolsa.

Como apresentado na tabela 7, a estratificação por nacionalidade revelou importante gradiente: 64,29% dos brasileiros (72) e 26,32% dos paraguaios (5) receberam algum tipo de bolsa ou auxílio, enquanto entre os demais egressos estrangeiros (excluindo Paraguay e Argentina) essa proporção foi de 95,24% (n = 20; N = 21), reflexo da política institucional de auxílios direcionados a estudantes estrangeiros em situação de vulnerabilidade econômica provenientes de países com menor IDH.

Tabela 7 - Recebimento de bolsa ou auxílio por nacionalidade, Foz do Iguaçu, 2026

País de procedência	Número de egressos que recebeu alguma bolsa ou auxílio	% em relação à nacionalidade
Brasil	72	64,29%
Paraguay	5	26,32%
Argentina	1	25,00%
Demais nacionalidades	20	95,24%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

6.3 INSERÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

6.3.1 Distribuição geográfica atual

A análise da localização atual de moradia e trabalho revelou que os egressos estão distribuídos em todas as regiões do Brasil e em um país estrangeiro. O Paraná concentrou a maioria dos respondentes: 40 egressos trabalham regularmente em Foz do Iguaçu e municípios da 9ª Regional de Saúde, sendo 80% brasileiros (32) e 20% estrangeiros (8), (25,64% do total de 156 respondentes, ou 26,49% dos 151 que exercem a medicina), e outros 47 estão trabalhando no restante do estado (31,12%). Ao todo, dos 151 que exercem a medicina, 57,61% trabalham no Paraná (n = 87). São Paulo foi o segundo principal destino (22,51%; n = 34), seguido pelo Rio de Janeiro (4,63%; n = 7) e Santa Catarina (4,63%; n = 7). Apenas um egresso relatou residir e trabalhar fora do Brasil (Lima, Peru).

Para a análise da alocação de egressos em municípios de pequeno ou grande porte, foi utilizando o ponto de corte de 500.000 habitantes, assim como realizado no

estudo da Demografia Médica no Brasil 2023 (SCHEFFER et al., 2023). Nesse sentido, foi obtido que entre as 153 respostas válidas para esse campo de resposta no questionário (desconsideradas 3 respostas de egressos no exterior ou sem indicação correta do município), 64,05% estão atualmente em cidades com menos de 500.000 habitantes (98) e 35,94% estão em capitais ou cidades com mais de 500.000 habitantes (55).

Atualmente, do total de 32 brasileiros que atualmente estão trabalhando em Foz do Iguaçu e região (9ª Regional de Saúde do Paraná), 11 são procedentes de Foz do Iguaçu e região - Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Medianeira –, e 21 são originários de outras localidades. Dos estrangeiros que trabalham atualmente em Foz do Iguaçu e região (8), 4 são procedentes do Paraguai (50%), 2 da Argentina (25%), 1 do Equador (12,5%) e 1 da Venezuela (12,5%).

6.3.2 Fixação em Foz do Iguaçu e região

Em relação à turma dos egressos fixados profissionalmente (exercendo a profissão) em Foz do Iguaçu e região, foi possível verificar quanto cada turma de egressos possui de contribuição ao total de egressos fixados na região, conforme o exposto na tabela 8.

Tabela 8 - Egressos em Foz do Iguaçu e região por turma, Foz do Iguaçu, 2026

Turma	Egressos em Foz do Iguaçu e região	%
Turma 1	4	10,00%
Turma 2	9	22,50%
Turma 3	6	15,00%
Turma 4	13	32,50%
Turma 5	2	5,00%
Turma 6	6	15,00%
Total	40	100,00%

Fonte: questionário eletrônico aplicado, 2026

Tratando da taxa de fixação no município e região a partir de cada turma isolada, conforme a tabela 9, é possível observar que a menor taxa de fixação no município foi da turma 5, de 8,7%, e a maior taxa da turma 2, de 40,91%.

Tabela 9 - Taxa de fixação em Foz do Iguaçu e região por turma, Foz do Iguaçu, 2026

Turma	Egressos fixados na região	Total por turma	% de fixação
Turma 1	4	20	20,00%
Turma 2	9	22	40,91%
Turma 3	6	24	25,00%
Turma 4	13	32	40,63%
Turma 5	2	23	8,70%
Turma 6	6	35	17,14%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

Analisando estes resultados, a taxa geral de fixação dos egressos em Foz do Iguaçu foi de 25,64% ($\pm 4,85\%$, IC 95%). Ao estratificar os resultados por coortes, o Teste de Qui-Quadrado revelou heterogeneidade estatisticamente significativa na fixação entre as diferentes turmas ($\chi^2 = 11,6$; gl = 5; p = 0,041). Observou-se que as taxas de permanência oscilaram e maior grau entre 8,7% (Turma 5) e 40,9% (Turma 2). Os resíduos padronizados indicam que as turmas 2 e 4 apresentaram uma fixação acima do esperado, enquanto as turmas mais recentes (5 e 6) demonstraram uma tendência de menor fixação, sugerindo uma possível saturação do mercado local ou mudança no perfil de retenção dos novos profissionais.

6.3.3 Tipo de serviço da atuação profissional

Em relação à atual ocupação profissional principal (onde passam maior parte do tempo trabalhando ou de onde provém a maior parte da atual remuneração), há destaque para atuação em Unidade Básica de Saúde (UBS), local onde trabalham predominantemente 40,38% dos egressos participantes da pesquisa (63) seguido de hospitais de rede pública, onde trabalham 17,31% (27) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 14,74% (23), conforme a tabela 10. Entre as repostas, 2,5% dos respondentes relataram não exercer a medicina atualmente (4), sendo 1 deles por estar estudando para provas de residência e 3 por outros motivos.

Tabela 10 - Tipo de serviço de atuação profissional predominante, Brasil, 2026

Tipo de serviço	Respostas	%
Unidade Básica de Saúde (UBS)	63	40,38%
Hospital de rede pública	27	17,31%
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	23	14,74%

Hospital de rede privada	13	8,33%
Hospital filantrópico ou sem fins lucrativos	9	5,77%
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou Atendimento Pré-Hospitalar	4	2,56%
Consultório ou Clínica Particular	3	1,92%
Outros serviços diversos (públicos e privados)	10	6,41%
Não exercício da medicina	4	2,56%
Total	156	100%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

Considerando o conjunto dos egressos que trabalham (N = 151), 80,13% atuam majoritariamente no setor público (n = 121) e 19,86% no setor privado (n = 30). A análise da relação entre nacionalidade e setor de atuação profissional apresentou um $\chi^2 = 3,61$ com um p-valor de 0,057. Embora o resultado não tenha atingido o nível de significância estatística convencional ($p < 0,05$), observa-se uma tendência marginal que sugere uma maior concentração de estrangeiros no setor público (90,2% deste grupo) em comparação aos brasileiros (76,4%). Essa proximidade com o limite de significância poderia indicar que, com uma amostra ligeiramente maior, a nacionalidade poderia se confirmar como um fator influente na alocação do setor de trabalho.

6.3.3.1 Tipo de serviço de atuação em Foz do Iguaçu e região

Em relação ao tipo de atuação desempenhada pelos profissionais que permaneceram em Foz do Iguaçu e região, há destaque para alocação em Unidades Básicas de Saúde (UBS) por cerca de 38,1% destes, além de outros tipos de serviços, como demonstrado na tabela 11.

Tabela 11 - Tipo de serviço de atuação profissional predominante, Foz do Iguaçu e região, 2026

Tipo de serviço	Respostas	%
Unidade Básica de Saúde (UBS)	16	38,10%
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	8	19,05%
Hospital de rede pública	5	11,90%
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou Atendimento Pré-Hospitalar	4	9,52%
Hospital de rede privada	3	7,14%

Hospital filantrópico ou sem fins lucrativos	2	4,76%
Perícia Médica (prefeitura do município)	1	2,38%
Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar privado	1	2,38%
Não exercício da medicina	2	4,76%
Total	42	100%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

6.3.4 Programa Mais Médicos (PMM)

6.3.4.1 Participação atual dos egressos no PMM

Em relação a atuação no Programa Mais Médicos, 21,2% indicaram estar atuando no programa atualmente (33), 12,8% relataram já ter trabalhado no programa anteriormente (20) e 66% não trabalham nem trabalharam anteriormente (103), conforme demonstrado pelos achados na tabela 12. Dessa forma, 34% dos egressos respondentes atuam ou já atuaram no Programa Mais Médicos.

Tabela 12 - Atuação de egressos no Programa Mais Médicos (PMM), Brasil, 2026

Atuação no PMM	Respostas	%
Nunca atuou no PMM	103	66,03%
Atualmente no PMM	33	21,15%
Atuou no passado	20	12,82%
Total	156	100%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

Ao todo, 34,0% dos respondentes atuam ou já atuaram no Programa Mais Médicos (n = 53): 21,2% estão no programa no momento da coleta (n = 33) e 12,8% participaram no passado (n = 20). A análise por turma revelou tendência de maior participação corrente nas turmas mais recentes (Turma 5: 34,78%; Turma 4: 28,1%), refletindo a utilização do programa como porta de entrada no mercado de trabalho antes da realização da residência médica. A tabela 13 ilustra a participação no PMM por turma, incluindo valor percentual em relação ao total atualmente participante no programa.

Tabela 13 - Participação no atual e pregressa no Programa Mais Médicos (PMM) por turma de graduação e em relação ao total de egressos respondentes, Brasil, 2026

Turma	Nunca atuou no PMM	Já atuou no PMM		Participação atual (%)
		No passado	Atua no presente	
Turma 1	18	2	0	0,00%
Turma 2	20	0	2	9,09%
Turma 3	16	3	5	20,83%
Turma 4	12	11	9	28,13%
Turma 5	12	3	8	34,78%
Turma 6	25	1	9	25,71%
Total	103	20	33	100,00%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

É possível identificar diferenças na atuação no programa em cada turma, conforme a tabela 14, relacionando cada uma das turmas à atuação passada ou atual no PMM.

Tabela 14 - Relação de egressos por turma e atuação em valores percentuais (%) no Programa Mais Médicos (PMM), Brasil, 2026

Turma (ano da graduação)	Em relação ao PMM (%)		
	Atua no presente	Atuava no passado	Nunca atuou
Turma 1 (2020)	0%	10,00%	90,00%
Turma 2 (2020/2021)	0%	9,90%	90,90%
Turma 3 (2021/2022)	20,83%	12,5%	66,66%
Turma 4 (2023)	28,12%	34,37%	37,5%
Turma 5 (2024)	34,78%	13,04%	52,17%
Turma 6 (2025)	25,71%	2,85%	71,42%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

6.3.4.2 Nacionalidade e participação no PMM

Em relação à nacionalidade, dos que nunca trabalharam no PMM (103), 76,69% são brasileiros (79) e 23,3% estrangeiros (24), e dos que trabalham ou já trabalharam no PMM (53), 62,26% são brasileiros (33) e 37,73% são estrangeiros (20). Entre os brasileiros (112), 70,53% nunca trabalharam no PMM (79) e 29,46% trabalham ou já trabalharam no passado (33). Já entre os estrangeiros (44), 54,54%

nunca trabalharam no PMM (24) e 45,45% trabalham ou já trabalharam no passado (20).

Analisando esses dados, é possível verificar que a proporção dos egressos estrangeiros que já trabalhou no programa (45,5%) foi superior à dos egressos brasileiros (29,5%). Contudo, o Teste de Qui-Quadrado de Independência revelou que essa diferença não atingiu significância estatística ($\chi^2 = 3,60$; $gl = 1$; $p = 0,058$). O resultado indica uma tendência marginal, sugerindo que, embora os estrangeiros apresentem uma adesão proporcionalmente maior ao programa, tal associação não pode ser confirmada como estatisticamente significativa dentro do limite de confiança de 95% adotado nesta pesquisa. Devido ao diminuído tamanho da amostra, foi aplicado o Teste Exato de Fisher para avaliar essa associação entre nacionalidade e atuação no programa Mais Médicos. O teste revelou um p-valor de 0,063, confirmando a ausência de significância estatística ao nível de 5%, embora reforce a tendência de maior participação proporcional entre os egressos estrangeiros.

Nesse sentido, é possível também analisar a magnitude de efeito por meio da Razão de Chances (Odds Ratio), que demonstra que egressos estrangeiros apresentam uma probabilidade aproximada de duas vezes superior de atuação no Programa Mais Médicos em comparação aos brasileiros (OR = 1,996; IC 95%: 0,97 – 4,09). Entretanto, o Teste Exato de Fisher revelou que essa associação apresenta uma significância marginal ($p = 0,063$), não atingindo o limiar convencional de 5%. O fato de o intervalo de confiança abranger a unidade (1,0) reforça que, embora exista uma tendência prática de maior adesão por parte de estrangeiros, os dados atuais não permitem uma generalização estatística definitiva para a população total.

6.3.4.3 Localização geográfica e participação no PMM

Dos respondentes atuantes no Brasil e que nunca trabalharam no programa (101), 31,68% estão atualmente em capitais ou suas regiões metropolitanas (32) e 68,31% no interior (69), sendo 31,68% em Foz do Iguaçu e região (32). Os que já trabalharam no PMM (20), 35% estão atualmente em capitais ou suas regiões metropolitanas (7) e 65% no interior (13), sendo 15% em Foz do Iguaçu e região (3). Dos que trabalham atualmente no PMM (33), 12,12% estão atualmente em capitais ou suas regiões metropolitanas (4) e 87,87% no interior (29), sendo 21,21% em Foz do Iguaçu e região (7).

Os dados sobre a alocação atual dos egressos dentro da divisão relatada anteriormente de Scheffer et al. (2023) de municípios com menos de 500.000

habitantes e capitais ou municípios com mais de 500.000 habitantes foram relacionados com as informações sobre participação no PMM, para verificar o efeito da participação ou não no programa em relação à interiorização, provimento e fixação de médicos em locais de menor população, que são caracteristicamente deficitários em profissionais médicos no Brasil (SCHAFFER et al., 2023). Com a aplicação do Teste de Independência do Qui-Quadrado de Pearson, os resultados permitiram analisar essa relação entre o porte populacional dos municípios de fixação e a trajetória no PMM (participação atual, no passado ou não participação), não sendo observada associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 4,23$; $p = 0,121$). No entanto, a análise descritiva revela que a atuação atual no programa é proporcionalmente mais frequente em municípios com menos de 500 mil habitantes (26,5%) em comparação às capitais e grandes centros (12,7%). Por outro lado, a prevalência de egressos que nunca participaram do programa é superior nas grandes cidades (70,9%), sugerindo que, embora o PMM seja um importante vetor de inserção no interior, ele não é o único fator determinante da distribuição geográfica desses profissionais.

Outra abordagem aos dados obtidos é pela comparação entre o grupo que atuou no passado no PMM e não atua mais e o grupo que nunca atuou, comparando o atual local em que se encontram os egressos destes dois grupos (municípios com menos de 500.000 habitantes ou capitais ou municípios com mais de 500.000 habitantes). Os achados indicam que do grupo que atuava no PMM (20), 55% se encontram em cidades com menos de 500.000 habitantes (11) e do grupo que nunca atuou no programa (100), 61% se encontram nas cidades de menor população (61). Observa-se assim uma convergência no perfil de fixação geográfica, sem a existência de uma associação entre a participação programa no passado e fixação atual em cidades de menor porte ($\chi^2 = 0,25$; $p = 0,617$). Esse achado é fundamental, pois demonstra que, uma vez encerrado o vínculo contratual, o comportamento geográfico do ex-participante do PMM se iguala ao do médico que nunca esteve no programa em relação a esses municípios de população até 500.000 habitantes.

6.3.4.4 Realização de residência médica e participação no PMM

Dos que trabalham atualmente no PMM, 84,84% não realizaram residência médica, mas possuem interesse futuro (28), 9,09% não realizaram residência e não desejam (3) e 6,06% realizam residência médica concomitantemente (2). Dos que já trabalharam no programa e não trabalham mais, 65% iniciaram programa de residência médica (13) e 35% não realizaram residência médica, mas possuem

interesse futuro (7). Destes que já atuaram no PMM e iniciaram residência médica, é possível observar predomínio de escolha por especialidades clínicas (10), mas não sendo um predomínio da escolha por MFC (1).

6.3.5 Remuneração

6.3.5.1 Tipo de remuneração

Entre os meios de remuneração, os resultados foram diversificados, mas refletem o cenário atual do mercado de trabalho na medicina, com grande prevalência de remuneração e pagamento via contratos de prestação de serviços e pagamento de plantões via pessoa jurídica, em detrimento de menor frequência de estabelecimento de vínculos empregatícios – contratação via Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) – ou concurso público. Não houve predomínio absoluto de um meio de remuneração específico, entretanto, 23,08% dos egressos respondentes possuem remuneração principal paga via pessoa jurídica por realização de plantões em serviços diversos, 21,15% recebimento via bolsa do PMM e 17,95% via bolsa de residência médica. Apesar do cenário atual relatado, 15,38% dos egressos respondentes à pesquisa recebem por meio vínculo empregatício devido a concurso público. Esses resultados estão disponíveis na tabela 15.

Tabela 15 - Tipo majoritário de recebimento de renda mensal, Brasil, 2026

Tipo de recebimento	Respostas	%
Recebimento via pessoa jurídica (PJ) – plantões em serviços diversos	36	23,08%
Bolsa PMMB	33	21,15%
Bolsa residência médica	28	17,95%
Concurso público	24	15,38%
Contrato de prestação de serviços médicos (fundações, prefeituras, empresas etc.)	16	10,26%
Recebimento via pessoa física (PF) – plantões em serviços diversos	9	5,77%
Emprego via CLT	5	3,21%
Outros	2	1,28%
Não trabalha / Não informado	3	1,92%
Total	156	100,00%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

6.3.5.2 Faixas de remuneração

Em relação às faixas de remuneração mensal, a maior concentração de respondentes situou-se na faixa de R\$ 15.000 a R\$ 20.000 (24,35%; n = 38), seguida pela faixa de R\$ 11.000 a R\$ 15.000 (19,23%; n = 30) e pela faixa de R\$ 20.000 a R\$ 25.000 (11,53%; n = 18). Além disso, a maior parte dos egressos, 72,43% (n = 113), possui remuneração acima dos R\$ 11.000,00 mensais.

Nas faixas de menores valores de remuneração, 5,13% relataram renda de 8.000,00 a 11.000,00 (8), 4,49% de 5.000,00 a 8.000,00 (7) e 11,54% de até 5.000,00 (18). Nestes grupos estão em maior frequência os egressos que estão em programas de residência médica, o que justifica o contraste com o restante das respostas com maiores remunerações mensais. Dos egressos na faixa de até R\$ 5.000 (N = 18), 94,44% estão fazendo residência (17), entre aqueles na faixa de R\$ 5.000 a R\$ 8.000 (N = 7) 85,71% estão na residência (6) e entre os egressos com rendimento de R\$ 8.000 a R\$ 11.000 (N = 8) 62,5% estão na residência (5), indicando que a remuneração nessas faixas de menor retorno se deve aos menores valores pagos pelas bolsas de residência (atualmente abaixo de R\$ 5.000) e menor disponibilidade dos profissionais para complementação de renda com outras atividades secundárias. Os resultados detalhados sobre as faixas de remuneração mensal estão disponíveis na tabela 16.

Tabela 16 - Faixas de remuneração mensal em reais (R\$), Brasil, 2026

Faixa em reais (R\$) de remuneração mensal	Respostas	%
Até R\$ 5.000	18	11,54%
De R\$ 5.000 a R\$ 8.000	7	4,49%
De R\$ 8.000 a R\$ 11.000	8	5,13%
De R\$ 11.000 a R\$ 15.000	30	19,23%
De R\$ 15.000 a R\$ 20.000	38	24,36%
De R\$ 20.000 a R\$ 25.000	18	11,54%
De R\$ 25.000 a R\$ 30.000	8	5,13%
De R\$ 30.000 a R\$ 35.000	9	5,77%
De R\$ 35.000 a R\$ 40.000	5	3,21%
De R\$ 40.000 a R\$ 45.000	2	1,28%
De R\$ 45.000 a R\$ 50.000	2	1,28%

Acima de R\$ 50.000	1	0,64%
Não trabalha atualmente	2	1,28%
Prefere não informar	8	5,13%
Total	156	100,00%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

6.3.5.3 Tipo de recebimento

Na faixa dos R\$ 11.000 a R\$ 15.000, observa-se heterogeneidade nas respostas (30) sobre modalidades de composição de renda, com destaque para 53,33% via bolsa do PMM (16), 20% via recebimento por PJ por plantões em serviços diversos (6) e 16,66% via contrato de prestação de serviços médicos (5). Da mesma forma, na faixa dos R\$ 15.000 a R\$ 20.000 (38), há destaque para 34,21% via bolsa do PMM (13), 28,94% via recebimento por PJ ou PF por plantões em serviços diversos (11), 15,78% via concurso público (6), 10,52% via contrato de prestação de serviços médicos (4), 5,26% via CLT (2) e 5,26% via bolsa de residência (2).

Nas faixas de rendimento de R\$ 20.000 a R\$ 30.000 (26), há maior frequência de recebimento devido a regimes empregatícios com maior estabilidade, como por concursos públicos, com 38,46% destes nessa faixa de remuneração (10), 11,53% via CLT (3) e 7,69% via contratação de serviços médicos (2), além de 30,76% via recebimento por PJ por plantões em serviços diversos (8) e 11,53% via bolsa do PMM (3).

Já nas faixas de remuneração mais elevadas, englobando de R\$ 30.000 a R\$ 50.000 e acima de R\$ 50.000, há homogeneidade dos resultados, mas por meios de recebimento e contratação específicos, com peso proporcional ainda maior de vínculos empregatícios com maior estabilidade. Nestas faixas de remuneração mensal (19), há destaque para 26,31% de recebimento via concursos públicos (5), além de 47,36% via recebimento por PJ ou PF por plantões em serviços diversos (9) e 15,78% via contratação de serviços médicos (3).

6.3.5.4 Renda suplementar

Além da remuneração obtida pela assistência médica principal, indicada como local de maior atuação ou maior parte da renda mensal obtida, os participantes indicaram outras fontes de renda, conforme se observa pela tabela 17. Dos respondentes, 53,84% informaram que possuem fonte de renda alternativa ou suplementar (84) e 46,15% não a possui (72). Neste primeiro grupo, houve destaque

para 32,1% que relataram como fonte de renda suplementar principalmente plantões médicos em diferentes serviços (50), 18,6% com investimentos no mercado financeiro (29), 11,5% com atuação em telemedicina (18), 9,6% com consultório ou clínica particular (15), 7,7% com empreendimentos imobiliários (12), 4,5% com preceptoría (7) e 2,6% com docência no nível superior (4).

Tabela 17 - Fontes de renda além da renda pela atividade profissional principal relatada, Brasil, 2026

Tipo de renda suplementar	Respostas
Plantões médicos em diferentes serviços	50
Investimentos no mercado financeiro	29
Telemedicina	18
Consultório / Clínica particular	15
Empreendimento imobiliários	13
Preceptoría	7
Docência em ensino superior	5
Não possui renda suplementar	70

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

6.4 RESIDÊNCIA MÉDICA

6.4.1 Realização de residência médica

6.4.1.1 Atual situação dos egressos em relação à especialização

Dos 156 respondentes, 64 realizaram ou estão realizando residência médica (41,0%): 42 estão em programa em andamento (26,92%), 18 já concluíram (11,53%) e 4 iniciaram e interromperam antes do término (2,56%). Outros 78 respondentes (50,0%) não realizaram residência, mas manifestaram intenção de realizá-la no futuro, e 14 (8,97%) declararam não ter interesse na especialização. A distribuição está representada na tabela 18.

Tabela 18 - Realização de residência médica, Brasil, 2026

Realização de residência médica	Respostas	%
Não realizou, mas pretende no futuro	78	50,00%
Atualmente em programa de residência	42	26,92%
Concluiu residência	18	11,54%

Não realizou e não pretende	14	8,97%
Interrompeu programa antes do término	4	2,56%
Total	156	100%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

6.4.1.2 Egressos brasileiros

Dos brasileiros respondentes (112), 11,6% já concluíram programa de residência (13), 29,46% estão realizando residência médica (33) e 2,67% iniciaram programa, mas abandonou antes do término (3), além de 43,75% que não realizou, mas pretende realizar no futuro (49) e 12,5% que não realizou e não deseja realizar residência médica no futuro (14). Analisando estes que não desejam realização no futuro, uma maioria de 92,85% possui remuneração acima dos R\$ 15.000 mensais (13), sendo 64,28% de renda acima dos R\$ 25.000 (9), além de neste grupo que não deseja se especializar 50% serem concursados em instituições públicas como fundações, prefeituras, estados, etc. (7), apontando possivelmente que a estabilidade financeira deste meio de contratação e perspectiva de aumento salarial comum a essas modalidades empregatícias atuam como importante fator para a não realização de especialização.

6.4.1.3 Egressos estrangeiros

Do total de estrangeiros respondentes (44), 11,36% já concluíram programa de residência (5), 20,45% estão realizando residência médica (9) e 2,27% iniciaram programa, mas abandonaram antes do término (1), além de 65,9% que não realizou, mas pretende realizar no futuro (29). Essa estratificação por nacionalidade revela que, entre os egressos estrangeiros que responderam ao questionário, não há nenhum que declare não pretender realizá-la — grupo que, entre os brasileiros, compreende 12,5% (n = 14; N = 112). Essa diferença pode estar relacionada à necessidade de os egressos estrangeiros realizarem a residência médica como forma de consolidar o exercício da medicina no Brasil.

6.4.1.4 Comparação entre egressos brasileiros e estrangeiros

A análise sobre a realização de residência médica sob a ótica da nacionalidade revela um cenário de homogeneidade entre os grupos. Apesar de a porcentagem de brasileiros que ingressaram em programa de residência (43,75%) ser maior que a de estrangeiros (34,09%), essa diferença de 9,6 pontos percentuais não é estatisticamente relevante. Esses achados podem ser encontrados na tabela 19.

Tabela 19 - Situação dos egressos em relação à residência médica, por nacionalidade, Brasil, 2026

Situação	Nacionalidade			
	Brasileiros (n = 112)	%	Estrangeiros (n = 44)	%
Não realizou, mas pretende no futuro	33	29,5%	9	20,5%
Atualmente em programa de residência	13	11,6%	5	11,4%
Concluiu residência	3	2,7%	1	2,3%
Não realizou e não pretende	49	43,8%	29	65,9%
Interrompeu programa antes do término	14	12,5%	0	0,0%
Total	112	100,0%	44	100,0%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

A aplicação do Teste de Qui-Quadrado de Independência confirmou a homogeneidade entre os grupos, não revelando associação significativa entre nacionalidade e formação em residência ($\chi^2 = 1,22$; gl = 1; p = 0,270). Esses achados sugerem que as trajetórias de especialização acadêmica tendem a ser semelhantes entre egressos nacionais e internacionais, sem evidências de barreiras preferenciais estatisticamente detectáveis neste quesito.

6.4.2 Processo de aprovação na residência

6.4.2.1 Tempo até aprovação na residência

Entre os 64 que realizaram ou realizam residência, 56,25% foram aprovados em menos de um ano após a graduação (n = 36) e 37,5% entre um e dois anos (n = 24). O tempo médio ponderado estimado até a aprovação, com cálculo estatisticamente mais conservador e rigoroso (considerando 1 ano completo para aqueles aprovados em até 1 ano, 2 anos para aqueles aprovados entre 1 a 2 anos, 3 anos para aqueles que demoraram de 2 a 3 anos e 5 anos para aqueles que demoraram de 3 a 5 anos até a aprovação) foi de aproximadamente 1,53 ano após a formatura. Apesar de metodologicamente o uso do limite máximo (como utilizar 2 anos completos para quem demorou um intervalo de 1 a 2 anos até a aprovação) incutir em um viés que envelhece artificialmente a amostra, o resultado de tempo médio

ponderado estimado até a aprovação de 1,53 ano após a graduação demonstra uma forte concentração de aprovações precoces, com 93,75% dos egressos iniciando a especialização em até dois anos após a conclusão do curso. Apenas uma parcela residual da amostra (6,25%) demandar de um intervalo superior a 2 anos para a inserção em programas de residência, evidenciando uma transição célere para a especialização entre os médicos formados pela UNILA. Esses dados estão na tabela 20 a seguir.

Tabela 20 - Tempo até aprovação em programas de residência médica, Brasil, 2026

Tempo até aprovação após a formação na UNILA (anos)	Respostas	%
Menos de 1 ano completo	36	56,25%
De 1 a 2 anos	24	37,50%
3 anos após formatura	3	4,69%
5 anos após formatura	1	1,56%
Total	64	100,00%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

6.4.2.2 Realização de preparatórios direcionados

Entre os respondentes que fazem ou fizeram residência (64), 67,18% fizeram algum tipo de preparatório (cursinhos, etc) para as provas de seleção (43), 21,87% estudaram para as provas, mas por conta própria (14) e 10,93% não teve nenhum tipo de preparatório (7). Entre os que demoraram menos de 1 ano até aprovação (36), 63,88% fizeram preparatórios (23), assim como 70,83% dos que demoraram de 1 a 2 anos até aprovação (17). Esses dados estão dispostos em sequência na tabela 21.

Tabela 21 - Realização de preparatório ou estudo por conta própria para as provas de residência médica, Brasil, 2026

Processo preparatório	Respostas	%
Realização de algum tipo de preparatório	43	67,19%
Preparo e estudo por conta própria	14	21,88%
Sem realização de preparatório específico	7	10,94%
Total	64	100,0%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

6.4.2.3 Comparação entre egressos brasileiros e estrangeiros

Em relação à análise do método de preparação para o ingresso na residência médica com a nacionalidade, os dados revelam um padrão de comportamento homogêneo entre egressos brasileiros e estrangeiros. Não foi encontrada associação significativa entre a nacionalidade e a modalidade de estudo adotada ($\chi^2 = 2,45$; $gl = 2$; $p = 0,292$). Foi observado que a maioria dos egressos da UNILA, independentemente da origem, optou pelo suporte de cursinhos preparatórios (65,3% dos brasileiros e 73,3% dos estrangeiros), evidenciando a busca de suporte especializado para a aprovação em concursos de residência no Brasil.

Além disso, com os dados sobre as variáveis nacionalidade, tempo até aprovação na residência e tipo de preparatório para os processos seletivos, foi possível realizar uma análise multivariada, uma abordagem que permitiu identificar se estratégias de estudo específicas favorecem grupos distintos de egressos, bem como se o suporte de cursinhos preparatórios ou maior período de tempo até aprovação compensaria eventuais barreiras linguísticas ou burocráticas enfrentadas por estrangeiros, equalizando o tempo de aprovação entre os grupos analisados.

Aplicando-se então a Análise de Variância (ANOVA), os resultados indicaram que o modelo global não foi estatisticamente significativo ($F(3,60) = 0,33$; $p = 0,801$), sugerindo que as variáveis analisadas não atuam como preditoras da celeridade no ingresso à programas de residência. Especificamente, não houve diferença significativa no tempo de aprovação entre brasileiros e estrangeiros ($p = 0,874$), assim como o método de estudo (preparatório/cursinho, estudo por conta própria ou nenhum preparatório) não demonstrou impacto estatisticamente relevante na redução ou aumento desse intervalo ($p = 0,608$). Tais achados reforçam uma homogeneidade na trajetória de especialização dos egressos, independentemente de sua origem ou estratégia de preparação acadêmica. Isso é ainda mais reforçado pelo baixo valor de F para a variável nacionalidade ($F = 0,0254$), que confirma a insignificância da origem nacional sobre o desfecho analisado, demonstrando que o tempo até o ingresso na residência médica é influenciado por variáveis alheias à condição de brasileiro ou estrangeiro.

O resultado de ausência de significância é reforçado também pelos altos valores de p , ressaltando um forte indício de equidade: (1) de tal forma que a formação oferecida é niveladora aos alunos, de modo que os egressos não possuem em seu desempenho uma dependência a fatores externos, como necessidade de realização

de cursinho ou barreira por sua língua materna; e (2) pela maior parte da variação no tempo de aprovação ser possivelmente originada de características individuais dos alunos que não foram capturadas por essas categorias (nacionalidade/cursinho), já que a análise do “resíduo” revela que sua soma de quadrados dos resíduos (33,73) é consideravelmente maior que a do modelo (0,57).

Esses resultados, a partir dessas variáveis limitadas, revelam indícios que os egressos estrangeiros da UNILA concorrem e competem em igualdade com os egressos brasileiros que também ingressaram em programas de residência.

6.4.3 Especialidades médicas escolhidas

Entre as respostas sobre especialidades médicas escolhidas (65) por 64 respondentes (foi aceita resposta com ingresso em mais de um programa de residência), houve predomínio de 80% de especialidades clínicas (52) em relação à 20% de especialidades cirúrgicas (13). Clínica Médica foi a especialidade mais frequente, sendo realizada por 24,62% dos egressos que fizeram residência (16), seguida por 10,77% de Pediatria (7) e de Medicina de Família e Comunidade (7), 9,23% de Anestesiologia e Medicina Intensiva (6) e 7,69% Radiologia/Diagnóstico por Imagem (5). A tabela 22 representa a distribuição completa.

Tabela 22 - Especialidades médicas escolhidas na realização de residência médica, Brasil, 2026

Especialidade	Respostas	%
Clínica Médica	16	24,62%
Medicina de Família e Comunidade	7	10,77%
Pediatria	7	10,77%
Anestesiologia	6	9,23%
Medicina Intensiva	6	9,23%
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	5	7,69%
Cirurgia Geral	4	6,15%
Ginecologia e Obstetrícia	3	4,62%
Neurocirurgia	3	4,62%
Medicina de Emergência	2	3,08%
Otorrinolaringologia	2	3,08%
Dermatologia	1	1,54%
Oftalmologia	1	1,54%

Ortopedia e Traumatologia	1	1,54%
Psiquiatria	1	1,54%
Total	65	100,00%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

Entre as 15 especialidades indicadas pelos respondentes à pesquisa, as 8 mais escolhidas pelos egressos possuem programas em Foz do Iguaçu (Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Secretaria Municipal de Saúde e Hospital ITAMED). Além disso, de todas as respostas, entre os 65 ingressos em programas de residência, 16 foram em Foz do Iguaçu. Essa informação será mais aprofundada adiante e na seção 7. (discussão).

6.4.4 Distribuição geográfica dos programas de residência escolhidos

Sobre os locais dos programas de residência, houve pequena distribuição pelo território brasileiro, com concentração em serviços nos estados da Região Sul e Sudeste, predominantemente no Paraná (63,07%; n = 41; N = 65). Considerando este estado, conforme o disposto na tabela 23, o destaque para os locais indicados é para Foz do Iguaçu (n = 17; 41,46%), Londrina (n = 9; 21,95%) e Curitiba (n = 7; 17,07%).

Tabela 23 - Serviços de residência escolhidos no Paraná, por município, Paraná, 2026

Cidade	Respostas	%
Foz do Iguaçu	17	41,46%
Londrina	9	21,95%
Curitiba	7	17,07%
Cascavel	3	7,32%
Umuarama	3	7,32%
Maringá	1	2,44%
Pato Branco	1	2,44%
Total	41	100,00%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

São Paulo (10,77%; n = 7) e Rio de Janeiro (9,23%; n = 6) foram os estados fora do Paraná com maior número de programas de residência realizados. O restante das Unidades Federativas está disponível na tabela 24. Quanto ao tipo de serviço,

52,3% dos programas foram realizados em instituições públicas (n = 34) e 47,69% privados/beneficentes/instituições sem fins lucrativos (31).

Tabela 24 - Distribuição geográfica dos serviços de residência médica escolhidos, por Unidade Federativa (UF), Brasil, 2026

UF da realização da residência	Respostas	%
Paraná	41	63,08%
São Paulo	7	10,77%
Rio de Janeiro	6	9,23%
Rio Grande do Sul	4	6,15%
Santa Catarina	4	6,15%
Amazonas	1	1,54%
Espírito Santo	1	1,54%
Minas Gerais	1	1,54%
Total	65	100,00%

Fonte: questionário eletrônico aplicado (2026).

6.4.5 Residência em Foz do Iguaçu e fixação profissional

6.4.5.1 Programa de residência médica como fator de fixação profissional

Uma análise possível é pela escolha do programa de residência pelo egresso e seu local de realização, traçando relações entre o programa escolhido e sua existência ou não na cidade de Foz do Iguaçu.

Nesse sentido, dos 65 programas escolhidos pelos egressos, 56 (86,15%) existem em Foz do Iguaçu (especialidades com programas na cidade), independentemente se foram ou não realizados no município, e 9 especialidades realizadas (13,84%) não possuíam programas na cidade. Uma análise nesse recorte permitiu identificar que dos programas escolhidos e que possuíam disponibilidade no município (N = 56), 17 foram nele realizados (30,35%), e 39 foram realizados fora da cidade (69,64%), além dos 9 programas realizados fora da cidade, que não contava com uma disponibilidade para essas respectivas especialidades.

Essa análise da oferta local de programas de residência poderia indicar essa oferta como um fator de fixação geográfica dos egressos, e assim sendo, seus achados apresentaram $\chi^2 = 3,7$, com $p = 0,054$. Embora tecnicamente acima do ponto de corte convencional de 0,05, o resultado demonstra uma significância marginal,

indicando uma forte associação entre a disponibilidade de vagas de especialização no município e a retenção do egresso. Observou-se uma retenção nula (0%) para especialidades não ofertadas em Foz do Iguaçu – se não há na cidade programa de determinada especialidade escolhida, ele não será na cidade realizado –, em contraste com uma taxa de fixação de 30,36% para as especialidades com programas ativos na cidade. Isso, junto do resultado com significância marginal, revela que a oferta de programas de residência na cidade não garante a permanência de egressos que desejam realizar especialização, mas é apenas através da disponibilidade de especialização que ocorre a permanência daqueles que desejam se especializar. Isso fica visível pelo efeito do “zero”: quando não há oferta da especialidade de interesse do egresso no município, nenhum deles permanece na cidade (0%), ao passo que quando há essa oferta, quase um terço dos egressos permanece na cidade (30,36%).

Esse cenário sugere que a infraestrutura de especialização local é um componente essencial, ainda que não exclusivo, para a consolidação de Foz do Iguaçu como polo de fixação de profissionais médicos graduados na UNILA que desejam se especializar.

6.4.5.2 Especialização na cidade como fator de fixação

Dos egressos que iniciaram residência médica em Foz do Iguaçu (16), 31,25% eram já procedentes do município e região de fronteira antes de ingressarem no curso de medicina da UNILA (5), com os demais sendo procedentes de outras regiões do país ou estrangeiros de outras regiões além da tríplice fronteira (10). É importante considerar que a realização por si só da residência na cidade não gera necessariamente uma fixação profissional após seu término, mas é possível observar que a residência médica possui esse potencial de retenção dos egressos na cidade de Foz do Iguaçu após o término do curso de graduação.

A análise da associação entre a realização de residência médica em Foz do Iguaçu e a fixação profissional na cidade e região revela efeitos de grande magnitude, com associações estatísticas extremamente robustas.

Uma primeira análise é relacionando a fixação ao município e a realização de residência médica, entre todos os que ingressaram em programas de especialização, independentemente do status atual (especialização em andamento, concluída ou desistência). Nesse sentido, entre o número total de ingressos em programas de residência médica (n = 65), aquelas que foram feitas em Foz do Iguaçu (n = 17) apresentaram taxa de fixação na cidade de 82,35% (14), em contraste drástico com

os apenas 4,16% (n = 2) de fixação em Foz dos que cursaram especialização em outras cidades (N = 48). O teste exato de Fisher revelou uma significância estatística extrema ($p < 0,001$), confirmando a forte dependência entre as variáveis, com Odds Ratio de 107,3 (IC 95%: 16,3 – 708). Essa associação, entretanto, possui um viés de causalidade, incluindo na equação a retenção forçada aos municípios em que se realiza a especialização, justamente por ser um recorte temporal que descreve a realidade atual de todos os que ingressaram na residência, independentemente do desfecho (em andamento, conclusão ou desistência).

Dessa forma, é possível analisar esse cenário de fixação na cidade de Foz do Iguaçu a partir apenas dos egressos que ingressaram em programa de residência médica e que concluíram ou desistiram dele (N = 22). Nessa abordagem, a associação entre o local de especialização e a fixação profissional em Foz do Iguaçu mostrou-se estatisticamente significativa pelo Teste Exato de Fisher, escolhido pela amostra ser reduzida ($X^2 = 10,8$; $p = 0,002$), com Odds Ratio de 39. Entre os que realizaram a especialização em Foz do Iguaçu, a taxa de fixação foi de 75,0% (n = 6; N = 8), enquanto apenas 7,1% (n = 1; N = 14) daqueles que se especializaram em outras localidades optaram por atuar no município de Foz do Iguaçu após a obtenção do título. Esse resultado de que um egresso que conclui a residência em Foz tem 39 vezes mais chances de estar trabalhando na cidade hoje do que um egresso que concluiu a residência em outro lugar é ainda mais pragmático, pois ao considerar apenas os que já egressaram de programas de residência (concluíram ou abandonaram), é removido o "vínculo forçado" dos residentes atuais.

Além das análises realizadas, é interessante considerar que apesar de a localidade da especialização ser um importante fator para a fixação do médico especialista, o local da graduação pode ter peso adicional nessa fixação. Para avaliar essa característica, deve ser feita a associação se a especialização em Foz do Iguaçu por egressos da UNILA (8 egressos) tem maior ou menor grau de fixação que a dos que fizeram especialização fora da cidade (14 egressos) e se fixaram neste respectivo lugar. Nesse sentido, observou-se que a taxa de fixação no local de realização da residência foi superior em Foz do Iguaçu (75,0%) quando comparada a outras localidades (42,8%). Embora o teste estatístico tenha revelado uma tendência de retenção superior em Foz (OR = 4,0), o resultado não atingiu significância estatística ($p = 0,204$; Teste Exato de Fisher), fator possivelmente atribuído ao reduzido tamanho da amostra deste subgrupo, mas revelando esse possível fator adicional na fixação,

que a graduação acrescida de especialização no mesmo local teria maior poder de fixação que a graduação e especialização em locais diferentes.

6.4.5.3 Características da fixação local após o término da residência na cidade

Aprofundando a análise, considerando apenas os 16 egressos que ingressaram em residência no município (1 entrada foi desconsiderada por ser devido a egresso com 2 ingressos em diferentes programas), 13 permanecem na cidade, incluindo neste grupo uma parcela dos que já concluíram o programa (n = 5), os que estão em fase de formação (n = 7) e o caso de interrupção da residência com manutenção de vínculo de trabalho local (n = 1). Além disso, 3 concluíram especialização e saíram da cidade. Com isso, é possível realizar novo teste estatístico, para qualificar essa taxa de retenção não como apenas um "vínculo de residente", mas como uma escolha que se mantém mesmo após o término da residência médica.

Estratificando a situação desses egressos, é possível concluir que a fixação extrapola o período de formação. Isso pois 62,5% (n = 5) optaram por permanecer no município, evidenciando a residência como um possível vetor de fixação profissional sustentável após seu término. Adicionalmente, a manutenção do vínculo local mesmo após casos de interrupção da residência (n = 1) sugere que a inserção na rede de saúde municipal durante a especialização promove uma integração laboral que independe, em certos casos, do desfecho acadêmico imediato dos programas de residência médica.

Dada a natureza da amostra e a frequência reduzida em subgrupos específicos, optou-se pela análise por meio do Teste Exato de Fisher. Foi obtido um p-valor de 0,65, que demonstra não existir diferença estatisticamente significativa na taxa de fixação entre os diferentes status de formação (residência concluída, em andamento ou interrompida). Este resultado indica que a retenção profissional dos egressos no município é independente do estágio atual da especialização, sugerindo que o vínculo estabelecido do egresso com a rede de saúde local tende a se manter mesmo após a conclusão da especialização.

6.4.6 Local de trabalho após o término da residência

Entre os egressos que já finalizaram residência médica (18), 12 trabalham em serviços públicos (66,66%), contra 6 que trabalham em serviços privados (33,33%). Essa proporção é distinta de dados disponíveis sobre o tema, como pela Demografia

Médica no Brasil 2023 (SCHEFFER et al., 2023), que revela que apenas 24,6% dos residentes declaram interesse em trabalhar majoritariamente no SUS.

6.4.7 Subespecialização

Em relação a realização de subespecialização, foram obtidas respostas de 11 egressos, e realização de 12 subespecialidades, com os resultados se destacando para especialidades clínicas com pré-requisito de Clínica Médica (cardiologia, gastroenterologia, hematologia, nefrologia e hemodinâmica), representando 75% dos programas de residência com pré-requisito realizados (9). Dos 11 egressos que realizaram subespecialização, 45,45% são da turma 1 (5), 27,27% são da turma 2 (3) e 27,27% são da turma 3 (3).

6.5 EGRESSOS ESTRANGEIROS: RETORNO AO PAÍS DE ORIGEM

Dos 44 egressos estrangeiros respondentes, 93,18% (n = 41) permanecem atuando profissionalmente no Brasil, 4,54% já retornaram ao seu país de origem e não trabalham no Brasil (2), e 2,27% permanecem no país, mas não exercem a medicina atualmente (1). Analisando a parcela dos que permanecem atuando no Brasil (N = 41), é possível verificar que destes, 68,29% não pretendem retornar ao seu país de origem, com desejo de permanecer no Brasil (28), 17,07% pretendem retornar em mais de 3 anos (7), 9,75% pretendem retornar em até 3 anos ao país de origem (4) e 4,87% já retornaram ao seu país de origem, mas ainda trabalham no Brasil (2), por se tratar de regiões de fronteira

6.6 PÓS-GRADUAÇÃO E CURSOS COMPLEMENTARES

6.6.1 Pós-graduação

Em relação à pós-graduação, 51,3% dos respondentes realizam ou já realizaram algum tipo de programa (n = 80): pós-graduação lato sensu foi o tipo mais frequente, realizado por 30,76% dos egressos (n = 48), seguido pela pós-graduação via Programa Mais Médicos, realizada por 21,79% (n = 34) e por mestrado, realizado por 5,1% (n = 8). Doutorado foi referido por 2 respondentes (1,3%). Dos 10 que realizaram ou realizam mestrado e/ou doutorado, 90,0% o fazem em instituições públicas de ensino. Ainda, destes que fizeram ou fazem mestrado e/ou doutorado, 30% fazem ou fizeram residência médica (3).

6.6.2 Cursos complementares

Os respondentes a pesquisa também foram questionados sobre a realização de cursos complementares durante ou após a graduação, como PALS (*Pediatric Advanced Life Support*), ACLS (*Advanced Cardiovascular Life Support*), PHTLS (*Prehospital Trauma Life Support*), por exemplo, que possuem caráter qualificador, e, em alguns serviços, eliminatório para emprego profissional, principalmente em contextos de urgência e emergência.

Nesse sentido, 87,17% dos egressos indicaram a realização de pelo menos 1 destes cursos (136) e 12,82% indicaram a não realização, (20) – 9,61% indicaram a não realização, mas interesse futuro (15) e 3,2% indicaram a não realização sem pretensão de realizar futuramente (5).

Essa alta taxa de realização por parte dos egressos a cursos complementares, principalmente de suporte avançado (87,17%), pode ser entendido como uma resposta direta às pressões do mercado de trabalho médico e às exigências dos locais onde os egressos recém-formados terão com maior disponibilidade: os serviços de urgência e emergência, onde a certificação de protocolos como o ACLS ou PHTLS é, muitas vezes, uma barreira de entrada imposta por fontes pagadoras e gestores hospitalares.

Além desse fator relacionado à empregabilidade, esse índice pode refletir também uma estratégia de mitigação de insegurança técnica por parte dos egressos. Por se tratar de profissionais recém-formados, em transição da graduação para a prática autônoma, essa busca pode ser direcionada pela de meios que ajudem a reduzir a chance de erro iatrogênico e a aumentar a resolutividade clínica. Portanto, essa taxa elevada poderia também sinalizar a compreensão da formação contínua como um investimento necessário, para garantir tanto a sua proteção (jurídica, inclusive), quanto a excelência no atendimento à população e ao serviço em que está atuando.

7 DISCUSSÃO

Os resultados desta investigação, que descreve pela primeira vez de forma sistemática o perfil sociodemográfico e o itinerário profissional dos egressos do curso de medicina da UNILA, permitem analisar em que medida os objetivos institucionais e as políticas públicas que fundamentaram a criação do curso estão sendo cumpridos. A discussão que se segue organiza-se em torno de quatro eixos centrais: (1) a inserção dos egressos no serviço público e no Programa Mais Médicos; (2) a fixação profissional regional e o papel determinante da residência médica; (3) as trajetórias dos egressos estrangeiros e a missão de integração latino-americana própria da UNILA; e (4) as implicações dos resultados para a avaliação institucional e para políticas de formação médica.

7.1 INSERÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO E NO SUS

Um dos achados de maior relevância deste estudo é a elevada taxa de inserção dos egressos no setor público: 80,13% atuam majoritariamente em serviços ou instituições públicas de saúde. Esse dado contrasta fortemente com o perfil médico nacional: segundo a Demografia Médica no Brasil 2023 (SCHEFFER et al., 2023), apenas cerca de 38% dos médicos em atividade declaram o setor público como locus principal de atuação profissional. A diferença é ainda mais expressiva quando se considera a intenção declarada de trabalhar no SUS entre residentes: apenas 24,6% dos médicos em formação em programas de residência declaram essa intenção no prazo de um ano, e a proporção cai para 12,1% no horizonte de cinco anos (SCHEFFER et al., 2023).

Esse diferencial positivo pode ser atribuído a múltiplos fatores. Em primeiro lugar, o perfil de origem dos egressos da UNILA: a maioria procede de cidades do interior e de famílias sem tradição de inserção no setor privado da medicina, o que pode reduzir a expectativa de inserção no mercado liberal. Em segundo lugar, o currículo do curso – alinhado às Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, com forte ênfase na Atenção Primária à Saúde e integração desde os primeiros anos com os serviços do SUS – parece produzir egressos com maior propensão à atuação pública. Terceiro, e muito relevante, a participação expressiva no Programa Mais Médicos (34,0% dos respondentes atuam ou atuaram no programa) insere os egressos no SUS

já na porta de entrada ao mercado de trabalho, consolidando vínculos que tendem a se perpetuar.

O dado de que 21,2% dos egressos estão atualmente no Programa Mais Médicos, com predomínio das turmas mais recentes, ilustra um padrão identificado em outras escolas médicas públicas criadas no âmbito do PMM: o programa funciona como amortecedor da transição entre a graduação e a residência médica, especialmente em contextos onde a oferta de vagas de especialização ainda é insuficiente (SANTOS JÚNIOR et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2019). É relevante notar que, entre os egressos que já trabalharam no PMM e saíram, 65,0% iniciaram residência médica – sugerindo que o programa cumpre papel de passagem, e não de destino final.

A atuação no serviço público pelos egressos da UNILA com especialização concluída é discordante com o esperado nacionalmente, segundo estimativas estabelecidas pela Demografia Médica no Brasil 2023 (SCHEFFER et al., 2023). Segundo o estudo indicado, apenas 24,6% dos residentes declaram interesse em trabalhar majoritariamente no SUS, ao passo que dos egressos já especialistas da UNILA, 66,66% trabalham majoritariamente em serviços públicos.

7.2 FIXAÇÃO PROFISSIONAL REGIONAL E O PAPEL DA RESIDÊNCIA MÉDICA

A taxa de fixação dos egressos em Foz do Iguaçu e região (25,64%) situa-se em patamar que pode ser considerado moderado, especialmente quando comparado ao que seria esperado dado o objetivo do PMM de ancorar profissionais nas regiões de instalação dos cursos. Para fins de referência, o estudo de Ferreira, Mourão e Martins (2022), que analisou o caso de Sobral (CE), identificou taxas de fixação consideravelmente mais elevadas – resultado atribuído a décadas de investimento em residência médica local e de integração escola-serviço. O caso da UNILA é mais recente e o tempo de maturação institucional ainda é menor, o que contextualiza o dado.

A heterogeneidade observada nas taxas de fixação entre as turmas ($\chi^2 = 11,6$; $p = 0,041$) merece reflexão. As taxas mais altas das Turmas 2 e 4 (em torno de 41%) e as mais baixas da Turma 5 (8,7%) podem refletir, em parte, diferentes conjunturas do mercado de trabalho local em cada período de formatura – incluindo variações no número de vagas de residência disponíveis, na capacidade de absorção da rede assistencial e até no contexto da pandemia de COVID-19, que impactou as turmas

formadas em 2020 e 2021. Além disso, a baixa fixação da Turma 6, pode revelar um viés de prevalência temporal, na medida que o pouco tempo desde a formatura (cerca de 7 meses antes do início da coleta de informações para essa pesquisa) pode ter dificultado a dispersão geográfica e alocação profissional. Dessa forma, não havendo necessariamente uma diferença de perfil entre coortes. A análise longitudinal dessas variações, à medida que novas turmas se formem, será importante para identificar tendências estruturais.

Entre os achados de maior impacto neste estudo, estão sem dúvida, a magnitude das associações entre realização de especialização em Foz do Iguaçu e fixação na cidade e região. Para essas associações, diferentes grupos dentro da amostra podem ser considerados, com diferentes resultados e discussões possíveis.

Considerando todos aqueles que ingressaram em programas de residência, independentemente do desfecho (conclusão, realização ou abandono), o Odds Ratio de 107,3 (IC 95%: 16,3 – 708; $p < 0,001$) indica que um egresso que ingressa em um programa de residência em Foz do Iguaçu tem chances de mais de cem vezes maiores de estar na cidade do que aquele que realiza a residência em outro município. Apesar de expressivo, estes resultados podem possuir um viés de causalidade, pois incluem a retenção forçada aos municípios em que se realiza a especialização, já que o vínculo da residência obriga quem ainda não a concluiu a estar geograficamente naquele lugar, além de que a abordagem descreve a realidade atual da totalidade daqueles que ingressaram na especialização, independentemente do desfecho.

Mitigando esse viés indicado, para qualificar se a fixação observada é um fenômeno geral ou uma particularidade de Foz do Iguaçu, procedeu-se ao cruzamento dos dados de fixação apenas dos egressos com residência concluída ou interrompida. De acordo com os resultados apresentados, o contraste entre a probabilidade geral de fixação no local da residência (OR = 4,0; $p = 0,204$) e a probabilidade específica de fixação em Foz do Iguaçu (OR = 39,0; $p = 0,002$) revela que essa retenção na cidade não é apenas um fenômeno genérico comum à especialização médica, mas sim um desfecho potencializado por uma combinação de fatores do ecossistema local. Enquanto a residência médica é um fixador genérico, revelador de uma tendência de fixação geral – pelos achados, quem fez residência em determinado local tem 4 vezes mais chance de ficar no local do que quem não fez (OR = 4; $p = 0,204$) –, a combinação da formação na UNILA com a especialização na rede de saúde de Foz do Iguaçu cria um vínculo de permanência significativamente superior à média de outras localidades

– quem se formou médico pela UNILA e fez residência em Foz do Iguaçu tem uma chance 39 vezes maior de estar fixado na cidade, com elevada significância estatística ($p = 0,002$).

Esses resultados são consistentes com o que a literatura especializada tem documentado: Ezequiel Silva et al. (2017) e Ferreira, Mourão e Martins (2022) identificaram o local de realização da residência como o principal preditor individual de fixação geográfica, superando inclusive o local de origem do médico.

Como apontado, a análise a partir da realização de especialização na cidade de Foz do Iguaçu revela que a residência médica pode ser não só um dos principais indutores de fixação a longo e médio prazo no município, mas além disso, entre os resultados obtidos, ela é o maior preditor de fixação de médicos egressos da UNILA na região de Foz do Iguaçu. Outro achado que corrobora essa afirmação, além do anteriormente discutido, é o de não existir diferença estatisticamente significativa ($p = 0,65$) na taxa de fixação no município entre os diferentes status de formação – egressos com residência concluída, em andamento ou interrompida –, indicando fortemente que há manutenção de vínculo profissional do egresso com a rede de saúde local mesmo após a conclusão da especialização. O que permite afirmar que o simples ingresso em programas de residência na cidade multiplica exponencialmente as chances de retenção do profissional médico na região.

Esse achado tem uma implicação normativa de primeira ordem: a expansão de vagas de residência médica em Foz do Iguaçu é, provavelmente, a intervenção de maior potencial para ampliar a fixação de médicos na região. Atualmente, os programas de residência na cidade concentram-se em hospitais como o ITAMED (Hospital Ministro Costa Cavalcanti), o Hospital Municipal Padre Germano Lauck e a Secretaria Municipal de Saúde. A criação de um Hospital Universitário da UNILA – prevista no Plano de Desenvolvimento Institucional 2025–2029 (UNILA, 2024) e longamente aguardada pela comunidade acadêmica e assistencial da região – representaria avanço estrutural nessa direção, criando novos campos de residência vinculados à própria escola médica formadora.

O achado do papel da residência como fixador de grande efeito ganha ainda mais reforço ao se comparar o efeito fixador de políticas públicas de provimento profissional a áreas deficitárias como o PMM. Segundo os resultados obtidos, o efeito fixador do profissional pelo PMM após o término do período das atividades do programa é limitado, quando se comparam os egressos que terminaram a participação

no programa com os que nunca participaram e se relacionam à atual localização. Por essa análise, foi possível concluir que não existe associação significativa entre a atuação prévia no provimento federal e a fixação atual em cidades de menor porte ($\chi^2 = 0,25$; $p = 0,617$), demonstrando que, uma vez encerrado o vínculo contratual, o comportamento geográfico do egresso que atuava no PMM se iguala ao do egresso que nunca esteve no programa, em relação ao municípios de pequeno porte populacional (menos de 500.000 habitantes). Esse resultado corrobora as referências já elencadas de que a residência médica possui efeito fixador maior e mais duradouro que os programas de provimento como o PMM – com grande contraste, se considerar as associações realizadas e a relevância estatística obtida.

7.3 ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA E DISTRIBUIÇÃO DE ESPECIALIDADES

A predominância da realização de especialidades clínicas (80,0%) e o destaque para Clínica Médica (24,62%), Medicina de Família e Comunidade (10,77%) e Pediatria (10,77%) entre os egressos que realizaram residência são dados coerentes com o perfil de formação do curso, alinhado às DCN de 2014. A Medicina de Família e Comunidade, frequentemente apontada como sub-representada entre os residentes brasileiros – com média nacional de apenas 5,54 especialistas por cem mil habitantes (SCHEFFER et al., 2023) –, aparece em posição de destaque relativo na UNILA, o que pode refletir o efeito combinado do currículo orientado para a APS e da inserção precoce dos estudantes em Unidades Básicas de Saúde.

O tempo médio estimado até a aprovação na residência (1,53 ano após a graduação, em cálculo estatisticamente mais conservador e criterioso) é relativamente curto em comparação com o que a literatura descreve para outras escolas públicas, especialmente considerando que a UNILA não é uma escola médica de tradição centenária. O fato de que 56,25% dos que fizeram residência foram aprovados em menos de um ano sugere boa preparação dos egressos para os processos seletivos – possivelmente favorecida pelo elevado percentual de participação em atividades extracurriculares (91,66%) e pelo engajamento em cursinhos preparatórios (67,19%).

Sobre diferenças e particularidades que poderiam influenciar no tempo até aprovação nos programas de residência (nacionalidade, realização de cursos preparatórios), os achados sugerem que as variáveis analisadas não atuam como preditoras de celeridade no ingresso à programas de residência. Utilizando-se de Análise de Variância (ANOVA), para analisar o tempo até aprovação entre brasileiros

e estrangeiros, além da realização de preparatórios, estudo por conta própria ou ausência de preparação, foi obtida ausência de diferença estatística significativa ($p = 0,874$ para tempo de aprovação entre brasileiros e estrangeiros; e $p = 0,608$ para as diferentes variáveis de preparo para as provas como redutores de tempo até aprovação). Esses achados, reforçando homogeneidade entre os egressos em relação à trajetória de especialização, demonstram que o tempo até o ingresso na residência médica sofre influência de variáveis alheias à condição de brasileiro ou estrangeiro.

7.4 EGRESSOS ESTRANGEIROS E A MISSÃO DE INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA

A permanência de 93,18% dos egressos estrangeiros atuando profissionalmente no Brasil – dos quais 68,29% sem intenção declarada de retorno ao país de origem – é um dado que merece análise cuidadosa à luz da missão institucional da UNILA. A lei de criação da universidade (Lei n.º 12.189/2010) define a integração latino-americana como missão central, e o curso de medicina foi concebido, em parte, para formar profissionais que contribuíssem para o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da região (UNILA, 2020).

A baixa taxa de retorno dos egressos estrangeiros aos seus países de origem não pode ser lida, de forma simples, como fracasso da missão de integração. Como discutido na Revisão Bibliográfica, a ausência de acordos de reconhecimento automático de diplomas médicos no MERCOSUL impõe barreiras estruturais ao retorno: um egresso paraguaio ou colombiano formado pela UNILA que deseje exercer a medicina em seu país de origem precisa submeter-se a processos nacionais de revalidação que podem ser longos, custosos e sem resultado garantido (CREMESP, 2020). A permanência no Brasil, onde o diploma é automaticamente válido, torna-se, para muitos, a opção mais acessível – o que configura uma forma de integração pela radicação no território brasileiro, e não pelo retorno e fortalecimento dos sistemas de saúde locais.

Esse quadro levanta uma questão de política pública que extrapola a UNILA: a ausência de mecanismos regionais de reconhecimento de diplomas médicos no MERCOSUL e na América do Sul representa um obstáculo à plena realização dos objetivos de integração em saúde que motivaram, em parte, a criação da universidade. Uma agenda de advocacia por acordos bilaterais ou multilaterais de revalidação

simplificada entre o Brasil e os países de origem dos egressos estrangeiros seria contribuição relevante que a própria UNILA poderia capitanear, dado o volume de egressos afetados.

Por outro lado, os egressos estrangeiros que permanecem no Brasil contribuem para o sistema de saúde do país, inclusive em regiões de fronteira – onde parte deles atua, beneficiando populações transfronteiriças que acessam serviços de saúde no lado brasileiro. Essa dimensão de integração – a prestação de serviços a populações binacionais por profissionais binacionais – é, em si mesma, uma expressão concreta do mandato institucional da UNILA e merece ser valorizada analiticamente.

7.5 ATIVIDADES EXTRACURRICULARES E PARTICIPAÇÃO ACADÊMICA

A participação em atividades extracurriculares durante a graduação foi muito elevada (91,6% dos respondentes), com diferença estatisticamente significativa entre brasileiros (95,5%) e estrangeiros (81,8%); ($\chi^2 = 7,78$; $p = 0,005$). Essa diferença consistente é relevante do ponto de vista institucional porque as atividades extracurriculares – especialmente a iniciação científica, a monitoria e a extensão – estão associadas a maior engajamento acadêmico, melhor preparação para os processos seletivos de residência e maior integração às redes de oportunidades profissionais.

A desigualdade na participação extracurricular entre brasileiros e estrangeiros sugere que os mecanismos de acesso e divulgação dessas atividades podem não ser igualmente acessíveis a todos os grupos de estudantes, ou que as condições de moradia, renda e adaptação cultural dos estrangeiros reduzem sua disponibilidade para engajamento nessas atividades. Políticas institucionais específicas de inclusão de estudantes estrangeiros em programas de extensão, monitoria e iniciação científica – com suporte linguístico e cultural quando necessário – poderiam contribuir para reduzir essa desigualdade.

7.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresenta limitações que merecem ser reconhecidas. A taxa de resposta de 50,0%, embora satisfatória para um estudo com coleta exclusivamente por questionário eletrônico, implicou que metade da população não foi captada. A sub-

representação identificada de egressos estrangeiros (especialmente paraguaios) limita a generalização de resultados sobre esse subgrupo.

O instrumento de coleta, baseado em autorrelato, está sujeito a viés de memória e de desejabilidade social, especialmente em questões sobre remuneração. A classificação geográfica do local de trabalho baseou-se em campo aberto, com respostas heterogêneas que exigiram categorização manual.

Por fim, a análise multivariada para identificação de preditores independentes de fixação foi limitada pelo número reduzido de desfechos positivos (40 fixados), o que restringiu a robustez dos modelos de regressão logística.

8 CONCLUSÃO

Este estudo descreveu, pela primeira vez de forma sistemática, o perfil sociodemográfico, o percurso acadêmico e o itinerário profissional dos egressos das seis primeiras turmas do curso de medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), formados entre 2020 e 2025. A partir de uma amostra de 156 respondentes – taxa de resposta de 50,0% em relação à população de 312 egressos –, os resultados permitem traçar um quadro abrangente do que o curso produziu até o momento e oferecem subsídios concretos para a avaliação institucional e para o debate sobre políticas de formação médica.

O primeiro conjunto de achados diz respeito à inserção dos egressos no sistema de saúde. A taxa de atuação predominante no setor público – 8,13% dos respondentes em exercício – contrasta expressivamente com a média nacional e evidencia que o curso está produzindo o perfil de egresso previsto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 e pelos objetivos do Programa Mais Médicos. A participação de 34,0% dos egressos no PMMB – atual ou pregressamente – reforça o alinhamento com a política de provimento de médicos em áreas prioritárias –, 64,05% dos egressos informaram estar atualmente trabalhando em cidades com menos de 500.000 habitantes – ao mesmo tempo em que revela o papel do programa como mecanismo de transição entre a graduação e a especialização: a maioria dos egressos que saíram do PMM ingressou em seguida em programas de residência médica. Além disso, a elevada taxa de egressos que mesmo após realizarem especialização continuam trabalhando no sistema público de saúde, 66,66%, reforçam certo êxito no cumprimento do objetivo da UNILA de formação de profissionais voltados à atuação no SUS, muito motivado pelo contexto da criação do curso e pelo Programa Mais Médicos.

O segundo conjunto de achados, e o de maior impacto do estudo, refere-se à fixação profissional regional. A taxa geral de fixação em Foz do Iguaçu e região foi de 25,64%, com heterogeneidade estatisticamente significativa entre as turmas ($\chi^2 = 11,6$; $p = 0,041$). O achado central é a magnitude da associação entre a realização de residência médica em Foz do Iguaçu e a chance de permanência profissional na cidade, através de diferentes associações a partir de diferentes recortes da amostra obtida: Odds Ratio de 107,3 (IC 95%: 16,3 – 708; $p < 0,001$) entre todos que ingressaram na residência médica, independentemente do status de conclusão; e

Odds Ratio de 39,0 (IC 95%: 2,93 – 519; $p = 0,002$) entre todos os egressos que concluíram ou abandonaram a especialização. Isso demonstra que a residência local atua não apenas como um estágio formativo, mas como o principal vetor de territorialização do médico na fronteira, como o principal determinante individual de fixação, ou maior preditor de fixação profissional dos egressos, dado coerente com o que a literatura especializada tem documentado para outras escolas médicas públicas do interior brasileiro. Outro achado que corrobora para esse postulado é o de não existir diferença estatisticamente significativa ($p = 0,65$) na taxa de fixação no município entre egressos em diferentes status de formação – egressos com residência concluída, em andamento ou interrompida –, indicando que há uma manutenção de vínculo profissional do egresso com a rede de saúde local mesmo após a conclusão da especialização.

Em adição a isso, os achados revelam um contraste pedagógico importante: enquanto a realização de residência médica pelos egressos da UNILA em qualquer localidade apresenta uma tendência genérica de fixação ao local (OR = 4,0; $p = 0,204$), o vínculo específico com a rede de saúde de Foz do Iguaçu eleva essa magnitude de forma exponencial (OR = 39,0; $p = 0,002$), corroborando ainda mais para a sugestão de que a infraestrutura local, somada ao vínculo prévio com a universidade, atua como um catalisador de fixação superior à média observada em outras cidades.

Por outro lado, em contraste com os achados sobre residência médica, o Programa Mais Médicos se mostrou com menor efeito de fixação dos profissionais após o término do programa, diferentemente da residência médica. Os contrastantes valores de significância para a retenção do profissional ao local de realização das atividades após seu término, muito significativo para a residência ($p = 0,002$) e pouco para o Programa Mais Médicos, em relação ao perfil de município a que majoritariamente está voltado ($p = 0,121$), indicam que a residência fixa mais os egressos no local que o Programa Mais Médicos no municípios a que se presta majoritariamente.

A conclusão prática é direta: a expansão de vagas de residência médica em Foz do Iguaçu é a intervenção de maior potencial para ampliar a retenção de médicos na região, e a criação do Hospital Universitário da UNILA representa uma agenda prioritária tanto para o projeto pedagógico do curso quanto para o fortalecimento da rede assistencial local.

O terceiro conjunto de achados diz respeito às trajetórias dos egressos estrangeiros e à missão de integração latino-americana da universidade. A permanência de 93,18% dos estrangeiros no Brasil – dos quais 68,29% sem intenção declarada de retorno ao país de origem – não pode ser lida como simples fracasso dessa missão. Barreiras estruturais significativas, especialmente a ausência de acordos regionais de reconhecimento automático de diplomas médicos no MERCOSUL, condicionam as escolhas profissionais dos egressos estrangeiros de forma independente de suas preferências. A construção de mecanismos de revalidação simplificada entre o Brasil e os países de origem dos egressos é condição necessária para que a missão de integração da UNILA possa se realizar em sua plenitude. Até que tais mecanismos existam, a presença de médicos de diferentes nacionalidades atuando na região de tríplice fronteira – atendendo populações transfronteiriças – já representa, em si mesma, uma forma concreta de integração que merece ser reconhecida institucionalmente.

O quarto conjunto de achados remete às disparidades no percurso acadêmico. A participação significativamente menor de egressos estrangeiros em atividades extracurriculares (81,8% versus 95,5% dos brasileiros; $\chi^2 = 7,78$; $p = 0,005$) sugere que o acesso a essas oportunidades não é igualmente distribuído entre os grupos. Políticas institucionais específicas de inclusão dos estudantes estrangeiros em programas de extensão, monitoria e iniciação científica são recomendáveis como forma de reduzir essa desigualdade e fortalecer o engajamento acadêmico de todos, independentemente da origem.

Do ponto de vista da política pública, os resultados deste estudo confirmam o que Santos Júnior et al. (2021) e Oliveira et al. (2019) já haviam indicado: a simples criação de escolas médicas em regiões deficitárias não garante, por si só, a fixação dos egressos nessas localidades. A fixação depende de um ecossistema assistencial que ofereça condições para a especialização e pós-graduação no próprio território. Onde esse ecossistema existe – como evidenciado pelo caso de Sobral (CE) por Ferreira, Mourão e Martins (2022) –, a escola médica funciona como motor de desenvolvimento da força de trabalho local. Onde ele ainda está em construção, como em Foz do Iguaçu, a universidade já demonstra potencial significativo, mas sua plena realização depende de investimentos complementares em infraestrutura assistencial e de ensino de pós-graduação.

Por fim, este trabalho preenche uma lacuna que o próprio campo reconhecia como crítica. Ao documentar as trajetórias dos egressos de uma escola médica pública, bilíngue e inserida em território de fronteira, oferece à própria UNILA – a seus gestores, docentes e estudantes – um espelho do que foi construído em uma década de funcionamento. Espera-se que os resultados aqui apresentados subsidiem decisões sobre o projeto pedagógico do curso, orientem políticas institucionais de inclusão e permanência dos estudantes e contribuam para o debate nacional sobre formação médica, distribuição de profissionais e integração regional em saúde. A continuação e a institucionalização do acompanhamento de egressos como prática regular da UNILA – e não apenas como objeto de pesquisa pontual – é a recomendação final deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº12.189 de 12 de janeiro de 2010. Dispõe sobre a criação da Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Presidência da República, Brasília, DF, 12 de janeiro de 2010.

BRASIL. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Presidência da República, Brasília, DF, 22 de outubro de 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. Autorizada atuação de médicos estrangeiros. São Paulo: CREMESP, 2020. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Imprensa&acao=crm_midia&id=234.

FERREIRA, D. M., MOURÃO, L., & MARTINS, L. B. O Impacto da Interiorização do Ensino de Medicina: O Caso do Município de Sobral – CE. Revista Internacional de Educação Superior. 2022;10(00), e024026. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/riesup.v10i00.8668513>

MOURA ATMS de, COSTA MTF da, CAVALCANTE NC de S. Programa Mais Médicos: reflexões sobre a seleção de municípios para novas escolas privadas. Rev bras educ med [Internet]. 2025;49(1):e005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v49.1-2023-0251>.

OLIVEIRA FP, PINTO HA, FIGUEIREDO AM, CYRINO EG, OLIVEIRA NETO AV, ROCHA VXM. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. Interface (Botucatu). 2019; 23(Supl. 1): e170949. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170949>.

PAUL, J-J. ACOMPANHAMENTO DE EGRESSOS DO ENSINO SUPERIOR: experiência brasileira e internacional. Cad CRH [Internet]. 2015May;28(74):309–26. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792015000200005>.

PEREIRA DVR, FERNANDES D de LR, MARI JF, LAGE AL de F, FERNANDES APPC. Mapping of medical schools: the distribution of undergraduate courses and annual vacancies in Brazilian cities in 2020. Rev bras educ med [Internet]. 2021;45(1):e005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200282.ING>.

SANTOS JÚNIOR CJ dos, MISAEL JR, TRINDADE FILHO EM, WYSZOMIRSKA RM de AF, SANTOS AA dos, COSTA PJM de S. Expansão de vagas e qualidade dos cursos de Medicina no Brasil: “Em que pé estamos?”. Rev bras educ

med [Internet]. 2021;45(2):e058. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200523>.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.

SENGER MH, CASTRO JCM de. Contribuições de egressos de Medicina para a avaliação do curso. Rev bras educ med [Internet]. 2024;48(3):e067. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.3-2022-0065>.

SENGER MH, CAMPOS MCG, SERVIDONI MFCP, PASSERI SMRR, VELHO PENF, TORO IFC, BICUDO, A. M., & AMARAL, E. M. Trajetória profissional de egressos do curso de Medicina da Universidade de Campinas (Unicamp), São Paulo, Brasil: o olhar do ex-aluno na avaliação do programa. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2018;22, 1443–1455. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0190>.

SILVA EZEQUIEL O, LUCCHETTI G, LUCCHETTI ALG, SENGHER MH, BRAGA L, LACERDA R, et al. Geographical distribution of medical graduates from a public university. Rev Assoc Med Bras. 2017;63(6):512-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.06.512>.

SIMON LW, PACHECO ASV. Ações de acompanhamento de egressos: um estudo das universidades públicas do Sul do Brasil. Revista Brasileira de Educação Superior. 2017;3(2):94-113. Disponível em: <https://doi.org/10.18256/2447-3944.2017.v3i2.2023>. Acesso em: 01 ago. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA. Conselho Universitário. Resolução nº 2/2013, de 12 de novembro de 2013. Aprova a criação do curso de graduação em Medicina, grau bacharelado da Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA. (Ad Referendum). Foz do Iguaçu: Conselho Universitário, 2013. Disponível em: <https://atos.unila.edu.br/atos/resolucao-n-ordm-2-2013-consun-494>. Acesso em: 03 ago. 2025.

UNILA. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina (versão pós-2020). Foz do Iguaçu: UNILA, 2020.

UNILA. Plano de Desenvolvimento Institucional 2025-2029. Foz do Iguaçu: UNILA, 2024.