

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA E PÓS-  
GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO - AGEUFMA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
UFMA / FIOCRUZ

**LARISSA BORDALO DE FIGUEIRÊDO PINTO**

**Percepção dos estudantes de medicina acerca da especialidade medicina de  
família e comunidade**

São Luís  
2020

**LARISSA BORDALO DE FIGUEIRÊDO PINTO**

**Percepção dos estudantes de medicina acerca da especialidade medicina de família e comunidade**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito

Co-orientadora: Prof. Dra. Maria Bethânia da Costa Cheim

Área de concentração: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção primária em saúde

São Luís  
2020

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

BORDALO DE FIGUEIRÊDO PINTO, LARISSA.

Percepção dos estudantes de medicina acerca da especialidade medicina de família e comunidade / LARISSA BORDALO DE FIGUEIRÊDO PINTO. - 2020.

62 f.

Orientador(a): Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís MA, 2020.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Educação Médica. 4. Estratégia de Saúde da Família. 5. Medicina de Família e Comunidade. I. Maria Oliveira Brito, Profa. Dra. Luciane. II. Título.

**LARISSA BORDALO DE FIGUEIRÊDO PINTO**

**PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA ACERCA DA  
ESPECIALIDADE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Dissertação de Mestrado apresentado ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde  
da Família da Universidade Federal do  
Maranhão para obtenção do título de  
Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Maria  
Oliveira Brito

Co - Orientadora: Prof. Dra. Maria  
Bethânia da Costa Cheim

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa**

**Universidade Federal do Piauí**

---

**Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho**

**Universidade Federal do Maranhão**

---

**Prof. Dr Marcio Moyses de Oliveira**

**Universidade Federal do Maranhão**

---

**Profa. Dra. Maria do Rosário Ramos Costa**

**Universidade Federal do Maranhão**

## AGRADECIMENTO

Não seria possível a realização deste estudo se não contasse com a atenção da querida orientadora Prof. Dra Luciane Brito (*in memoriam*), que prestou assistência sempre em tempo, demonstrando-se sempre solícita, humana e competente. Registro aqui minha eterna saudade e lembranças de seus ensinamentos.

Agradeço também a atenção e orientações com competência técnica da Co-orientadora Bethania Chein, sua qualificação e contribuições foram importantíssimas para o aprimoramento deste trabalho.

Aos alunos que fizeram parte desta pesquisa, respondendo aos questionários em prol da construção de serviços educacionais e profissionais melhores.

Aos professores e colegas que sempre estiveram presente, sanando qualquer dúvida ou insegurança que ocorreu durante os dois anos de mestrado.

Aos meus pais e irmãos que contruíram ao longo do meu crescimento e desenvolvimento profissional o senso de investigação e procura de respostas baseadas em ciência.

Ao meu esposo Quincio pelas dicas, orientações e compreensão por diversos momentos de dúvidas e ausências na construção deste estudo.

Ao meu filho Davi pela paciência e compreensão das ausências ao longo da elaboração deste trabalho.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	13
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	15
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	19
<b>4.1 Geral</b> .....	19
<b>4.2 Específicos</b> .....	19
<b>5 HIPÓTESES</b> .....	20
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	22
<b>6.1 Tipo de Estudo / Delineamento</b> .....	22
<b>6.2 Sujeitos do Estudo</b> .....	22
<b>6.3 Seleção da amostra</b> .....	22
<b>6.4 Logística</b> .....	23
<b>6.5 Principais variáveis a serem coletadas</b> .....	23
<b>6.6 Estudo-piloto</b> .....	24
<b>6.7 Pressupostos metodológicos</b> .....	24
<b>6.8 Análise de dados do Estudo Piloto: Sujeitos da Pesquisa</b> .....	25
6.8.1 Análise de dados do Estudo Piloto: Análise das Entrevistas.....	35
<b>7 A IMPORTÂNCIA DA ESF PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	36
<b>7.1 Vivências e experiências na ESF durante o curso de Medicina</b> .....	41
<b>7.2 Fatores influenciadores para a escolha da especialidade MFC</b> .....	42
<b>7.3 Aspectos Éticos</b> .....	49
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	50
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	52
<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	57
<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO DOS ESTUDOS DOS ESTUDANTES DE MEDICINA ACERCA DA ESPECIALIDA MFC</b> .....	59
<b>ANEXO C – PARECER CONSUBSISTANCIADO DO CEP</b> .....	60

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida por meio de seus atributos, quais sejam, o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, integralidade da atenção, a coordenação da assistência, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural com grande potencial transformador para a graduação, porém ainda há poucos dados no Brasil que indiquem a percepção dos estudantes acerca da Medicina de Família e Comunidade, sobretudo em Municípios e serviços com atenção primária pouco atuante. Este estudo apresenta princípios que regem o exercício dessa especialidade e seus campos de atuação, bem como a aplicabilidade durante a graduação em Medicina. **OBJETIVO:** Identificar o conhecimento sobre a atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) bem como os fatores influenciadores na escolha pela especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC) na amostra da pesquisa. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo transversal de abordagem qualitativa e quantitativa, cunho exploratório, envolvendo 62 (sessenta e dois) graduandos do quinto e sexto ano do curso de Medicina numa Instituição Pública e em outra Particular na cidade de São Luís – MA, durante os meses de janeiro a março de 2020. Utilizou-se para coleta de dados um questionário sociodemográfico e um roteiro para entrevista semiestruturada, identificando as aspirações profissionais como forma de análise dos fatores que influenciam na escolha dessa Especialidade. **RESULTADOS:** A maioria são mulheres (60,3%), solteiras (52%), sem filhos (97,2%), brancas (54%), procedentes da Capital São Luís – MA (51,3%), renda familiar média de 10 salários-mínimos (32,25%), grande parte sem familiares médicos (62,1%) e com 70% de Especialistas Focais, distribuídos em: Radiologia, Clínica Médica, Dermatologia e Psiquiatria. A carreira de Médico de Família e Comunidade foi considerada “regular” (42,8%), levando em conta os fatores que motivaram a escolha por essa Especialidade que são a existência de um plano de carreira com bons salários, a boa estrutura física na Unidade de APS, a convivência cotidiana com docentes especializados em MFC, a oportunidade de resolver diversos problemas de saúde e, por fim, o contato com a Comunidade, humanização e equidade. Pouco mais da metade dos graduandos participantes da pesquisa (51,6%) se mostrou indecisa quanto à Especialidade a seguir e nenhum dos acadêmicos se dispôs a especializar-se em MFC. **CONCLUSÕES:** O Estudo concluiu que fatores relacionados ao contexto da Graduação (a vivência com preceptores especialistas em Medicina de Família e Comunidade), bem como a melhora na resolutividade da ESF, tanto relacionados à estrutura física, como valorização e Planos de Cargos e Salários seriam os motivos que contribuiriam efetivamente para o crescimento da atenção primária, sustentabilidade do Sistema de Saúde e escolha da Medicina de Família e Comunidade como Especialidade médica aos graduandos de Medicina na cidade de São Luís -MA.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Medicina de Família e Comunidade. Educação em Saúde. Educação Médica.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Primary Health Care is defined through its attributes, namely first contact access, longitudinality, comprehensive care, coordination of care, family and community orientation and cultural competence with great transformative potential for graduation, but there is still little data in Brazil that indicate students' perception of Family and Community Medicine, especially in municipalities and services with primary care not active. This study presents principles that govern the exercise of this specialty and its fields of activity, as well as the applicability during graduation in Medicine. **OBJECTIVE:** To identify the knowledge about the performance of the Family Health Strategy (ESF) as well as the influencing factors in the choice of family and community medicine (CFM) in the research sample. **METHODOLOGY:** This is a cross-sectional study of qualitative, exploratory approach, involving 62 (sixty-two) undergraduates from the fifth and sixth year of the medical course in a Public Institution and another Private institution in the city of São Luís - MA, during the months of January to March 2020. A sociodemographic questionnaire and a script for semi-structured interviews were used to collect data, identifying professional aspirations as a way of analyzing the factors that influence the choice of this Specialty. **RESULTS:** The majority are women (60.3%), single (52%), without children (97.2%), white (54%), from the capital São Luís - MA (51.3%), average family income of 10 minimum wages (32.25%), most without medical relatives (62.1%) and with 70% of Focal Specialists, distributed in: Radiology, Clinical Medicine, Dermatology and Psychiatry. The career of a Family and Community Doctor was considered "regular" (42.8%), taking into account the factors that motivated the choice for this Specialty that are the existence of a career plan with good salaries, the good physical structure in the PHC Unit, the daily coexistence with teachers specialized in CFM, the opportunity to solve various health problems and , finally, contact with the Community, humanization and equity. Slightly more than half of the undergraduate students participating in the study (51.6%) was undecided about the following Specialty and none of the students were willing to specialize in CFM. **CONCLUSIONS:** The study concluded that factors related to the context of graduation (the experience with preceptors specialists in Family and Community Medicine), as well as the improvement in the resolution of the ESF, both related to the physical structure, as valorization and Plans of Positions and Salaries would be the reasons that would effectively contribute to the growth of primary care, sustainability of the Health System and choice of Family and Community Medicine as a Medical Specialty to medical undergraduates in the city of São Luís - Ma.

**Keywords:** Primary Health Care. Family Health Strategy. Family and Community Medicine. Health education. Medical Educacional.



## LISTA DE FIGURAS

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas e comportamentais dos graduandos no município de São Luís, MA, de ambas as Universidades. ....	26
Gráfico 1 – Quantidade de graduandos participantes do estudo de acordo com a idade.....	28
Gráfico 2 – Distribuição dos graduandos participantes do estudo de acordo com a procedência. ....	29
Gráfico 3 – Distribuição dos graduandos de acordo com o sexo. ....	30
Gráfico 4 – Distribuição dos graduandos de acordo com a raça. ....	30
Gráfico 5 – Distribuição dos graduandos de acordo com o estado civil. ....	31
Gráfico 6 – Renda Salarial Familiar dos graduandos. ....	32
Gráfico 7 - Avaliação da carreira de MFC. ....	33
Tabela 2 - Avaliação da carreira de MFC e Expectativas profissionais dos graduandos no Município de São Luís – MA, de ambas as Universidades. ....	34
Quadro 1 – Percepção dos graduandos sobre a importância da ESF. ....	36

## SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção primária à saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
MFC	Medicina de Família e Comunidade
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
IHI	Institute for Healthcare Improvement
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
OMS	Organização Mundial de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNRM	Comissão Nacional de Residências Médicas
ONU	Organização das Nações Unidas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida por meio de seus atributos, quais sejam, o acesso de primeiro contato ao Sistema de Saúde, a longitudinalidade, integralidade da atenção, a coordenação da assistência, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013)

Nesse sentido, os atributos da APS são reconhecidos na literatura mundial como eixos estruturantes do processo de atenção, associados à qualidade dos serviços, à efetividade e eficiência de suas intervenções. (ZILS, et al., 2009).

Com a criação do SUS na Constituição de 1988, posteriormente regulamentado pela Lei 8.080 de 1990 (Lei Orgânica de Saúde), houve a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, que mais tarde se ampliaria para uma visão estratégica, a ESF - Estratégia Saúde da Família, a APS se expandiu. (JANUDIS, M. A., et al, 2007)

No Brasil, a ESF apresenta-se como o BIBLIOGRAFICA modelo de APS orientador da reorganização dos serviços em saúde. Existe hoje, uma heterogeneidade na qualidade assistencial das Equipes de Saúde da Família, tanto no setor público como no privado, sendo liderado quase em sua totalidade por médicos generalistas, sem formação específica em saúde da família, ou seja, médicos de família e comunidade (GIOVANELLA, 2006).

A falta de médicos para trabalhar em regiões de maior vulnerabilidade ou maior distanciamento das zonas urbanas associadas à distribuição geográfica heterogênea das Escolas Médicas em conjunto com publicação do estudo “Demografia Médica” pelo Conselho Federal de Medicina que concluiu que, para melhor distribuição de profissionais há necessidade de melhores condições de trabalho, infraestrutura, abastecimento de insumos e acima de tudo, desprecarização das relações de trabalho com direitos trabalhistas aos médicos e criação de um plano de carreira federal. (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007).

Criado em 2013 o Programa Mais Médicos, idealizado pelo Ministério da Saúde através do Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada" (RAWAF, 2012; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

A MFC tem como princípios a abordagem de pessoas, famílias e comunidades, em âmbito biopsicossocial com ações integradas de promoção, proteção e recuperação da saúde; priorizar a prática médica centrada na pessoa, no vínculo médico-paciente privilegiando o acesso, o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde, além de coordenar os cuidados de saúde prestados referenciando sempre que necessário para outros especialistas ou outros níveis de atenção à saúde, mas sem perda do vínculo. Visa atender com elevado grau de qualidade e resolutividade, cerca de 85% dos problemas de saúde (STARFIELD, 2002).

O potencial transformador da MFC para a graduação, principalmente, em Medicina tem sido evidenciado por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Associação Mundial dos Médicos Gerais e de Família (SALTMAN; RICO; WINKE, 2008).

A OMS e Saltman; Rico; Winke (2008), entendem que os fundamentos conceituais e éticos, as técnicas e práticas da MFC constituem elementos importantes na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer, envolvendo os estudantes em uma perspectiva ampliada do cuidado em saúde. Semelhante ao que acontece em muitos países desenvolvidos, a inserção da MFC nos currículos de graduação constitui uma realidade em um número considerável de escolas médicas brasileiras. Entretanto, ainda é necessário consolidar, adequar, qualificar e expandir este processo.

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) finalizadas em 2014, após participação ampla de professores, preceptores, estudantes e população, flexibilizaram as organizações curriculares, possibilitando a construção de projetos político-pedagógicos (PPP) mais condizentes com o pensamento contemporâneo, com o objetivo de favorecer ao estudante a atuação individual e coletivamente de forma contextualizada à realidade da população atendida, lidando com diferentes aspectos da vida e de seus ciclos, na sua complexidade clínica e cultural (BRASIL, 2006).

No cenário de APS a integração de práticas das diferentes áreas, campos e núcleos de conhecimento, contribuem para uma compreensão da rede intersetorial de atenção de prática clínica integrada e interdisciplinar. Tendo-se em vista que o Brasil tem como base um modelo de saúde fundamentado na Atenção Primária e a implantação das DCN do Curso de Medicina que abriram fortes perspectivas para a efetivação da participação da MFC e da APS nos currículos e programas de graduação e pós-graduação no Brasil, este processo ainda se mantém incipiente e carente de sistematização e incentivo.

Este estudo visa compreender a percepção dos graduandos de Medicina sobre a MFC e suas atribuições.

## 2 JUSTIFICATIVA

Destacando que a APS além de ser o primeiro contato da população com o sistema de saúde, com acompanhamento de problemas com demanda permitida que a longitudinalidade possibilita, favorece o raciocínio clínico do graduando, uma APS resolutiva precisa de médicos com formação adequada, sendo a especialidade MFC a mais apropriada, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população com capacidade resolutiva de até 85% da demanda por serviços médicos que chegam às unidades de saúde. (STARFIELD, 2002)

E apesar do governo brasileiro implementar mudanças no modelo assistencial à saúde através da inserção do Programa Mais Médicos pelo Brasil em 2013 que deveria ter como especialidade, a medicina de família e comunidade, observa-se, por meio dos dados obtidos no Conselho Federal de Medicina (CFM) e junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que a baixa escolha pela carreira de MFC é desproporcional em relação as demais especialidades médicas, prejudicando o avanço da cobertura e da qualidade da assistência oferecida pela ESF como modelo de APS adotado no país (MELLO, 2009).

Os motivos para a baixa adesão de graduandos pela MFC é um tema muito pesquisado da área da educação médica em todo o mundo. Pelo levantamento realizado na plataforma de busca de artigos científicos Mandelley, foram encontrados 250 artigos publicados nos últimos cinco anos sobre o assunto (GILL et al., 2012).

Podem ser considerados fatores influenciadores da escolha pela MFC: remuneração, satisfação no trabalho, oportunidades de desenvolvimento profissional, prestígio social, influência de professores, idade, estado civil, grau de formação dos pais, presença de médicos na família, realização de trabalhos voluntários em países em desenvolvimento, experiência profissional com pessoas idosas, desejo de prática clínica variada, orientação social da medicina, interesse em pesquisa e desejo de curto período de pós-graduação (SUBBA et al., 2012).

No Brasil, foi encontrado nas bases indexadas, somente o estudo realizado por Cavalcante Neto (2008) aborda essa temática. Muito provavelmente por uma APS pouco efetiva e baixo incentivo governamental com poucos recursos atrativos aos recém-graduados na opção pela especialidade Medicina de Família e Comunidade e atuação

posterior no Sistema Único de Saúde, com baixos recursos financeiros e redes de saúde desarticuladas e ineficazes.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Após a Segunda Guerra Mundial ocorreu profunda crise econômica e apesar do desenvolvimento científico e tecnológico da medicina, até então, que não havia proporcionado melhorias nos indicadores de saúde da maior parte da população mundial, sobretudo pela enorme desigualdade social e a precária qualidade de vida das populações de muitos países, a ONU posicionou-se a favor da universalização do direito à saúde e educação a todos por meio da Declaração Universal de Direitos Humanos – um desafio para as nações dos cinco continentes, que deveriam, a partir dali, buscara paz mundial como fruto da justiça (GÉRVAZ; FERNANDEZ, 2012).

Em 1978 ocorreu a Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão com objetivo de redução da desigualdade social. Na oportunidade a OMS convocou todos os países-membros para destacar os crescentes custos dos investimentos em saúde em uma realidade global resultando em um importante documento, uma declaração que preconiza a Atenção Primária à Saúde (APS) como a estratégia prioritária para alcançar a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”. (GÉRVAZ; FERNANDEZ, 2012)

Em conjunto com a crise econômica, o grande impacto no orçamento dos custos com seguridade social, a OMS passa a recomendar a racionalização das tecnologias, primando pela manutenção de Sistemas de Saúde eficientes e equitativos. Para isso, propõe, ainda, maior coordenação do cuidado pelos serviços de atenção primária, defendendo a ideia de que essa alternativa evitaria o risco de medidas intempestivas como o estabelecimento indiscriminado de procedimentos e/ou consultas que poderia acarretar gastos muito maiores em longo prazo e desestruturação ainda maior dos sistemas de saúde (MLADOVSKY, et. al, 2012).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) criado em 1988 ainda não vinculou a teoria com a prática, ainda não se mostrou eficaz na garantia da universalidade e integralidade proposta na Constituição Federal, apresentando características de sistemas de saúde com a dualidade de modelos antagônicos, como o sistema norte-americano, regido pelo liberalismo em uma lógica de mercado, e o sistema inglês, regido pela premissa da saúde como direito universal do cidadão abrigado pelo país (CONILL, 2012).

O sistema inglês nasceu para ofertar assistência a todos a partir da compreensão de que saúde é direito e não mercadoria (GÉRVAZ; FERNANDEZ, 2012). Foi a partir deste



princípio que a Constituição Brasileira, em seu artigo 196, incluiu a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. O governo responsabiliza-se por financiar, coordenar e regular a oferta de serviços à população, a partir de um sistema baseado na garantia do acesso universal aos Centros de Saúde Primários (BRASIL, 1998).

A política de atenção a saúde dos Estados Unidos possui características neoliberais, sem a responsabilidade do governo em garantir cobertura universal aos serviços de saúde. O cidadão deve pagar um seguro saúde privado para ter a cobertura dos serviços médicos. Em caso de não contratação desses serviços, o usuário deverá pagar pelos procedimentos que o induzem a se precaver e contratar as seguradoras. Esse sistema não tem como porta de entrada um médico de cuidados primários e é regido pela oferta de serviços altamente especializados de acordo com o que o paciente entende que precisa, sem buscar uma racionalização do uso de tecnologias (PAIM, et al, 2011).

O Brasil, influenciado por este modelo, deu liberdade constitucional à iniciativa privada de oferecer assistência à saúde. Esse liberalismo possibilitou a abertura de empresas (planos de saúde) inspiradas nas seguradoras norte-americanas que, mediante pré-pagamento, oferecem uma assistência à parte da que é disponível pelos serviços públicos, em consultórios e hospitais privados conveniados. (PAIM, et al., 2011)

Segundo Carvalho (2013) a abertura de mercado em saúde gerou um acesso desigual, principalmente aos serviços de recuperação da saúde, deixando de centrar as queixas iniciais em APS, contrariando a Carta Magna do Brasil, que previa o acesso igualitário a tais serviços. Tornando-se o SUS um sistema para todos, respeitando equidade e priorizando quem não pode pagar, não havendo também pressão por parte dos detentores do poder econômico, político e social a melhoria dessa assistência à saúde (SUS), pois não o utilizam, na maioria das vezes, os serviços públicos de saúde.

Starfield (2002) pesquisou a situação de saúde em países desenvolvidos e enumerou evidências que indicavam que sistemas nacionais de saúde baseados em APS possuíam melhoras nos seguintes indicadores: mortalidade neonatal; mortalidade infantil; expectativa de vida nas mais diversas idades (1, 20, 65 e 80 anos); prevalência de crianças com baixo peso ao nascer; mortalidade por faixa etária. Esses sistemas também foram os que tiveram gastos per capita mais eficientes, com menor uso de recursos financeiros em medicamentos, além de apresentarem uma melhor satisfação dos usuários.

Foi identificado também segundo Anderson, Demarzo e Rodrigues (2007) que nesses países com forte sistema baseado em APS, apresentavam características específicas, tais como:

- a. Distribuição geográfica equânime de profissionais, conforme a necessidade da população;
- b. Formação médica voltada prioritariamente para Atenção Primária à Saúde;
- c. Ganho financeiro favorável dos médicos que atuam em Atenção Primária em relação aos demais especialistas;
- d. Presença de maioria numérica de médicos que atuam em Atenção Primária em relação aos demais médicos;
- e. Cobertura Universal dos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Em 2008, a OMS citou o Brasil como referência, com a apresentação de resultados encorajadores, com mudanças importantes nos indicadores de saúde, com destaque para a redução da mortalidade infantil (OMS, 2008). Em 2010, recebeu novo destaque do Relatório anual da OMS, o qual incluiu o Brasil dentre os países que tiveram grande progresso no processo de universalização do acesso aos serviços de saúde Organização Mundial de Saúde, (2010), por meio da ESF.

O Brasil tem aumentado consideravelmente o número de unidades de atendimento primário. No entanto, o número de especialistas em MFC formados está muito distante de acompanhar esse avanço da cobertura da APS no país, limitando a plena implantação desse modelo de atenção. (GIOVANELLA; STEGMULLER, 2013)

Nos últimos 10 anos, autores de diversos países desenvolvidos como Espanha, Alemanha, Portugal, Estados Unidos e especialmente a Inglaterra têm buscado compreender os motivos da escolha pela MFC, visando maior adesão de estudantes a esta carreira. Exemplo histórico da relevância nacional do assunto é uma meta-análise de Bland et al. (1995) realizada no período 1987-1993 sobre a escolha de especialidades em atenção primária nos EUA publicado pela revista *Academic Medicine*. O perfil dos alunos que escolheram a carreira de MFC: sexo feminino; faixa etária de maior idade; casados; experiências amplas na graduação; pais não-médicos; expectativas relativamente baixas de renda; interesse em lidar com diversidade de problemas de saúde e menos interesse voltado para prestígio, alta tecnologia e cirurgia.

Essa pesquisa identificou, ainda, a influência positiva, na escolha pela MFC entre os acadêmicos, da cultura das instituições em que eles foram treinados, especialmente pela importante representação acadêmica de corpo docente da atenção primária com dedicação exclusiva dentro de governança da instituição. Nessa meta-análise, entre os

fatores que prejudicaram a escolha pela MFC estão incluídos a falta de compreensão dos acadêmicos em relação à carreira de MFC que gera imagens distorcidas desta especialidade. (BLAND, et al, 1995)

Em contraponto, no Brasil, existem poucos estudos publicados sobre as escolhas profissionais dos estudantes de medicina. Dados oficiais dos conselhos de medicina e da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM) consideraram o número de ingressos em medicina por ano (18.177 alunos), menos de 1,14% optam por especializar-se em MFC. Com ociosidade de 71% das vagas de residência médica para MFC, totalizando um preenchimento de somente 209 das 710 vagas oferecidas no Brasil no ano de 2011.

Issa (2013), realizou uma pesquisa similar ao objetivo deste estudo aplicada a uma universidade pública de Goiânia concluiu que a desprecarização dos vínculos de trabalho na ESF, aliada a uma maior inserção dos especialistas em MFC na docência da graduação médica, é importante indutor de mudanças nas escolhas profissionais dos discentes.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Identificar o conhecimento sobre a atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) bem como os fatores influenciadores na escolha pela especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC) na amostra da pesquisa.

### **4.2 Específicos**

- a. Caracterizar o perfil sociodemográfico e comportamental dos estudantes do quinto e sexto ano dos Cursos de Medicina no Município de São Luis – MA em 2020.
- b. Analisar a percepção do graduando sobre a importância da ESF para os sistemas de saúde;
- c. Identificar fatores que geram interesse e desinteresse na especialidade de Médico de Família e Comunidade, a partir da visão dos acadêmicos entrevistados;
- d. Verificar as escolhas profissionais dos acadêmicos, incluindo as aspirações deles em trabalhar na ESF.

## 5 HIPÓTESES

A fim de compreender melhor a escolha da especialidade dos graduandos de Medicina, cabe neste estudo relacionar que o comportamento é influenciado pela sociedade, tradições, laços afetivos e familiares, bem como racionalização e valores ligados a vivência da prática durante a graduação.

De acordo com o conceito de “ação social” descrito por Max Weber (1991) em “Economia e Sociedade”, os fatores influenciadores da ação social não são puros; não podem ser compreendidos como únicas causas ou motivações da ação social. No entanto, essa classificação auxilia na sistematização e análise de determinado comportamento.

Para compreender melhor os sentimentos e as racionalizações inerentes à escolha de uma determinada carreira que proporcione realização profissional; um estudo clássico, tido como referência na área de administração de recursos humanos é o de Walton (1973), que enumera oito características de um ambiente que proporciona Qualidade de Vida no Trabalho (GARCIA, 2007):

- a. Compensação justa e adequada;
- b. Condições de trabalho seguras e saudáveis;
- c. Oportunidades imediatas para desenvolver e usar capacidades humanas;
- d. Oportunidades futuras para crescimento contínuo e garantia de emprego;
- e. Integração Social e organização;
- f. Constitucionalismo na organização – normas bem estabelecidas;
- g. Trabalho e equilíbrio com o espaço total da vida do indivíduo;
- h. Relevância social do trabalho.

Pela desarticulação e baixa cobertura da Atenção Primária à Saúde do município desencadeando fatores como baixo prestígio social, remunerações baixas e sem incentivo por produtividade, nem gratificação por título, ausência de direitos trabalhistas, o pouco contato com médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade durante o curso, a baixa resolutividade da ESF, com precárias condições de trabalho e a limitada possibilidade de ascensão profissional, podem se mostrar como fatores impeditivos a escolha da MFC (ISSA, 2013). O autor concluiu ainda que aspectos como relevância social, a atuação clínica abrangente e o vínculo com os pacientes, assim como um contato maior com médicos especialistas em MFC durante a graduação apresentam-se como influência positiva na percepção dos internos.

A valorização da ESF como local de trabalho e a valorização da Medicina de Família como Especialidade Médica com melhores salários, maior reconhecimento social do trabalho do MFC, além de garantia de direitos trabalhistas e condições para a realização pessoal no trabalho na ESF pelo especialista em MFC são fatores que devem ser incentivados em uma política de transformação do sistema de saúde baseado em APS. Assim como a inclusão de mais especialistas com residência em MFC na docência da graduação pode auxiliar na identificação do discente com essa especialidade.

## **6 METODOLOGIA**

### **6.1 Tipo de Estudo / Delineamento**

Trata-se de um estudo transversal de abordagem qualitativa e quantitativa, de natureza exploratória, realizado com alunos de Medicina no Município de São Luís – MA, realizado no período de janeiro a março de 2020.

### **6.2 Sujeitos do estudo**

Alunos nos dois últimos anos do Curso de Medicina das Universidades Federal do Maranhão e Ceuma já inseridos no Internato de Medicina durante o ano de 2020 que aceitarem participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **6.3 Seleção da amostra**

A população total de alunos dos dois últimos anos no Curso de Medicina dessas duas Instituições é de aproximadamente 488 alunos, mas por se tratar de um estudo qualitativo com critério de índice de saturação das respostas obtidas nas entrevistas o número amostral foi apenas de 63 alunos, que estavam matriculados de forma regular e apresentaram os seguintes critérios:

- a. Idade maior que 18 anos;
- b. Matriculados nos dois últimos anos (oitavo, nono, décimo e décimo primeiro período de Medicina);
- c. Já vivenciaram ou estão vivenciando práticas em APS durante a graduação de Medicina.

## 6.4 Logística

O método de aplicação dos questionários escolhido foi através da comunicação por aplicativo de mensagem, à luz da atual globalização, momento de pandemia por COVID-19 e possibilidade de comunicação pela internet, ampliando o acesso ao questionário, preenchimento legível, bem como completude do mesmo em horário flexível ao sujeito, auxiliando nas exposições de ideias, expectativas e vivências na prática.

O convite aos graduandos para participarem da pesquisa também foi feito por aplicativo de mensagem que permitiu a leitura e o preenchimento tanto do TCLE como do questionário. As respostas obtidas foram preenchidas durante os meses de maio a agosto de 2020, após a realização do projeto piloto que teve um total de 10 questionários respondidos e analisados no mês de fevereiro.

O pesquisador participou de todas as fases do estudo, sendo o responsável pela elaboração dos instrumentos, pelo contato com os sujeitos da pesquisa, e também pela realização das entrevistas, transcrição de seus conteúdos, organização, codificação, categorização e interpretação dos dados coletados.

## 6.5 Principais variáveis coletadas no questionário com três etapas

- ✓ Características sociodemográficas e comportamentais;
  - a. Idade
  - b. Procedência
  - c. Sexo
  - d. Raça
  - e. Estado Civil
  - f. Filhos
  - g. Renda Familiar
  - h. Escolaridade dos Pais
  - i. Familiares médicos?
  - j. Familiares médicos especialistas?
  
- ✓ Cenário onde deseja atuar (privado/público/interior/capital)



- ✓ Avaliação da Carreira de Médico de Família e Comunidade – Likert<sup>1</sup> (1932): Ótima x Boa x Regular x Ruim x Péssima.

Em seguida, o questionário apresenta questões subjetivas no modelo de entrevista semiestruturada. Entretanto, devido à flexibilidade do método, durante o processo de entrevistas, novas questões foram levantadas e outras reformuladas para obtenção dos objetivos da pesquisa. O instrumento foi desenvolvido com base no referencial teórico sobre APS de Starfield, (2002):

- ✓ Roteiro de entrevista semiestruturada:
  - a. Você já escolheu qual especialidade médica seguirá? Qual é a sua escolha?
  - b. Qual a importância da ESF para o Sistema Único de Saúde?
  - c. Você aspira trabalhar na ESF?
  - d. Se pretende trabalhar na ESF, como seria?
  - e. Em sua opinião, a partir da sua experiência na ESF durante o curso, o que pode influenciar no seu interesse por abraçar a carreira de Médico de Família e Comunidade?

## 6.6 Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado de fevereiro a abril de 2020 com intuito de analisar as possíveis respostas à pergunta norteadora e avaliação dos resultados obtidos para realização de possíveis correções necessárias ao estudo.

## 6.7 Pressupostos metodológicos

A pergunta norteadora da pesquisa é “Qual a percepção do médico em formação no cenário do Maranhão (capital, interior, setor público ou privado) sobre as atribuições e o papel do Médico de Família e Comunidade? Quais seriam os fatores que motivariam e distanciariam os sujeitos a essa escolha?”

---

<sup>1</sup> Escala de Likert: o modelo adotado foi do tipo Likert, que objetiva verificar o nível de concordância do indivíduo com uma proposição que expressa algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico. Espera-se que os indivíduos que apresentem atitudes favoráveis a determinado tema possivelmente concordem com itens que expressem algo positivo sobre a questão, e aqueles com atitudes negativas concordem com itens que expressem aspectos desfavoráveis ao tema e discordem daqueles que salientem pontos positivos. (MIRANDA, 2008).

Conforme dito anteriormente, os sujeitos escolhidos para a pesquisa foram os alunos que estavam nos dois últimos anos da graduação, partindo do princípio que estes já teriam passado por vivências e práticas relacionadas à APS.

A coleta e análise dos dados foi iniciada em maio de 2020 para visão do conjunto e assimilação das particularidades das ideias recebidas pelos questionários que contou com um total de 63 estudantes, sendo 30% da Universidade Ceuma, 68% da Universidade Federal do Maranhão, em São Luís – MA.

Utilizou-se o método de Análise temática de Santos (2012) as perguntas subjetivas que após a leitura e visão de conjunto, iniciou-se o recorte dos pressupostos iniciais, categorizados em unidades de sentido.

As perguntas e respostas do questionário foram categorizadas conforme o questionário em anexo. Para a análise e categorização das perguntas 14 e 17 será utilizado o método de análise de Santos (2012) que requer a seguinte sequência:

- a. Visão do conjunto;
- b. Apreensão das particularidades;
- c. Elaboração dos pressupostos iniciais;
- d. Enquadrar informações em formas pré-definidas de classificação;
- e. Realizar inferências e analisar novos pressupostos;
- f. Elaborar textos por termos encontrados

## **6.8 Análise de dados do Estudo Piloto: Sujeitos da Pesquisa**

As informações socioeconômicas buscam evidenciar o perfil dos sujeitos testados, conforme estão representadas a seguir na Tabela 1 e nos gráficos 1 e 2. As características dos sujeitos estudados neste projeto piloto revelam dados semelhantes a outros estudos.

Tabela 1 - Variáveis socioeconômicas dos graduandos testados no município de São Luís – MA, de ambas as Universidades.

Categorias	Variáveis	n	%
Idade	Menos de 24 anos	22	35,5
	De 24 a 28 anos	28	45,2
	Acima de 28 anos	12	19,4
Procedência	Bacabal - MA	2	3,2
	Brasília - DF	1	1,6
	Dom Pedro - MA	1	1,6
	Fortaleza - CE	2	3,2
	Imperatriz - MA	8	12,9
	Luanda, Angola	1	1,6
	Minas Gerias - MG	1	1,6
	Pastos Bons - MA	1	1,6
	Pato Branco - PR	1	1,6
	Pedreiras - MA	1	1,6
	Picos - PI	1	1,6
	Pinheiro - MA	1	0,6
	Santa Inês - MA	2	3,2
	São Luís - MA	37	59,7
	Sobral - CE	1	1,6
Teresina - PI	1	1,6	
Gênero	Feminino	37	59,7
	Masculino	25	40,3
Cor	Branca	27	43,5
	Negra	4	6,5
	Parda	28	45,2
	Preto	3	4,8
Estado Civil	Solteiro (a)	54	87,1
	Casado (a)	6	9,7
	União Consensual	2	3,2
Tem Filhos?	Não	57	91,9
	Sim	5	8,1
Renda Familiar	Acima de 10 salários	19	30,6
	De 5 a 10 salários	21	33,9
	de 2 a 5 salários	20	32,3
	Até 1 salário	2	3,2
Escolaridades dos Pais	Nível Superior	41	66,1
	Nível Médio	17	27,4
	Nível Fundamental	4	6,5
Tem familiares médicos?	Sim	26	41,9

	Não	36	58,1
Especialidade médica dos familiares	Sem especialidade	3	4,8
	Ortopedista	1	1,6
	Pediatra	4	6,5
	Psiquiatra	1	1,6
	Radiologista	3	4,8
	Urologista	1	1,6
	Anestesiologia	3	4,8
	Cirurgia Geral	2	3,2
	Gastroenterologia	2	3,2
	Generalista	4	6,5
	Intensivista	1	1,6
	Ginecologista e Obstetrícia	1	1,6
Cenário de Atuação	Capital - Privado	31	50,0
	Capital - Público	18	29,0
	Interior - Privado	5	8,1
	Interior - Público	8	12,9
Carreira de MFC	Ótima	7	11,3
	Boa	22	35,5
	Regular	27	43,5
	Ruim	3	4,8
	Péssima	3	4,8
Especialidade escolhida	Ainda Não escolhi	32	51,6
	Anestesiologia	5	8,1
	Dermatologia	1	1,6
	Emergência	2	3,2
	Gastroenterologia	1	1,6
	Ginecologista e Obstetrícia	3	4,8
	Hematologia	1	1,6
	Neurologia	3	4,8
	Oftalmologia	1	1,6
	Pediatria	3	4,8
	Pneumologia	1	1,6
	Psiquiatria	2	3,2
	Radiologia	1	1,6
	Reumatologia	1	1,6
	Radiologia Intervencionista	1	1,6
	Terapia Intensiva	1	1,6
	Urologia	2	3,2
	Cirurgia Geral	1	1,6

O perfil etário dos graduandos é em sua maioria de jovens com intervalo médio de 6 a 10 anos entre a conclusão do ensino médio e início do ensino superior; com faixa etária de 24 a 28 anos (45,2%), seguidos de menos de 24 anos (35,5%) e, por fim, acima de 28 anos (19,4%), o que mostra um aumento de adultos mais velhos sendo inseridos na carreira de médico.

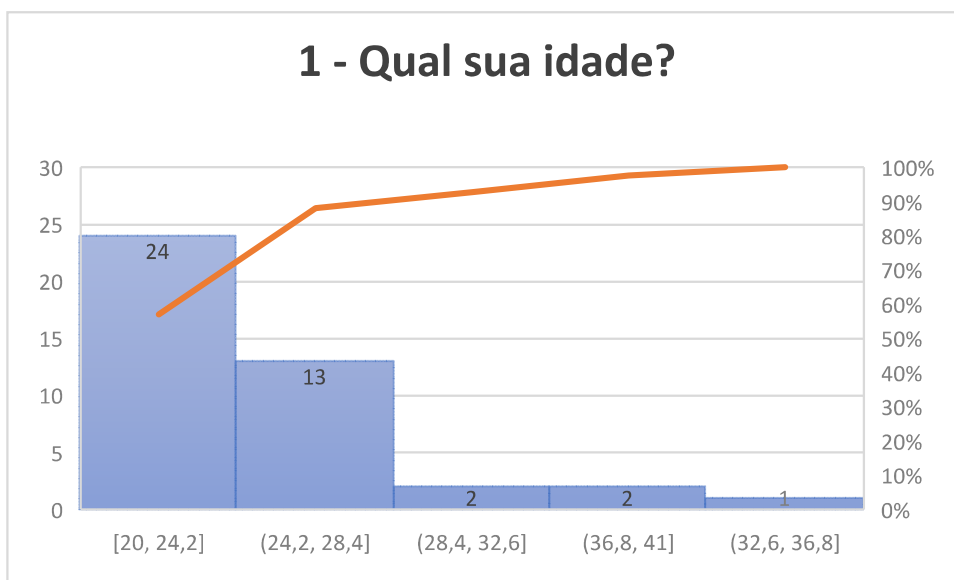


Gráfico 1 – Quantidade de graduandos participantes do estudo de acordo com a idade.  
Fonte: Dados obtidos através das entrevistas com os estudantes, 2020.

De acordo com estudo realizado no Canadá, por Scott et. al.(2011), a maior tendência à escolha da carreira de MFC está entre acadêmicos mais velhos, entretanto, na amostra avaliada, essa especialidade não foi citada.

Uma das principais hipóteses sugeridas após a avaliação das respostas apresentadas para essa questão (pergunta 17 “Em sua opinião, a partir da sua experiência na ESF durante o curso de Medicina, o que pode influenciar seu interesse por escolher a carreira de Médico de Família e Comunidade?”) seria no âmbito da educação em saúde, a pouca vivência durante a graduação, experiências pouco motivadoras e sem padronização, inexistência de residência médica na área e no âmbito da rede de saúde, dificuldade de insumos, estrutura física e organizacional de trabalho na rede de saúde municipal ineficaz, além de baixa remuneração e inexistência de um plano de carreira.

Foi encontrado na amostra analisada um percentual de 67,7% de alunos procedentes de capitais, São Luís - MA com total de 59,7%, Fortaleza - CE 3,2%, Belo Horizonte - MG 1,6%, Teresina – PI 1,6% e Brasília – DF também com 1,6%, seguidos de 24,8% de alunos procedentes de interiores locais (Bacabal, Imperatriz, Dom Pedro,

Pedreiras, Pinheiro, Pastos Bons e Santa Inês) e 4,8% provenientes de interior de outros Estados como, Pato Branco, no Paraná; Picos – PI e Sobral – CE, além de um aluno proveniente de Luanda, Angola.

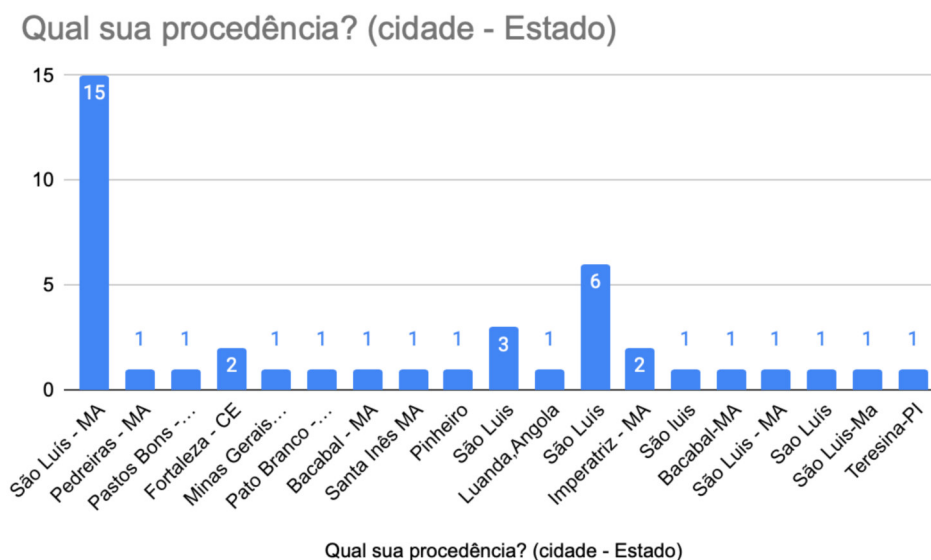


Gráfico 2 – Distribuição dos graduandos participantes do estudo de acordo com a procedência.  
Fonte: Dados obtidos através de entrevistas com alunos, 2020.

De acordo com estudos de Machado (1997), realizado no Brasil e Gill, et.al (2012) realizado no Canadá foi encontrado, diferentemente do atual estudo, uma predominância de graduandos procedentes do interior, aumentando a probabilidade dos graduandos a atuarem no interior das cidades, favorecendo maior influência à opção pela Medicina de Família. Entretanto, apesar da população estudada apresentar um total de 29,7% proveniente de interiores, a especialidade não foi citada.

Em consonância com Vanesse et. al (2011) realizado no Canadá, além do sexo predominante ter sido o feminino (59,7%), demonstrando uma progressiva feminilização da profissão médica, há um maior percentual de escolha por especialidades clínicas, como ginecologia, pediatria. Entretanto neste estudo constatou-se um total de 51,6% de sujeitos indecisos quanto à sua opção de carreira médica.

### Qual seu sexo?

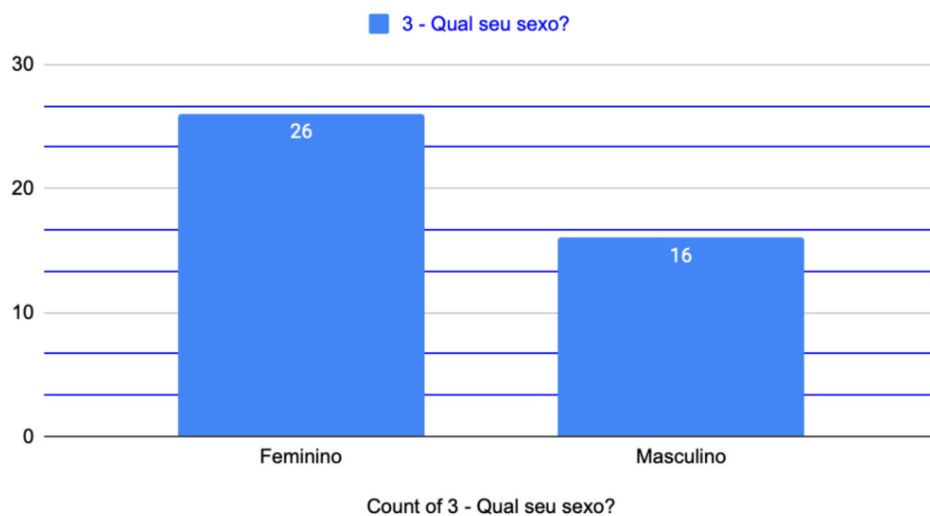


Gráfico 3 – Distribuição dos graduandos de acordo com sexo.  
Fonte: Dados obtidos através de entrevistas com alunos, 2020.

Quanto à questão da raça foi encontrado um percentual de 43,5% de alunos da raça branca, determinando maioria e conformidade com o estudo de Machado (1997), porém diferente do estudo citado, houve 11,3% de alunos da raça negra ou preta e 45,2% pardos, o que demonstram uma ampliação do acesso ao Curso de Medicina através de cotas obrigatórias nas Universidades públicas.

### Count of 4 - Qual sua raça?

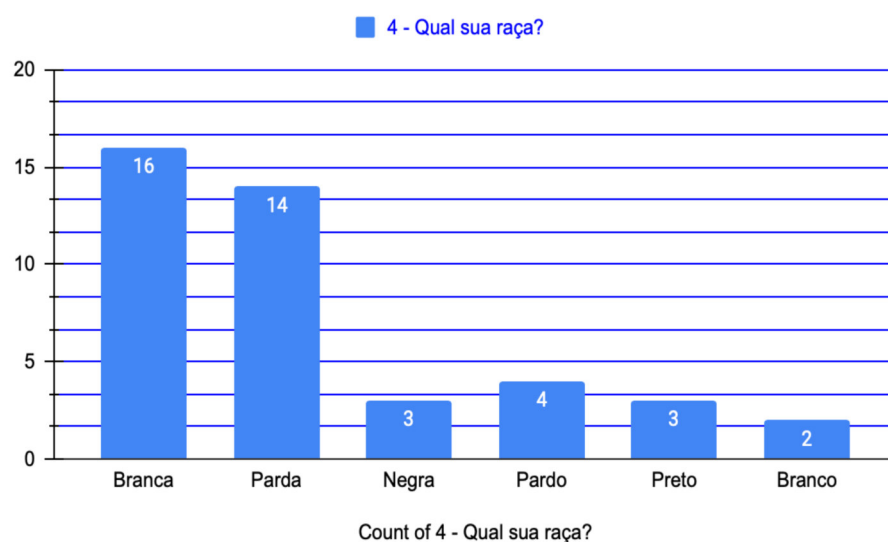


Gráfico 4 – Distribuição dos graduandos de acordo com a raça.  
Fonte: Dados obtidos através de entrevistas com alunos, 2020

De acordo com o IBGE, pessoas em torno de 25 anos se casam ou constituem união estável. A amostra analisada difere da população geral por ter em sua maioria (87%) jovens solteiros. Estudos realizados no Canadá por Scott et al (2011) e Kiolbassa, (2011) na Alemanha encontraram uma maior relação entre graduandos casados e opção por atuação em MFC, pela justificativa de equilíbrio entre a vida familiar pessoal e o trabalho. Neste estudo dos 9,6% que se denominaram casados, além de 8% referirem ter filhos não mencionaram a especialidade de Medicina de Família e Comunidade.

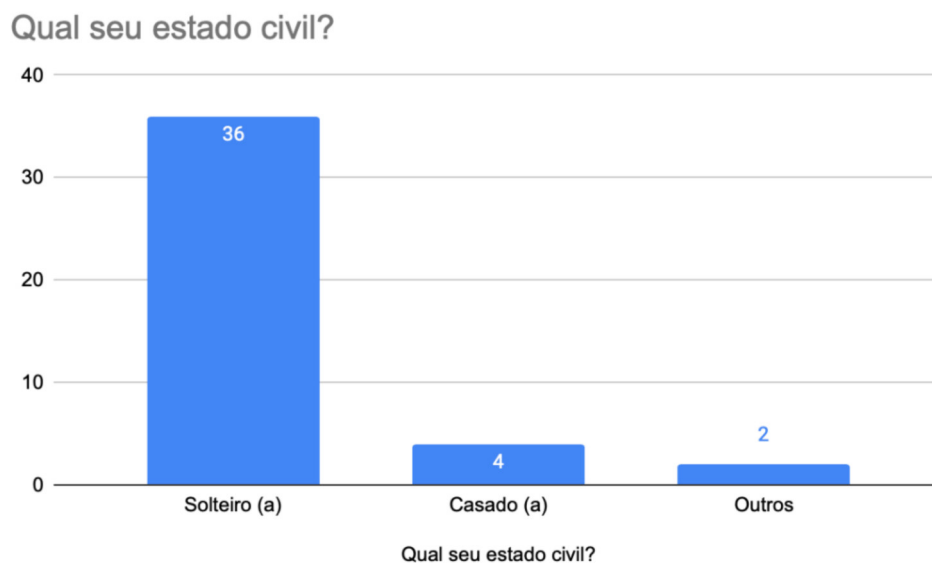


Gráfico 5 – Distribuição dos graduandos de acordo com o estado civil.  
Fonte: Dados obtidos através de entrevistas com alunos, 2020

Em relação à renda família, que foi classificada de acordo com o número de salários mínimos no valor de R\$ 1.039,00, foi encontrado um percentual de 33,8% com valor salarial médio de R\$ 7.273,00, 32,2% com média de R\$3.117,00, 30% com valor salarial médio de R\$ 10.390,00, e por fim 3,2% com renda familiar média de R\$1.039,00. Em contrapartida não houve na amostra alunos em situação de vulnerabilidade, com salário menor que R\$1.039,00, estando de acordo com o estudo de Issa (2013).



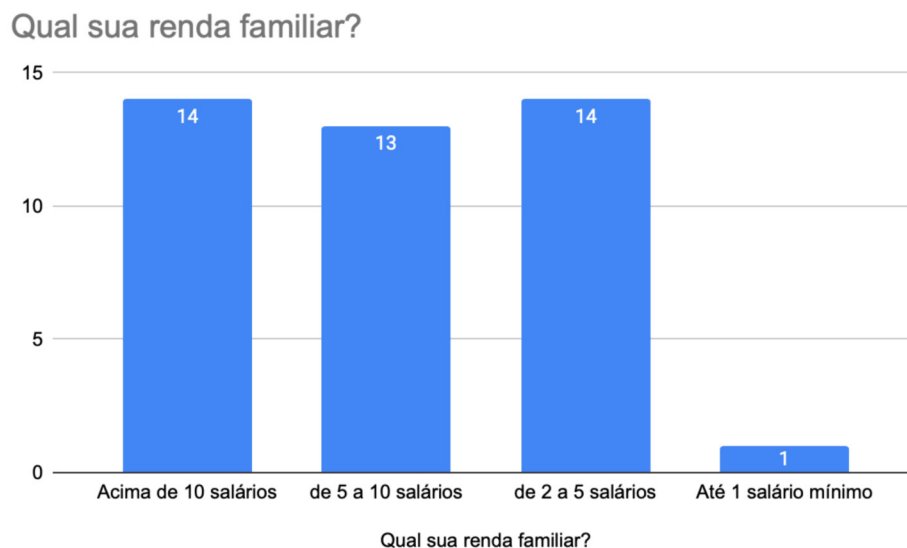


Gráfico 6 – Renda Salarial Familiar dos graduandos.

Fonte: Dados obtidos através de entrevistas com alunos, 2020

Na população geral brasileira, o percentual de famílias com renda maior que R\$10.000,00 fica em torno de 16,6%. De acordo com Ferreira et al (2000) foi observada predominância de uma elite brasileira dentre os acadêmicos de Medicina. Essa característica dificultaria o interesse pela APS, por ter baixo retorno financeiro no Brasil, segundo a maioria das justificativas apresentadas nesta pesquisa, a baixa remuneração do MFC.

Quanto à escolaridade dos pais dos graduandos, 66,1% tem nível superior e um percentual de 41,9% de alunos com familiares médicos, especialistas em Clínica Médica (10%), Gastreenterologia (10%), Pediatria (20%), Neonatologia (3%), Cuidados Paliativos (3%), Anestesiologia (3%), Cirurgia Pediátrica (3%) e Cirurgia Geral (10%).

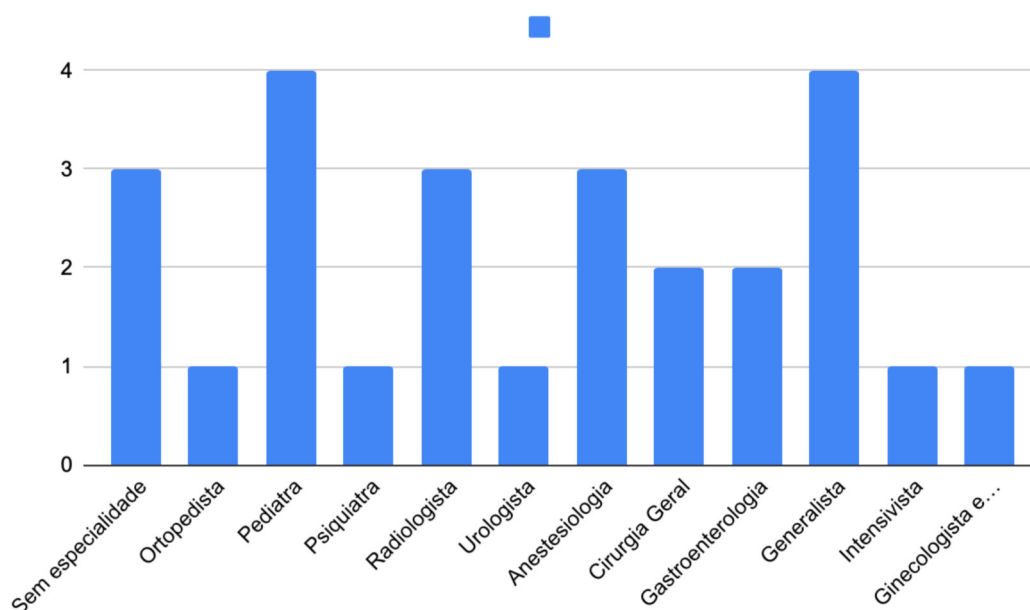


Gráfico 7– Especialidade médica dos familiares.

Fonte: Dados obtidos através de entrevistas com alunos, 2020

Em estudos anteriores Scott et. al, (2011) existe uma relação negativa da presença de pais com formação universitária e a escolha por MFC, que não podemos relacionar nesta pesquisa, por ninguém ter escolhido a especialidade MFC. Outro ponto a ser comentado é que 70% dos familiares médicos tem alguma especialidade, mas nenhum sendo MFC.

Também se faz necessário comentar que a percepção dos graduandos com a realização profissional dos pais torna-se uma inferência possível para a escolha da especialidade a seguir.

De acordo com a tabela abaixo 50% dos alunos tem como preferência atuar na Capital e no setor privado, em seguida 29% pretendem trabalhar no setor público também na capital. Como preferência pelo Interior, apenas 8,1% optaram desde que em setor privado e 12,9% por trabalhar no interior em Setor Público.

De acordo com Ferreira et. al (2000) existe uma resistência a atuação no setor público pelas inúmeras deficiências estruturais. Neste estudo, a justificativa de deficiência estrutural do Sistema de Saúde é citada em 90% das respostas aos fatores influenciadores ou não pela escolha de MFC.

Tabela 2. Avaliação da carreira de MFC e Expectativas profissionais dos dez graduandos testados nesse estudo piloto no Município de São Luís – MA, de ambas as Universidades.

Variáveis	Categoria	n	%
No auge da carreira	Capital - Privado	31	50,0
	Interior - privado	5	8,1
	Capital - Público	18	29,0
	Interior - Público	8	12,9
Avaliação MFC	Ótima	7	11,3
	Boa	22	35,5
	Regular	27	43,5
	Ruim	3	4,8
	Péssima	3	4,8
Especialidades Escolhidas	Ainda não	32	51,61
	Anestesiologia	5	8,06
	Dermatologia	1	1,61
	Emergência	2	3,23
	Gastroenterologia	1	1,61
	Ginecologia e Obstetrícia	3	4,84
	Hematologia	1	1,61
	Neurologia	3	4,84
	Oftalmologia	1	1,61
	Pediatria	3	4,84
	Pneumologia	1	1,61
	Psiquiatria	2	3,23
	Radiologia	1	1,61
	Reumatologista	1	1,61
	Sim, Cirurgia Geral	1	1,61
	Sim. Radiologia Intervencionista.	1	1,61
	Terapia intensiva	1	1,61
	Urologia	2	3,23

Como podemos verificar na tabela acima, a maioria dos alunos (43,5%) classificou a carreira de MFC como “regular”, seguida de 35,5% classificou como “boa” e 11,3% como “ótima” e 4,8 como “ruim” e/ou péssima.

Quanto à escolha da especialidade MFC esta não foi citada como preferência de carreira a ser seguida, apesar de um percentual de 51,6% ainda estarem indecisos e com várias citações e demonstrações de interesse em seguir a carreira na questão condicionadas a situações que precisam ser aperfeiçoadas, através da pergunta “Em sua opinião, a partir da sua experiência na ESF durante o curso de Medicina, o que pode influenciar seu interesse por escolher a carreira de Médico de Família e Comunidade” ocorreram com

frequência argumentos opositivos relacionados aos problemas encontrados na prática clínica, como infraestrutura, reconhecimento, valorização profissional, entre outros.

A baixa adesão à MFC torna o Sistema de Saúde frágil e ineficiente no quesito promoção da equidade e qualidade da assistência com integração de rede e descentralização. Assim, como no estudo de Issa (2013), realizado em Goiás, nenhum graduando optou pela especialidade de MFC.

O fortalecimento da APS tem sido assunto incentivado como tendência mundial seja no setor público como no setor privado. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) assinou no mês de fevereiro de 2020, um acordo de cooperação com o Institute for Healthcare Improvement (IHI), o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) para o projeto “Cuidado Integral à Saúde” – Projetos-Piloto em Atenção Primária à Saúde (APS) que incentiva planos de saúde a ter como a APS composta por médicos de família e Comunidade, a porta de entrada ao Sistema de Saúde.

A exigência por uma especialidade médica para atuar na APS é uma realidade na Europa e no Canadá. Decisões políticas têm sido tomadas na gestão para aumento da atração pela MFC com o intuito de reequilíbrio das escolhas médicas sobre suas especialidades. Haja visto, essas informações aumentam a importância da verificação das razões para opção da especialidade de MFC e consolidação da APS, sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde nacional, seja na esfera pública ou privada (DEUTSCH et al, 2013).

#### 6.8.1 Análise de dados do Estudo Piloto: análise das entrevistas

Após leitura flutuante e visão do conjunto, formatamos e categorizamos as informações obtidas nas seguintes questões:

- a. A importância da ESF para os Sistemas de Saúde no Brasil;
- b. Vivências e experiências na ESF durante o Curso de Medicina;
- c. Fatores influenciadores para a escolha da carreira de Médico de Família e Comunidade.

## 7 A IMPORTÂNCIA DA ESF PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL

A Estratégia de Saúde da Família é a ideia estruturante para a Atenção Primária à Saúde que recebeu esse nome pelo termo primário ou primitivo. Já o termo básico foi incluído por transmitir a ideia de base ou fundamento (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A pergunta “Qual a importância da Estratégia de Saúde da Família para os Sistemas de Saúde no Brasil?” busca conhecer a percepção do aluno sobre os atributos da APS. De acordo com Starfield em (2002), os atributos da APS serão relacionados a seguir com as falas e percepções principais.

Atributos	Ideias levantadas	Percepções principais
Acesso	<p>“A ESF é a base para os sistemas de saúde e a melhor forma de levar acesso à saúde para a população e realmente fazer a diferença”</p> <p>“É a porta de entrada e espaço de educação em saúde contínua à população”</p> <p>“Quando aplicada de forma eficiente, consegue desafogar a atenção terciária”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso e porta de entrada</li> <li>• Resolutividade</li> <li>• Base do sistema de saúde</li> <li>• Sustentabilidade</li> <li>• Integração de rede</li> </ul>

Integralidade	<p>“Faz assistência das pessoas e das doenças no seu cerne”</p> <p>“O paciente é visto em todo seu aspecto biopsicossocial.”</p> <p>“Redes de apoio com interação mais efetiva entre as equipes multiprofissionais”</p> <p>“Permite através das notificações, traçar perfis epidemiológicos populacionais”</p> <p>“Resolutividade aproximada de 80% dos problemas levados a consulta com redução de gastos importante”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolutividade;</li> <li>• Multidisciplinaridade;</li> <li>• Rede Integrada com maior efetividade;</li> <li>• Prevenção em saúde comunitária;</li> </ul>
Longitudinalidade	<p>“Aprofundar os vínculos da equipe multiprofissional com a população regional”</p> <p>“Manutenção do vínculo com a população”</p> <p>“Aprofundar os vínculos”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Local de atuação tem privilégio para construção do vínculo;</li> <li>• Tempo de vínculo tem relação direta com sucesso do atributo;</li> </ul>
Coordenação	<p>“Referência e contra referência de maneira eficaz”</p> <p>“Articulação com os outros níveis de atenção”</p> <p>“Prevenção de doenças crônicas de alta prevalência na sociedade e evitar complicações”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de integração e comunicação da rede;</li> <li>• Manejo de doenças crônicas;</li> </ul>

<p style="text-align: center;">Participação Social</p>	<p style="text-align: center;">“Melhora dos determinantes sociais e indicadores de saúde”</p> <p style="text-align: center;">“Reduzir várias questões que se propagam por falta de informação”</p>	<p style="text-align: center;">Ações educativas de promoção de saúde;</p> <p style="text-align: center;">Atuação em comunidades.</p>
--	--	--

Quadro 1 – Percepção dos graduandos sobre a importância da ESF

#### a. Acesso e porta de entrada

De acordo com Gérvas e Fernández (2012), o acesso desburocratizado com gestão de agenda otimizada promove acolhimento, satisfação e vínculo à equipe de referência, sendo um fator de melhoria significativa aos indicadores de saúde e os determinantes sociais, com redução da taxa de mortalidade infantil.

No presente estudo, a expressão “porta de entrada” foi utilizada oito vezes. A segunda expressão mais utilizada, que incluímos nesta categoria, é a “base do sistema”, presente em cinco falas. Essa expressão revela a percepção dos acadêmicos da ESF como fator estruturante aos Sistemas de Saúde.

Os discentes compartilham o discernimento que uma situação de “afogamento” dos hospitais é causa principal ao não funcionamento completo da estratégia concordando com os estudos de Cavalcante Neto (2008) e Lopes, Vilasbôas e Castellanos (2009), que avaliaram egressos do ABC Paulista e Ceará, delegando uma relação de causa-efeito entre eficiência da APS e a redução da sobrecarga nos outros Serviços de Saúde.

#### b. Integralidade

Para aumento da resolutividade dos problemas na APS, o médico da porta deve atender várias faixas etárias e diversos agravos de saúde, possibilitando uso racional da tecnologia e encaminhamentos a especialistas focais. (STARFIELD, 2002).

Nesta pesquisa foi muito enfatizada a resolutividade do médico da ponta, mas notou-se também ideias de limitação do cenário na prática pela ausência de formação médica adequada na rede de APS local, conforme os comentários: *“Infelizmente os médicos que trabalham nas UBS não são bem remunerados e são despreparados para*

*atender paciente, são médicos generalistas que, muitas vezes, saem da graduação "cru"s. O IDEAL era que todo médico generalista que quisesse trabalhar na ESF deveria ter feito RESIDENCIA em Medicina da família tornando-se mais capacitado, com condutas éticas e responsáveis; “A residência faz toda a diferença na formação dos médicos num país onde as faculdades de Medicina não possuem um ensino padronizado nem formas de avaliações adequadas”*

Na opinião deste aluno, acontece uma discrepância entre a teoria e a prática, onde os médicos que atuam na APS local não são qualificados, necessitando não só de uma padronização das escolas médicas, como também do incentivo à realização da Residência médica em Medicina de Família e Comunidade.

A Declaração de Edimburgo em 1986 motivou mudanças na educação médica defendendo a atuação do aluno na área após fim do curso, com padronização.

Na visão de um aluno avaliado, a proposta da atenção integral envolve o tratamento de doenças e políticas de prevenção voltados para a comunidade atuando nos determinantes sociais do processo saúde-doença, como visto na seguinte fala: *“O médico de família é capaz de proporcionar cuidados essenciais a saúde da população, tanto na prevenção e promoção da saúde, educação em saúde, pelo vínculo com a população”*.

Dados semelhantes em relação à baixa ênfase na promoção e prevenção à saúde foram encontrados em pesquisa quantitativa realizada na Finlândia, na qual aponta que apenas 38% dos acadêmicos consideraram que a promoção à saúde era um objetivo importante da Atenção Primária (KUIKKA et al., 2012).

### c. Longitudinalidade

A necessidade de se garantir a continuidade no cuidado, por meio do adequado registro e armazenamento das informações, da oferta de um local único de referência para a maioria das demandas de saúde da população e a construção de uma relação de confiança entre profissionais de saúde e usuário do sistema, caracterizam a presença de um vínculo longitudinal dentro de um serviço de APS (STARFIELD, 2002; CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Um aluno levantou um dado importante sobre Longitudinalidade, relação médico - paciente como uma marca positiva para atrair acadêmicos para a Medicina de Família. *“O MFC é o médico mais completo para levar cuidado a população adscrita. O*



*fato dele acompanhar aos pacientes desde o nascimento até seus momentos finais permite um cuidado mais integralizado”.*

DEUTSCH et al. (2013) verificaram que os estudantes tiveram uma percepção positiva da relação a longo prazo do MFC com o paciente. Gill et al. (2012) também identificaram essa valorização, principalmente, por parte de estudantes de origem rural (87,3% contra 45,3% de estudantes de origem urbana).

#### d. Coordenação do Cuidado

A habilidade gerencial de se relacionar em equipe e de trabalhar com os demais níveis de atenção é característica fundamental da APS. Tal característica é um dos atributos da APS, na perspectiva da Coordenação do Cuidado, na qual o profissional necessita articular com os níveis secundários e terciários, de modo a acompanhar o tratamento dos usuários de seu território, fornecer informações a respeito do estado anterior de saúde destes indivíduos, além de receber dos especialistas orientações sobre problemas menos comuns que surgirão e necessitarão da cooperação entre os diversos níveis de atenção (STARFIELD, 1994).

*“Além disso, o Médico de família entende a importância de um trabalho em equipe, com interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. A especialidade me atrai muito, porém ainda é muito desvalorizada.”.* Este atributo somente foi percebido através da interação da equipe com o objetivo de atenção a saúde das pessoas, a partir de uma visão interdisciplinar.

#### e. Participação Social

Andrade, Bueno e Bezerra (2012) defendem que a ESF trouxe impacto significativo na gestão de saúde no Brasil, em especial com respeito ao controle social. À medida que há maior proximidade com a população, há um aumento da participação comunitária nas decisões de relevância local, possibilitando inclusive experiências de melhor regulação pelos Conselhos de Saúde e de avaliação e planejamento compartilhados. As atividades de cogestão vão ao encontro da Política Nacional de Atenção Básica que inclui todos os profissionais como responsáveis por promover o protagonismo da participação comunitária na Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Nesta pesquisa, este atributo foi percebido com falas que envolviam aspectos de ações de educação em saúde e melhorias nos determinantes sociais e de saúde e doença:

*“Melhora dos determinantes sociais e indicadores de saúde”; “Reduzir várias questões que se propagam por falta de informação”.*

### **7.1 Vivências e experiências na ESF durante o curso de Medicina**

Durante a análise dos questionários, além da percepção sobre conceitos teórico e práticos da Estratégia de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade, faz-se necessário identificar quais vivências e experiências os graduandos adquiriram durante o curso. Pode-se demonstrar através das falas como:

- a. A experiência com MFC no curso é péssima.*
- b. Tive pouco interesse despertado durante as aulas teóricas.*
- c. A vivência na comunidade é engrandecedora*
- d. A experiência foi muito boa pelo conhecimento, profissionalismo e humanização, me permiti sair da bolha: sinais-sintoma-conduta, dando importância a saúde integral e escuta qualificada.*
- e. Há falta de preparo aos preceptores para orientar alunos quanto a realidade da prática*
- f. Minhas vivências no curso possibilitaram perceber heterogeneidade das Unidades, dependentes da gestão de saúde envolvida.*

Não há dúvidas de que existe consenso de que Programas de Residência, bem como Programas de Formação de preceptores possuem forte influência estratégica na formação de profissionais qualificados para atuação no Sistema Único de Saúde (MARINHO, 2018)

De acordo com estudo realizado na Universidade de Montes Claros demonstrou que equipes onde atuavam profissionais com Residência em Medicina de Família e Comunidade apresentaram escores dos atributos da APS mais elevados do que os escores das equipes onde os profissionais não possuíam tal qualificação. Os autores concluíram que a especialização na modalidade Residência de Medicina de Família e Comunidade para médicos apresenta potencialidades para a transformação do modelo de atenção, a partir dos atributos da APS (LEÃO; CALDEIRA, 2011).

De acordo com Zambon (2015), ainda não há programas específicos de formação de professores em Medicina de Família e Comunidade, mas, a partir da nova Diretriz Curricular para os cursos de Medicina, de junho de 2014, temos a indicação

explícita da necessidade de adequação dos Cursos de Medicina para terem a formação de seus alunos no Serviço de Atenção Primária desde os primeiros anos e aumento de horas do internato nessa área. Isso está fazendo com que os novos Cursos de Medicina procurem por professores que sejam Médicos de Família e Comunidade.

## 7.2 Fatores influenciadores para a escolha da especialidade MFC

A respeito dos fatores influenciadores à escolha da especialidade, foram encontrados tanto fatores positivos (a atuação nas comunidades, sua relevância social e resolutividade), como negativos (o não reconhecimento da especialidade na prática da APS local e a experiência ineficaz durante a graduação).

Seguindo o modelo de categorização metodológica de ISSA em 2013, os fatores influenciadores da escolha profissional pela MFC, foram separados em duas categorias:

- a. Fatores relacionados aos fins, ou seja, que motiva o indivíduo a escolha da especialidade;
- b. Fatores relacionados a valores, percepção da prática profissional concomitante aos princípios ético-morais.

Dentre os **fatores relacionados aos fins**, foram identificados:

- a. Honorários médicos;
- b. Plano de cargos e salários;
- c. Estrutura física da APS e rede integrada;
- d. Reconhecimento por parte da população.

Dentre os **fatores racionais referentes aos valores**, foram identificados:

- a. Vivência durante o curso com especialistas em MFC;
- b. Necessidade de Residência Médica;
- c. Contato com a comunidade;
- d. Comprometimento social;

Apesar de nenhum aluno, na amostra estudada, ter optado pela especialidade Medicina de Família e Comunidade, foi observado um percentual de 51% de graduandos indecisos, sem optar por qualquer especialidade. Pode-se atribuir isso a fatores

relacionados à alta concorrência das especialidades focais e mais comumente citadas no estudo (Ginecologia, Pediatria, Anestesiologia e Neurologia) ou baixo reconhecimento da especialidade por hipóteses formuladas a seguir.

Assim como no estudo de Cavalcante Neto (2008) observou-se que os internos, ao serem entrevistados em relação à escolha profissional, não optaram pela especialidade de MFC como carreira final ao ser almejada, entretanto, 88,7% dos estudantes pretendem atuar provisoriamente no início da carreira.

Muller (2010) encontrou situação semelhante no sul do Brasil, ao pesquisar 164 acadêmicos de duas universidades e somente dois internos (1,2%) almejavam se especializar em Medicina de Família. Diante destes resultados, uma análise mais aprofundada dos motivos da não escolha da MFC pelos internos torna-se ainda mais relevante.

Os achados brasileiros diferenciam-se dos encontrados em outros países com Sistemas Universais de Saúde como no Reino Unido, Canadá e Espanha, onde a escolha profissional por MFC pelos discentes está em torno de 20, 35 e 27,5% respectivamente Lampert et al (2009), provavelmente pela não necessidade de títulos para atuação na atenção primária, o que acaba por desvalorizar a especialidade, tanto por parte dos profissionais, como por parte da população. É possível perceber bem esses conceitos na fala de um aluno: *“O médico de família concorre com recém-formados”*

Quanto aos **fatores racionais referentes a fins**:

a) Os honorários médicos:

A baixa remuneração é um fator citado na grande maioria dos comentários, mostrando-se fator negativo e forte influenciador para a não escolha da especialidade. “A oportunidade de interferir positivamente na vida dos pacientes. No entanto, a questão financeira ainda me gera dúvidas.” (UFMA)

O salário de um médico que atua na APS local pode ser diferente de acordo com duas possibilidades: atuar através do Programa Médicos pelo Brasil, programa de incentivo à ocupação de vagas por médicos em equipes de Estratégia de Saúde da Família, com renda mensal e bolsa paga pelo Ministério da Saúde no valor de R\$10.000,00, com carga horária de 40 horas semanais, ou atuar como médico vinculado ao município com renda de R\$ 6.000,00 e carga horária de 24 horas semanais.

Conforme resultados apresentados anteriormente na caracterização socioeconômica onde a renda familiar foi de um percentual de 30% com valor salarial

médio de R\$ 3.500,00, 30% com média de R\$7.500,00 e 30% com valor salarial acima de R\$10.000,00, ao se estabelecer a meta praticada em outros Estados, como o Rio de Janeiro, de R\$ 10.000,00 com carga horária de 40 horas semanais, pagamento através de CLT, além de existir a possibilidade de após a realização da residência em Medicina de Família e Comunidade ter gratificação de R\$ 2.500,00 para equilíbrio do estilo de vida, a opção de atuação na APS se torna mais atrativa.

O Brasil não adotou uma lógica de valorização da APS no mundo do trabalho, conforme ressaltam as pesquisas realizadas pelo CFM (2011 e 2013), que evidenciam a presença de profissionais localizados predominantemente na atenção médica privada (tida, na Constituição Federal, como complementar ao SUS), em cenários com oferta de melhor retorno financeiro. Provavelmente, esse fator vem influenciando os futuros formandos a preferirem outras especialidades que não a MFC, cujo principal campo de atuação é o SUS, mais especificamente a Estratégia de Saúde da Família.

De acordo com Issa (2013) estudos realizados na Espanha Olid et al. E Israel Weissman et al., em 2012, na Turquia, Fevzi Dikici et al., (2008), Jordânia, Khader et al., (2008), Grécia Mariolis et al., (2007) e Reino Unido, Watson, (2011) mostram que a questão financeira é preponderante na escolha profissional de estudantes de Medicina desses países.

a. Plano de cargos e salários:

A rotatividade de profissionais relacionada à precarização das relações trabalhistas tem sido observada na Estratégia de Saúde da Família desde sua proposição ainda como programa de governo, em 1994. Uma revisão de literatura sobre as ações políticas institucionais em torno da ESF revelou os precários contratos de trabalho como importante limitante para a efetivação dos princípios da APS dentro da ESF, pois não possibilitam a fixação de profissionais dentro deste cenário de atuação (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Os graduandos participantes desta pesquisa também percebem o *déficit* de direitos trabalhistas dentro da ESF e pontuaram esse aspecto como influenciador negativo para a escolha pela MFC:

- a. *“Me identifico imensamente com a proposta e o trabalho em MSF, sem dúvidas eu optaria por essa especialidade se fosse mais valorizada. Só não é minha primeira opção por dificuldade de crescimento na área.”* (CEUMA)

- b. *“Um plano de carreira que dê a real importância para o médico, não apenas financeiramente.”* (UFMA)

Como mencionado anteriormente, a forma de contratação do profissional Médico na APS da cidade de São Luís, se dá ou por meio de bolsa paga com verba do Ministério da Saúde, sem vínculos ou direito à licença maternidade às médicas, ou através de contrato temporário de serviço, com direito a férias e décimo terceiro, mas sem vínculo CLT.

A necessidade de estabilidade e de segurança, com garantia de emprego e direitos trabalhistas é preponderante para atrair médicos para a MFC, conforme estudo de Cavalcante Neto (2008) junto a internos da Universidade Federal do Ceará, os quais ressaltaram que a falta de vínculo trabalhista é fator negativo dentro da Estratégia de Saúde da Família.

A estabilidade financeira de um emprego que possibilite conciliar a vida profissional e familiar foi uma influência positiva para atrair estudantes para a carreira de MFC no Reino Unido, com aumento expressivo do número de médicas atuando como GP (general practioner, como são chamados os MFC's lá): quase 80% das mulheres que optaram por essa especialidade valorizam a boa relação do emprego com a vida familiar (WATSON, 2011).

- c. Estrutura física da APS e rede integrada de saúde:

A atuação do médico de família e comunidade exige estrutura ampla de recursos diagnósticos e terapêuticos para que possa ser ofertado cuidado em nível adequado. Para que a assistência à saúde seja resolutiva, além de profissional qualificado, é necessário estrutura física completa para avaliação integral da população, independente da faixa etária, sexo, tipo de problemas, além da possibilidade de realização de atividades coletivas e realização de procedimentos.

A estrutura física e de pessoal atual dos postos de saúde da APS municipal e a integração entre os níveis de atenção à saúde com sistema de referência e contra referência não possibilita essa gama de atividades constantes na carteira de serviço do Médico de Família e Comunidade, conforme podemos observar com os comentários descritos nesta pesquisa:

- a. *“Um plano de carreira que dê a real importância para o médico, não apenas financeiramente, mas em relação a estrutura mínima de postos de saúde e insumos para o trabalho.”* (UFMA);

- b. *“O fator principal que me faria escolher a carreira de MFC seria as práticas, desde que fossem efetivas e mostrassem uma boa realidade E um serviço que funcionasse mais ativamente e tivesse realmente implantado os objetivos da ESF.”* (UFMA)

Tal situação é denunciada pelos graduandos entrevistados e retrata que a Atenção Primária dentro da ESF ainda é dada na perspectiva de um SUS pobre para pobre Paim, (2011); Giovanella e Stegmuller (2013) e de uma APS seletiva Andrade; Bueno e Bezerra, 2012), na qual alguns programas são implantados, mas que não há compromisso com a integralidade da assistência, diminuindo ainda mais o prestígio dessa atuação junto à sociedade, conforme ressalta Mello (2009), que se refere à atenção primária brasileira como local visto de baixa complexidade médica para profissionais compreendidos de forma pejorativa como de “segunda classe”.

d. Reconhecimento por parte da população:

De acordo com Paim (2011) o médico é visto pela sociedade como alguém que deve ser bem-sucedido e que, portanto, deve receber altos salários e atender às camadas mais ricas da população. Tal fato tem raízes históricas, em um país no qual os primeiros médicos vieram para atender à elite da sociedade; mais especificamente à corte portuguesa com toda sua nobreza.

O seguinte comentário de um aluno da UFMA, atribui os serviços do médico da APS a populações com maior vulnerabilidade e necessidade de assistência à saúde, o que não deixa de ser uma realidade, porém, a relação do posto de saúde está ligada a populações menos favorecidas. *“Fazer um bom trabalho na prevenção inicial, já contribui para orientação da população que precisa tanto. Achei muito gratificante.”*

Um Curso de Medicina que prestigie o contato dos estudantes com Médicos de Família que se mostrassem mais preparados para atuar tanto na assistência quanto no ensino poderia modificar a percepção desses alunos. Há concordância entre o presente estudo e o de Olid et al. (2012) que apresentam uma revisão de estudos sobre os fatores influenciadores na escolha de Medicina de Família, pois esses autores identificaram vários estudos que revelam a força do prestígio e da qualidade da exposição dos acadêmicos à MFC durante o curso de medicina como influência positiva para optar por esta especialidade.

Quanto aos **fatores racionais referentes aos valores**, os alunos tanto trouxeram informações que formam possíveis categorizações em:

**Vivência durante o curso com especialistas em MFC:**

Comentários como os seguintes, mostram a necessidade urgente de uma padronização do ensino médico com atuação prática em serviço de APS que cumpra os atributos efetivamente. Os mesmos resultados foram detectados em comentários de alunos tanto da graduação do CEUMA, como da UFMA, ambos em São Luís – MA, como podemos ver a seguir:

- a. *“Não tenho motivos para escolher a especialidade MFC porque a experiência no curso é péssima.”* (UFMA)
- b. *“Durante o curso, tivemos 1 mês de rodízio na estratégia e algumas aulas teóricas. Não acredito que isto tenha me despertado interesse - o que me foi dito e explicado -, foi mais a partir da prática mesmo.”* (CEUMA)

No estudo de Issa (2013), verificou-se que o professor e o preceptor são modelos para o graduando na escolha de suas carreiras, principalmente pela realização do docente na área, ou seja, um professor ou preceptor realizado e bem-sucedido favorece a escolha pela opção a especialidade.

**Necessidade de residência médica:**

Outro fator importante observado nesse quesito é que houve comentário ressaltando a necessidade de médicos especialistas com residência na área, aumentando a resolutividade da equipe, diferente do que acontece na prática da APS atual na localidade.

*O IDEAL era que todo médico generalista que quisesse trabalhar na ESF deveria estar cursando a residência de fato em Medicina da saúde da família. Afinal, um médico com RESIDENCIA em Medicina da família é um médico muito mais capacitado, mais sábio, com condutas muito mais ética, responsáveis e profissionais do que um médico generalista que, muitas vezes, sai da faculdade "cru". A residência faz toda a diferença na formação dos médicos num país onde as faculdades de Medicina não possuem um ensino padronizado muito menos formar de avaliar adequadas.* (UFMA)

As opiniões acima apontam uma falta de profissional especializado no papel de preceptor na Estratégia de Saúde da Família. Essas concepções estão de acordo com os últimos achados da literatura. Olid et al., (2012), em um trabalho de revisão de pesquisas qualitativas sobre a percepção discente em relação ao MFC, constatou que modelos profissionais positivos e negativos influenciam na percepção dos estudantes sobre a especialidade. Uma maior integração com a equipe, com pessoas que trabalham por vocação, não apenas por oportunismo, pode inspirar mais os discentes a considerar a carreira na ESF.



### **Contato com a comunidade**

Neste estudo, alguns graduandos entrevistados consideram que o perfil do profissional que escolhe essa especialidade é de um médico que gosta de ter um contato próximo com as pessoas e a comunidade.

- a. *“Um fator que me influenciaria a escolher a especialidade MFC seria a vivência na comunidade”* (CEUMA)
- b. *“Contribuí para orientação da população e organização daquela parte em relação ao todo. Além de que, a população precisa tanto”* (UFMA)
- c. *“Ver de fato a ajuda na comunidade. Seja em orientação. Seja em números.”* (UFMA)

Vínculo é uma palavra usada, inclusive pelo Ministério da Saúde, para caracterizar a relação entre a Equipe de Saúde da Família e a comunidade (BRASIL, 2011). Garcia (2007) entende que a integração com as pessoas pode aumentar o índice de satisfação do trabalhador.

### **Comprometimento social**

A MFC é vista pelos acadêmicos entrevistados como altamente relevante. Termos como “fazer diferença” e “gratificante” são comuns nas falas dos participantes.

Tal característica é evidenciada em estudos internacionais, que associam essa sensibilidade social às escolhas dessa especialidade por pessoas de origem mais especificamente rural ou de outros locais fora dos grandes centros, ou que teve experiência de trabalho voluntário, revelando um perfil mais humanístico, menos preocupado com prestígio social e mais ligado às causas humanitárias (SCOTT et al., , 2011).

- a. *“Por mais que seja bem difícil, fazer um bom trabalho na prevenção, a população precisa tanto. Achei muito gratificante.”* (UFMA) ;
- b. *“A oportunidade de interferir positivamente na vida dos pacientes, promovendo educação em saúde ao fornecer informações claras e sanar dúvidas. No entanto, a questão financeira ainda me gera dúvidas.”* (UFMA) ;
- c. *“A residência faz toda a diferença na formação dos médicos no país.”* (UFMA)

Morley et al. (2013) constataram que o idealismo cai durante o Curso de medicina, e apontam a importância de se buscar desenvolver atividades com a intenção de manter – e até aumentar – o idealismo entre estudantes, pois lhes possibilita maior envolvimento social.

Manter a valorização da relevância social é um desafio, mas é preciso entender que o trabalho que se apresenta socialmente relevante proporciona maior qualidade de vida à pessoa que exerce este trabalho (GARCIA, 2007).

Outras categorias detectadas no estudo de Issa (2013) não foram evidenciadas neste estudo piloto, como a amplitude de conhecimentos inerentes a atuação do Médico de Família na prática da atenção primária.

### **7.3 Aspectos Éticos**

Este projeto foi encaminhado à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) através da Plataforma Lattes no dia 24 de janeiro de 2020 sob o número CAAE28598020.0.0000.5087 e recebeu aprovação no dia 27 de março de 2020, conforme Parecer Consubstanciado em anexo.

Todos os alunos envolvidos na pesquisa aceitaram participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com o texto especificado no anexo.

## 8 CONCLUSÃO

Os alunos envolvidos no estudo são, em sua maioria, do sexo feminino, solteiras e sem filhos, raça branca, procedentes de São Luís – MA, renda familiar média de 10 (dez) salários-mínimos, cujos familiares apresentam nível de escolaridade superior, sendo que a maioria não tem familiares médicos. Quanto aos que têm, a maioria são especialidades focais.

De modo geral, as expectativas desses sujeitos consistem em trabalhar na Capital e em consultório privado. Alegaram a vontade de atuar em ESF provisoriamente, porém consideram a carreira de Médico de Família e Comunidade “regular”, mesmo sem excluir a importância dos princípios da APS, particularmente por ser a base do sistema e atuação na comunidade e relevância social.

Na percepção dos alunos entrevistados, a capacidade resolutiva da ESF em São Luís foi citada em poucos momentos, sendo justificado sempre por fatores relacionados a pouca vivência durante a graduação e também pela falta de acesso e qualificação da atenção prestada nesse cenário, segundo eles, marcado frequentemente pela estrutura física deficitária da APS, da rede de saúde e falta de formação adequada dos médicos nele inseridos.

Em relação à escolha das especialidades, mais da metade se mostrou indecisa. Nenhum dos acadêmicos optou por especializar-se em MFC, entretanto quanto aos que tinham especialidade já escolhida, o predomínio foi por especialidades eminentemente clínicas como Anestesiologia, Neurologia, Pediatria e por fim, Ginecologia/Obstetrícia.

Os entrevistados apresentam percepções semelhantes entre si acerca dos fatores que influenciam positiva ou negativamente a escolha da carreira de MFC. Quanto às influências negativas, apontam uma desvalorização generalizada da sociedade; entendem que o Estado não trata a MFC e a ESF com a devida prioridade e que os governos das diversas esferas administrativas oferecem baixa remuneração, ausência de um plano de carreira e uma infraestrutura marcada pela falta de acesso a exames, medicamentos e educação permanente.

Além disso, apontam a não exigência de Residência para atuação na ESF, desencorajando os médicos a aperfeiçoarem suas práticas através de pós-graduação em MFC. Os graduandos alegam a falta de mais especialistas em MFC para atuar como

professores e preceptores durante o curso de medicina; ressaltam o descrédito pelo trabalho do médico que atua na ESF por parte da sociedade, devido a falta de resolutividade.

De acordo com os entrevistados, valores e motivações sociais poderiam estimular a escolha pela especialidade de MFC. Por exemplo, uma maior convivência com especialistas em MFC durante maior parte do Curso de Medicina, tendo em vista o vasto rol de problemas que podem ser tratados na APS e a possibilidade de ampliar os conhecimentos médicos, além do interesse pela prática clínica centrada na pessoa, tratando-a no todo.

Ressalte-se que a maior parte dos alunos apresentaram resistência de atuação no SUS e na ESF como um lugar para realização profissional sendo citado como cenário de predileção para atuação na Capital e no setor privado. Assim, pode-se concluir que os estudantes de Medicina buscam uma melhor qualidade de vida no trabalho. A inserção precoce na ESF durante o Curso de Medicina não lhes proporcionou uma experiência que os levasse a escolher a Medicina de família e Comunidade como especialidade médica, o que evidencia a complexidade dos fatores influenciadores a não escolha profissional por esta especialidade.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual de Certificação de boas práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em:

[http://www.ans.gov.br/images/ANEXO/RN/RN\\_440/Anexo\\_IV\\_APS\\_13\\_12\\_2018\\_sem\\_marcações.pdf](http://www.ans.gov.br/images/ANEXO/RN/RN_440/Anexo_IV_APS_13_12_2018_sem_marcações.pdf). Acesso em: 21 jan. 2019.

ANDERSON, M. I. P.; DEMARZO, M. M. P; RODRIGUES, R. D. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção, Primária a Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. **Rev Bras Med Fam e Com**, Rio de Janeiro, v.3, n. 11, out /dez 2007.

ANDRADE, L. O. M. de.; BUENO, I.C.C; BEZERRA, R. C. Atenção primária a saúde e estratégia da família. In: CAMPOS, G. V. S et al. **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo: Fiocruz. Disponível em:

[file:///C:/Users/Juliana/Downloads/ANDRADE%20BARRETO%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Juliana/Downloads/ANDRADE%20BARRETO%20(3).pdf). Acesso em 1 set. 2021

BLAND C. J, MEURER L. N, MALDONADO G. Determinants of primary specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. **Academic Medicine**, v.70: 620-41, 1995.

BRASIL. Conselho Federal De Medicina. Relatório da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Educação Médica. **Jornal Medicina**, Brasil,1998. Disponível em: <[www.portalmedico.org.br/jornal/jornais1998/0898/cinaem.htm](http://www.portalmedico.org.br/jornal/jornais1998/0898/cinaem.htm)>. Acesso em: 15 set, 2013.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina**. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001.d

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.** v. 27 n. 78 São Paulo, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/Juliana/Downloads/CARVALHO%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Juliana/Downloads/CARVALHO%20(1).pdf). Acesso em: 2 fev. 2020.

CAVALCANTE NETO, Pedor. G. Opiniões de estudantes de medicina sobre as perspectivas de especialização e prática profissional no programa Saúde da Família.

Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Federal do Ceará, 2008.  
Disponível em: file:///C:/Users/Juliana/Downloads/cavalcante%202008.pdf. Acesso em: 12 out. 2020.

CONILL, E. M. Sobre a necessidade de legitimar as práticas de atenção primária. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 355-357, jul-set. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil**: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2013.  
Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2013.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, Rio de Janeiro, 2011.

DEUTSCH, Tobias et al. Early community-based family practice elective positively influences medical students' career considerations – a Pre-post-comparison. *Bio Med Central*, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/Juliana/Downloads/Deutsch.pdf. Acesso em: 22 mar. 2020.

GARCIA, E. O. P. Estudo de caso exploratório sobre qualidade de vida no trabalho de funcionários públicos. **Rev. Organizações em Contexto**, São Paulo, v. 3, n. 5, jun. 2007

GÉRVAS, J. FERNÁNDEZ, M. P. Organização da atenção primária à saúde em outros países. In: GUSSO, G; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v. p. 42-51

GIOVANELLA, L; STEGMULLER, K. Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países europeus. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE CUIDADO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, I. **Anais...** Cascavel (PR), mai. 2013.

GIOVANELLA, L A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 5, p. 951-963, maio 2006

ISSA, Afonso Henrique Teixeira Magalhães. **Percepções discentes sobre a Estratégia de Saúde da Família e a escolha pela especialidade de Medicina de Família e**

**Comunidade**. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde) e, [S. l.], 2013.

JANAUDIS M. A., et al. Formando médicos para a Medicina de Família e Comunidade. **Revista Bioética**, v. 15, n. 1, p. 2736, jan./jun. 2007.

KIOLBASSA, K et al. Becoming a general practitioner – wich factors have most impact in career choice of medical students? **BMC Family Practice**. Londres, v. 12, n. 25, 2011.

LAMPERT, J. B. et al. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. **Rev. Bras. Educ. Med.** v.33 supl.1 , Rio de Janeiro, 2009

LEÃO, C. D. A; CALDEIRA, A. P. **Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção**. Disponível em: file:///C:/Users/Juliana/Downloads/LEAO.pdf. Acesso em: 24 ago. 2020.

LOPES G. V. D.; VILASBÔAS A. L. Q ; CASTELLANOS, M.E. P. Atenção domiciliar na estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 241-254, set., 2017

MACHADO, M. H. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. Disponível em: file:///C:/Users/Juliana/Downloads/FERREIRA%20(3).pdf. Acesso em 23 marc. 2021.

MARINHO, A. M. de S. **Competências pedagógicas da preceptoría médica no Tocantins, sob o olhar do residente**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Palmas, TO, 2018. Disponível em: file:///C:/Users/Juliana/Downloads/marinho.pdf. Acesso em: 21 out. 2021.

MELLO, G. A. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Rev. Bras. Educ. Med.** v.33 n.3, jul./set. 2009.

MIRANDA, S. M. de. Construção de uma Escala para Avaliar Atitudes de Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2008. Disponível em: file:///C:/Users/Juliana/Downloads/likert.pdf. Acesso em: 13 fev. 2013.

MORLEY, J. E. Frailty Consensus: A Call to Action. **J Am Med Dir Assoc.** v. 14, n.6, p. 392–397. jun. 2013.

MLADOVSKY, P et al. Health policy responses to the financial crisis in Europe. **Relatório de 2012 do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde da**

**Organização Mundial de Saúde de 2012.** Disponível em:

<[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/170865/e96643.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf)>. Acesso em: 13 fev. 2013.

MULLER, R. P. **Residência médica:** a lógica de um processo de formação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação (Mestrado em Ciências Pneumológicas). Porto Alegre, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Juliana/Downloads/muller.pdf>. Acesso em: 12 set 20021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008 – Atenção Primária à Saúde, agora mais do que nunca.** Organização Mundial de Saúde. 2008

PEREIRA, I.C., OLIVEIRA, M.C.C. . Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. de Enf.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

PAIM, S. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, São Paulo, p. 143-148, 12 jun. 2012.

SALTMAN, R.B; RICO, Ana; WINKE, (Ed.) **Boerma. Primary care in the driver`s seat: organ izational reform um European primary care.** Disponível em: <file:///C:/Users/Juliana/Downloads/wonca.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

RAWAF, S. Médico de família na saúde pública. In: GUSSO, G; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v. p. 19-27.

SANTOS, Fernanda. Marsaro dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 1, maio, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Juliana/Downloads/BARDIN.pdf>. Acesso em: 13 jan.2020

SCOTT, MD et al. Determinants of choosing a career in family medicine. **CMAJ**, v. 183, n. 1, jan. 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Juliana/Downloads/SCOTT.pdf>. Acesso em 24 jan 2020.

OLID, Anna Selva et al. OlidMedical students' perceptions and attitudes about family practice: a qualitative research synthesis. **Bio Medical Central, 2012.** Disponível: <file:///C:/Users/Juliana/Downloads/SELVA.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.



STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

SILVA, L.A; CASOTTI, C A; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva** v.18 n.1 Rio de Janeiro, jan. 2013.

SUBBA, S. H., et al. Future specialization interests among medical students in Southern India. **National Medical Journal of India**.v.25; n. 4, p. 226-9, jul./aug. 2012.

VANASSE, A et al. Attractiveness of Family medicine for medical students: influence of research and debt. **Canadian Family Physician**, v. 57, n. 6, p. 216227, 2011.

WEBER, M. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva.** Trad.: Regis Barnosa e Karen Elsabe Barbosa. Brasília, UnB, 1991

ZAMBON, Z. L. L. **Necessidade crescente de médicos de família para o sus e baixa taxa de ocupação nos programas de residência em medicina de família e comunidade: um paradoxo?** 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - [S. l.], 2015.

ZILS A. A., et al. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. **Rev Bras Med Fam e Com**, v. 4, n. 16, p.270-6., mar. 2009

## **ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Percepção dos estudantes de Medicina acerca da especialidade Medicina de Família e Comunidade e está sendo desenvolvida por Larissa Bordalo de Figueirêdo Pinto mestrande do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão / FIOCRUZ, sob a orientação da Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito.

O objetivo dessa pesquisa é analisar as percepções dos estudantes de medicina em relação a atuação profissional na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os fatores influenciadores na escolha pela especialidade de Medicina de Família e

Comunidade (MFC) a fim de apoiar as escolas médicas na reforma do ensino, a luz das diretrizes curriculares nacionais para o curso de Medicina. A finalidade desse trabalho de pesquisa é contribuir para implementação de melhorias na carreira de Médico de Família sendo este o profissional responsável pela resolutividade e organização do sistema de saúde.

Solicitamos a sua colaboração para realizar essa pesquisa como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicações em revista científica nacional e/ou internacional.

Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome não será informado (sigilo absoluto), bem como seus dados e respostas do questionário e entrevista.

Será realizada entrevista em local apropriado e mesmo assim é importante saber que as perguntas serão sobre vivências e conhecimentos sobre a especialidade que não causarão algum desconforto durante o preenchimento e respostas.

Esclarecemos que a participação no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo (a) Pesquisador(a).

Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

---

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Larissa Bordalo de Figueirêdo Pinto através do email [larabordalo@gmail.com](mailto:larabordalo@gmail.com) ou para o Comitê de Ética em Pesquisado Hospital Universitário Presidente Dutra, situado na Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro - São Luis - MA. CEP: 65020-070 (Fone: 982109-1000).

**ANEXO B - QUESTIONÁRIO: PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA ACERCA DA ESPECIALIDADE MFC**

- 1)** Idade:
- menores de 23 anos
  - de 23 a 26 anos
  - maiores que 26 anos;
- 2)** Procedência (cidade e estado);
- 3)** Sexo
- masculino
  - feminino;
- 4)** Raça
- Branca
  - Parda
  - Negra;
- 5)** Estado Civil
- Casado
  - Solteiro
  - Viúvo
  - união estável
  - outros;
- 6)** Você tem filho?
- Não
  - sim;
- 7)** Renda Familiar:
- até 1 salário mínimo
  - de 2 a 5 salários mínimos
  - de 5 a 10 salários mínimos
  - acima de 10 salários);
- 8)** Escolaridade dos pais
- Fundamental
  - Médio
  - Superior;
- 9)** Médicos na família
- Sim
  - não;
- 10)** Especialidade;
- Não tem médicos
  - Especialidade
- 11)** Cenário que deseja atuar no auge da carreira
- capital – público
  - capital – privado
  - interior – público
  - interior – privado;
- 12)** Como avalia a carreira de MFC?
- Ótima
  - Boa
  - Regular
  - Ruim
  - Péssima;
- 13)** Já sabe qual especialidade seguirá? Qual?
- 14)** Qual a importância da Estratégia de Saúde da Família para os Sistemas de Saúde no Brasil?
- 15)** Você aspira trabalhar na ESF
- Sim
  - Não;
- 16)** Como pretende trabalhar na ESF?
- Não pretendo
  - Definitivamente
  - Provisoriamente;
- 17 - Em sua opinião, a partir da sua experiência na ESF durante o curso de Medicina, o que pode influenciar seu interesse por escolher a carreira de Médico de Família e Comunidade?

## ANEXO C

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA ACERCA DA ESPECIALIDADE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

**Pesquisador:** Luciane Maria Oliveira Brito

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 28598020.0.0000.5087

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.938.567

**Apresentação do Projeto:**

**INTRODUÇÃO:** Apesar de ser uma das mais antigas especialidades médicas ainda há poucos dados no Brasil que indiquem a percepções dos estudantes acerca da Medicina de Família e Comunidade enquanto uma especialidade, sobretudo em municípios e serviços com atenção primária de baixa cobertura. Este estudo apresenta conceitos, princípios e campos de atuação que regem o exercício dessa especialidade, além de apoiar as escolas sobre uma educação médica de forma objetiva e prática, na elaboração de projetos político-pedagógicos no contexto da Atenção Primária à Saúde e construção de projetos político-pedagógicos contemporâneos e consonantes com o Sistema Único de Saúde brasileiro. **OBJETIVO:** Tem como objetivo analisar as percepções dos estudantes de medicina em relação a atuação profissional na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os fatores influenciadores na escolha pela especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC) afim de apoiar as escolas médicas na reforma do ensino, a luz das diretrizes curriculares nacionais para o curso de Medicina. **METODOLOGIA:** Pesquisa qualitativa de cunho exploratório, transversal, envolvendo graduandos quinto e sexto ano dos cursos de medicina da Universidade Federal do Maranhão - UFMA e Universidade Ceuma, na cidade de São Luís - MA. O estudo envolverá o universo de alunos dos cursos e será iniciado após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Na pesquisa, serão utilizados dois instrumentos para coleta de dados e informações: um questionário e um roteiro para entrevista semiestruturada, visando a caracterização socioeconômica, a identificação das aspirações profissionais e análise dos fatores influenciadores da escolha pela

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

**UF:** MA **Município:** SÃO LUIS

**Telefone:** (98)3272-8708

**Fax:** (98)3272-8708

**E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 3.938.567

especialidade.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar as percepções dos estudantes de medicina em relação a atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) bem como os fatores influenciadores na escolha pela especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Objetivo Secundário:

Analisar a percepção do graduando sobre a importância da ESF para o SUS;

Identificar e discutir fatores que geram interesse e desinteresse na especialidade de Médico de Família e Comunidade, a partir da visão dos acadêmicos entrevistados;

Verificar as escolhas profissionais dos acadêmicos, incluindo as aspirações deles em trabalhar na ESF;

Caracterizar o perfil socioeconômico dos internos do quinto e sexto ano do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão em 2019.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Esta pesquisa não oferece grandes riscos a entrevistados ou pesquisadores.

Benefícios:

Este estudo visa apoiar as escolas médicas locais na implementação de recursos e profissionais habilitados para motivação dos estudantes a seguirem a carreira de Médico de Família e Comunidade, bem como enfatizar a gestores públicos quanto a necessidade de estruturação dos serviços de atenção primária à saúde com melhorias físicas e qualificação de profissionais para atuação nesta esfera.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

**Recomendações:**

Não existem recomendações.

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 3.938.567

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não existem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1495091.pdf	24/01/2020 08:50:58		Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	24/01/2020 08:50:00	Luciane Maria Oliveira Brito	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	03/01/2020 10:36:30	Luciane Maria Oliveira Brito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.docx	03/01/2020 10:36:20	Luciane Maria Oliveira Brito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/01/2020 10:33:42	Luciane Maria Oliveira Brito	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 27 de Março de 2020

---

**Assinado por:**  
**FRANCISCO NAVARRO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br