



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO DE SAÚDE PÚBLICA**

PEDRO GOMES CAVALCANTE NETO

**OPINIÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE AS
PERSPECTIVAS DE ESPECIALIZAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

FORTALEZA

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PEDRO GOMES CAVALCANTE NETO

**OPINIÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE AS
PERSPECTIVAS DE ESPECIALIZAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Dissertação submetida à Banca Julgadora do
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde
Pública da Universidade Federal do Ceará
como requisito parcial para obtenção do grau
de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Políticas, Gestão e
Avaliação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alcides Silva de
Miranda.

FORTALEZA

2008

PEDRO GOMES CAVALCANTE NETO

**OPINIÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE AS
PERSPECTIVAS DE ESPECIALIZAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Dissertação submetida à Banca Julgadora do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda (Orientador)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Chagas
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

À minha noiva que, com seu amor, compreensão,
companheirismo e amizade, deu sentido a essa conquista.

Agradecimentos

Agradecer àqueles que de alguma forma contribuíram para a consecução esta dissertação é imprescindível. Contudo, corre-se o perigo de suprimir alguém. Assumo o risco que se coloca e agradeço a todos os estudantes que responderam ao questionário e, em especial:

- a Alcides Silva de Miranda, não apenas pela orientação, mas também pela compreensão e paciência no início dessa trajetória, agitada pela dúvida do tema a ser pesquisado;
- a Arnaldo Ribeiro Costa Lima e Josiane Alves Dorneles, pois souberam dar o apoio necessário à tranquilidade exigida pelo ofício de pesquisar;
- a Adriana Xavier Santiago, pela assessoria estatística;
- aos colegas professores do Módulo de Atenção Básica à Saúde do Curso de Medicina de Sobral, que me pouparam durante os períodos de intensa atividade;
- aos meus alunos, motivadores dessa pesquisa e razão principal da busca pelo aperfeiçoamento como professor;
- a Zenaide Fernandes de Queiroz e Dominik Garcia de Araújo Fontes pela receptividade, simpatia e dedicação a nós mestrandos;
- aos professores do Mestrado em Saúde Pública por todos os ensinamentos transmitidos;
- a Geison Vasconcelos Lira, grande incentivador do meu crescimento pessoal e profissional;
- a Giovanni Grangeiro de Araújo, pela inestimável participação na escolha da temática da dissertação;
- a minha mãe que sempre soube respeitar minhas escolhas e me acolheu novamente em sua casa durante essa caminhada;
- a meu pai, de quem herdei o gosto pela docência;
- a Ana Neiline Silveira pela resignação nos momentos de ausência e pelo apoio e ajuda incondicionais.

“A Medicina de Família e Comunidade é o trabalho mais fácil de se fazer mal feito e o mais difícil de se fazer bem feito”

(Sir Denis Pereira Gray)

Resumo

Com a criação e a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, a Medicina de Família e Comunidade (MFC), como especialidade médica, ganhou destaque por ser a mais adequada para esse trabalho. Recentes parcerias entre os Ministérios da Saúde e da Educação têm procurado regular a formação de recursos humanos em saúde para atender às demandas de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da graduação e da pós-graduação. Houve investimento no aumento no número de vagas de residência em MFC, mas parece haver uma incongruência entre o que os futuros médicos almejam em suas carreiras e as necessidades do SUS, o que é demonstrado pelo número de vagas ociosas nesses programas. O objetivo inicial foi determinar fatores predisponentes à escolha da MFC como carreira. Porém, ao reconhecer o desinteresse por essa especialidade, buscou-se elencar hipóteses explicativas para tal realidade. Foi, então, realizado um estudo junto a 170 estudantes do Curso de Medicina de Sobral da Universidade Federal do Ceará, que responderam um questionário contendo 32 perguntas sobre dados sócio-demográficos, escolha da especialidade, PSF e MFC e fatores que, na opinião dos respondentes, influenciam a escolha da carreira a ser seguida. Encontrou-se que apenas um estudante referia já ter escolhido a MFC como especialidade. Contudo, a grande maioria não descarta a possibilidade de trabalhar provisoriamente no PSF. As prováveis justificativas para esse desinteresse são as precárias condições de trabalho, desvalorização da atividade, baixos salários, necessidade de interiorizar-se para ganhar melhor e poucas perspectivas de crescimento profissional. O currículo oculto, muito citado em trabalhos internacionais, também tem seu papel, mas não foi adequadamente avaliado nesta pesquisa. Especialidades clínicas são as mais almejadas por esses estudantes. Os fatores que mais influenciam a escolha da carreira, segundo os respondentes, são interesses pessoais, compromisso ético-social e possibilidade de realizar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. Em conclusão, a escolha da carreira é multifatorial. O interesse pela MFC é modesto. Apesar de haver muitas propostas para aumentá-lo, estas não trouxeram repercussão em alguns cenários e não estão confirmadas cientificamente. Mesmo assim, deve-se procurar identificar os fatores causais e sugerir ou ensaiar estratégias para reverter esse quadro.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade, Internato e Residência, Escolha da Profissão.

Abstract

The creation and expansion of the Family Health Program (FHP) in Brazil bring to Family Practice (FP), as medical specialty, highlight because it's the more adequate one for that kind of work. Recent partnerships between Health and Education State Departments try to regulate the graduation and post graduation of health workers, attending the demands of consolidation of the National Health System of Brazil (NHS). Investments were taken to increase FP residency position number, but maybe there is an incongruity between career intentions of future doctors and the needs of the Brazilian NHS, what is shown by the low number of positions filled in those programs. The initial objective of this research was to determine predisposing factors to choice of FP as career. However, upon recognizing the disinterest by that specialty, we try to list explanatory hypotheses for such reality. It was, then, carried out a study involving 170 medical students of Federal University of Ceará at Sobral, which answered a questionnaire containing 32 questions about demographic and social characteristics, choice of the specialty, FHP and FP and factors that, in the opinion of the students, influence the choice of career. It was found that only one student made a choice of FP as specialty. However, the great majority doesn't reject the possibility of work provisionally in the FHP. The probable justifications for this disinterest are the precarious conditions of work, depreciation of the activity, low income, better salaries in remote cities and few perspectives of professional growth. The hidden curriculum, cited by international articles, also play a role, but it was not evaluated accurately in this research. Clinical specialties are the most preferred by those students. The most influencing factors for career choice, according to students, are personal interests, ethical and social commitment and possibility of make diagnostic or therapeutic procedures. In conclusion, career choice has many influencing factors. The interest by FP is modest. Despite many proposals to increase interest, these did not bring repercussion in some settings and are not scientifically confirmed. Even so, such influencing factors it must be identified and strategies for revert that picture must be tried.

Key words: Family Practice, Internship and Residency, Career Choice.

LISTA DE GRÁFICOS

1. Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas. Brasil, 1994 a SET/2006.....	20
2. Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas. Brasil, 1994 a SET/2006.....	21
3. Distribuição da amostra de respondentes por local de nascimento. Período de 2007.....	36
4. Distribuição da amostra de respondentes por cidade em que a família reside. Período de 2007.....	37
5. Distribuição da amostra de respondentes por cidade de conclusão do Ensino Médio. Período de 2007.....	37
6. Distribuição percentual por turma dos respondentes de acordo com escolha ou não de uma especialidade.....	39
7. Especialidades aludidas como escolha prévia dos respondentes.....	41
8. Distribuição das escolhas feitas ou primeira opção dos estudantes, por grupos de especialidades.....	43
9. Distribuição das escolhas feitas ou primeira opção dos estudantes em especialidades básicas ou subespecialidades.....	43
10. Respostas dos estudantes à pergunta 'você trabalharia no PSF?'.....	50
11. Você acha que para atuar no PSF o médico deveria ter uma especialidade própria? Total de respostas.....	52
12. Você acha que para atuar no PSF o médico deveria ter uma especialidade própria? Excluindo a opção 'não sei'.....	52
13. Percentual de Estudantes que referiram características de Compromisso Ético e Social na descrição do Médico Ideal.....	59

LISTA DE QUADROS

1. Oferta de vagas para os programas de Residência Médica por especialidade. Ceará, 2007.....	16
2. Divisão do Internato do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará.....	31
3. Distribuição dos respondentes de acordo com a especialidade escolhida e a turma. Período 2007.....	40
4. Distribuição da primeira escolha dos respondentes que não haviam decidido a especialidade, em ordem decrescente de preferência.....	42
5. Categorias e exemplos de justificativas para a Escolha da Especialidade, por parte dos estudantes que afirmaram já ter escolhido.....	46
6. Cinco fatores que mais influenciam positivamente o estudante de medicina na escolha da especialidade a ser seguida de acordo com a sua opinião dos respondentes.....	47
7. Categorização, em ordem decrescente de recorrência, do entendimento dos respondentes sobre o que é Programa de Saúde da Família (PSF).....	51
8. Categorização dos Fatores que, na opinião dos estudantes, poderiam estimular e/ou desestimular um médico a trabalhar no PSF.....	53
9. Categorização e exemplos de respostas à pergunta “como você descreveria o perfil ou o modelo do médico ideal?”.....	57
10. Seis fatores que têm impacto significativo nas escolhas profissionais de estudantes de medicina.....	60
11. Hipóteses para o desinteresse pela especialização em Medicina de Família.....	68
12. Dificuldades, Desafios e Estratégias na Formação Graduada e Pós-graduada em MFC. Compilado da Lista de Discussão Formadores em MFC da SBMFC.....	79

LISTA DE TABELAS

1. Distribuição da amostra de respondentes por turmas e faixas de idade. Período de 200.....	35
2. Distribuição dos respondentes segundo renda familiar.....	38
3. Distribuição do respondentes segundo sexo e interesse em seguir uma especialidade cirúrgica. Período 2007.....	44
4. Distribuição do respondentes segundo sexo e interesse em seguir uma especialidade clínica. Período 2007.....	44
5. Distribuição do respondentes segundo sexo e interesse em seguir uma especialidade de Saúde Materno-Infantil. Período 2007.....	45
6. Distribuição dos respondentes de acordo com as perguntas “Você trabalharia no PSF?” e “De forma definitiva ou provisória?”	49
7. Distribuição dos respondentes por turma de acordo com a resposta à pergunta: “você trabalharia no PSF?”	49
8. Frequência e percentual de respondentes que referiram características categorizadas como ‘Compromisso Ético e Social’ na descrição do Médico Ideal, de acordo com a turma.....	59
9. Distribuição dos cearenses com mais de 10 anos de idade de acordo com o rendimento nominal mensal.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACeMFC	Associação Cearense de Medicina de Família e Comunidade
AMA	American Medical Association
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psico-Social
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIMF	Confederação Ibero-americana de Medicina Familiar
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CME	Council on Medical Education
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COSAC	Coordenação de Saúde da Comunidade
DENEM	Diretório Executivo Nacional dos Estudantes de Medicina
DP	Desenvolvimento Pessoal
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISC	Internato em Saúde Comunitária
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MGC	Medicina Geral e Comunitária
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBMGC	Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

Sumário

1. Introdução.....	15
1.1. Considerações iniciais.....	15
1.2. Contexto do estudo.	18
1.2.1. O Programa de Saúde da Família e a Atenção Básica à Saúde	18
1.2.2. A especialidade Medicina de Família e Comunidade	21
1.2.3. Educação Médica	24
1.3. Justificativas para realização do estudo	26
1.4. Objetivos.....	28
1.4.1. Objetivo Geral	28
1.4.2. Objetivos específicos.....	28
2. Materiais e método.....	29
2.1. Tipo de estudo.	29
2.2. População e amostra do estudo.	29
2.3. Campo do estudo.	30
2.4. Métodos e procedimentos.....	32
2.5. Questões éticas do estudo.	33
3. Resultados	35
3.1. Descrição do perfil dos estudantes.	35
3.2. Escolha da Especialidade.	38
3.3. Medicina de Família e Comunidade / Programa de Saúde da Família	48
3.4. Opiniões sobre o perfil, a profissão e o trabalho dos médicos.	56
4. Discussão	60
4.1. Escolha da Especialidade	60
4.1.1. Nascimento/Residência dos Pais	60
4.1.2. Renda Familiar	61
4.1.3. Idade	62
4.1.4. Sexo	62
4.1.5. Prestígio	63
4.1.6. Remuneração	64
4.1.7. Estilo de Vida	65
4.1.8. Outros Fatores	66
4.2. Desinteresse pela MFC.	66
4.3. Escolha Precoce da Especialidade.....	69
4.4. Medicina de Família / Programa de Saúde da Família	70
4.5. Opiniões sobre o tipo ideal, a profissão e o trabalho dos médicos.....	72
4.6. Papel da Universidade.....	75
5. Considerações Finais	82
6. Bibliografia	85
7. Anexos.....	96
7.1. Anexo 1: Questionário.....	96

7.2. Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Alunos.	100
7.3. Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Ex-alunos.	101
7.4. Anexo 4: Parecer Consubstanciado sobre Protocolo de Pesquisa.	102
7.5. Anexo 5: Artigo enviado à Revista Brasileira de Educação Médica	104

1. Introdução

1.1. Considerações iniciais

O ideário da Atenção Primária à Saúde (APS) fortaleceu-se mundialmente a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, no ano de 1978. A Declaração de Alma-Ata convocou “os governos, a OMS [Organização Mundial da Saúde] e o UNICEF [United Nations Children's Fund], assim como outras organizações [...] a colaborar para que os cuidados primários de saúde fossem introduzidos, desenvolvidos e mantidos” (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE, 1978).

A discussão e o ideário da APS foram subsídios para a proposição do sistema nacional de saúde brasileiro nas décadas de 1970 e 1980.

Na década de 1990, foi implantado no país o Programa Saúde da Família (PSF), *estratégia programática* (TESTA, 1995) escolhida pelo Governo Federal para construir a APS no Brasil, então denominada Atenção Básica à Saúde (ABS). Em razão desta opção preferencial, houve a emergência de um novo campo e mercado profissionais para os médicos, e, em consequência, uma grande discussão em torno dos currículos das Escolas Médicas, que até então, não estavam em harmonia com a mudança assistencial defendida e implantada aqui e em muitos países (FORSTER, 2001; OTERO, 2001).

Antes mesmo da aprovação do Parecer 1.331/2001 pela Câmara de Educação Superior, em 07 de agosto de 2001¹, as Faculdades de Medicina já estavam realizando reformas curriculares, aprofundando o enfoque em APS. Na Universidade Federal do Ceará (UFC), por exemplo, foi implantado um módulo longitudinal de Atenção Básica à Saúde, que perpassa todo o período de graduação.

Enfim, as novas demandas profissionais para a medicina após a introdução do PSF provocaram o tensionamento do aparelho formador, questionando-lhe a adequação dos currículos de graduação. Tais mudanças culminaram no fortalecimento da Medicina de Família e Comunidade (MFC) como especialidade médica no Brasil. Essa ordem dos acontecimentos (transformações nos Sistemas de Saúde levando a reformas na Educação Médica e fortalecendo a APS) também tem sido observada em outros países, como a Espanha, por exemplo. (FORSTER, 2001; OTERO, 2001; VAN OFFENBEEK; KIEWIET; OOSTERHUIS, 2006).

¹ Cujó título é ‘Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição’.

Além do enfoque dado ao ensino de graduação, a necessidade de investimento na formação de profissionais para o trabalho em APS se explicita ao constatar-se que, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 05/08/2006), atualmente existem aproximadamente 30.000 médicos atuando no PSF em todo o país. Entretanto, conforme a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2006d), há somente 550 médicos titulados nesta especialidade, considerada, por esta instituição, como a mais condizente e orientada para este tipo de trabalho. O cenário é preocupante para a Atenção Básica brasileira, visto que “cerca de 70,0% dos médicos e enfermeiros que atuam [em serviços de] Saúde da Família não possuem nenhuma formação de pós-graduação”. (MACHADO, 2003 apud GIL, 2005).

Na intenção de lidar com esta problemática, o Governo Federal editou e o Congresso Nacional aprovou a Medida Provisória 238 de 2005, na qual instituiu o Programa de Bolsas para Educação pelo Trabalho, que esteve sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS). Esta iniciativa contribuiu para o incremento de programas e vagas as de Residência em MFC, pois possibilitou o acréscimo e complementação do valor de bolsas, de modo a aproximá-las dos vencimentos dos médicos que trabalhavam no PSF, possibilitando também a remuneração de preceptores (BRASIL, 2005a; SBMFC, 2005).

Destarte, em 2007, no Ceará, foram abertas 88 novas vagas, alcançando um total de 98 vagas para essa especialidade. No quadro 1 está descrito um comparativo da oferta de vagas de MFC em relação a outras especialidades básicas.

Especialidade	Vagas
Clínica Médica	26
Pediatria	28
Cirurgia	20
Ginecologia-Obstetrícia	16
Medicina de Família e Comunidade	98

Quadro 1 – Oferta de vagas para os Programas de Residência Médica por especialidade. Ceará, 2007

Fonte: Sistema CNRM.
(http://mecsrv04.mec.gov.br/sesu/SIST_CNRM/APPS/cons_res_inst.asp)
Acesso em 17 jul 2007

Entretanto, uma questão vem à tona: apesar da escassez da oferta de vagas de Residência Médica em geral, principalmente em razão da elevada quantidade de egressos dos cursos de graduação, há ociosidade de vagas nos programas de MFC no Ceará. Por exemplo,

em Sobral estão ocupadas quatro das 12 vagas. Em Fortaleza, 39 das 76 ofertadas inicialmente em 2006.

Esta constatação sugere uma hipótese: os estudantes de Medicina e os médicos recém-formados ainda não se sentem atraídos, ou motivados, pela especialização em MFC.

Alguns autores já abordaram a temática da motivação de estudantes medicina por especializações ou pelo trabalho na APS. Por exemplo, Araújo (2001) em monografia de conclusão de Especialização em Saúde da Família abordou o interesse dos acadêmicos de Medicina pelo trabalho no PSF. À época, 33,3% dos estudantes de sua amostra estava motivada a trabalhar no PSF independente de quaisquer condições. Entretanto, nenhum aluno referiu planos de fazer Residência em Medicina Geral e Comunitária (MGC)² e nenhum, dentre os 26 alunos que afirmaram que iriam para o PSF independente de qualquer condição, anunciou a pretensão de permanecer definitivamente nesta atividade.

Outro autor, Sobral (2003), pesquisando a escolha do estágio eletivo durante o internato de graduação em Medicina da Universidade de Brasília, observou que apenas 1,6% dos alunos optava pela MGC e que esta escolha refletia uma preferência futura pela especialização.

Apesar das mudanças na Educação Médica em vários países, realizadas no intuito de responder às demandas dos Sistemas de Saúde, as aspirações profissionais dos futuros médicos não coincidem com as expectativas dos gestores (VAN OFFENBEEK; KIEWIET; OOSTERHUIS, 2006.).

É sabido que a escolha da especialidade tende a ocorrer precocemente, ainda durante o curso de Medicina (CABRAL FILHO e RIBEIRO, 2004). Em geral, esta escolha não é orientada para as especialidades básicas, como observaram Ferreira *et al.* (2000), ao estudarem as opções de alunos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Os mesmos autores constatam que “apenas 15,5% dos alunos do 5º período e 16,7% do internato escolheram uma especialidade na área geral”. Contudo, ainda existem poucos estudos brasileiros enfocando a escolha da especialidade médica (BELLODI, 2004).

“Os próprios médicos [que atuam no PSF] não percebem ou valorizam a formação em Saúde da Família como uma especialidade médica” e encaram seu trabalho como uma espécie de “válvula de escape”, enquanto não ingressam em uma residência médica, concluíram Ronzan & Ribeiro (2004), em uma pesquisa qualitativa com médicos de Minas Gerais.

² Hoje denominada Medicina de Família e Comunidade.

Diante da problemática exposta, foi realizada uma investigação, de natureza empírica, para conhecer melhor o interesse e a motivação dos estudantes de Medicina em seguir uma determinada especialização médica, particularmente MFC. Evidente que esta questão de investigação deve estar contextualizada, de acordo com a instituição de ensino selecionada para o estudo, o seu currículo e as respectivas condições de ensino e aprendizado, o mercado de trabalho, as condições de exercício da referida atividade profissional etc.

1.2. Contexto do estudo

1.2.1. O Programa de Saúde da Família e a Atenção Básica à Saúde

Desde o século XX, são hegemônicos o paradigma e a prática de uma Medicina que, além de excluir uma parcela significativa da população brasileira, é exercida de forma desintegrada e especializada (ANDRADE, 2001; MENDES, 1999; POLIGNANO, 2004). No mesmo período, persistem críticas quanto à fragmentação na abordagem do ser humano e na organização de sistemas, serviços, programas e ações de saúde. Como alternativa a esse quadro, no que toca à organização de Sistemas Nacionais de Saúde, pode ser citado o ‘Informe Dawson’, datado de 1920, que desde então já propunha hierarquização da atenção, além de enfatizar a necessidade dos serviços domiciliares e de atenção primária³ (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1964). Porém, suas propostas só foram postas em prática no final do referido século.

Apenas na década de 1970, no Brasil, surgiu o *movimento sanitário*, o qual denunciava a irracionalidade do sistema de saúde e a desatenção quanto a uma parcela da população. (ANDRADE, 2001; RODRIGUEZ NETO, s.d.).

Em meados da década de 1980, houve a articulação de vários setores da sociedade no intuito de redemocratizar o país. A sede de cidadania levou a uma série de movimentos, como a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em março de 1986, em Brasília, da qual participaram diversos setores da sociedade. Lá, foi estabelecida a base de uma proposta para a reforma sanitária no Brasil: o relatório final da VIII CNS que, de início, define a saúde de uma perspectiva mais abrangente, além de propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que nasceu com a Constituição de 1988.

³ A Atenção primária é aquele nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a ação fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 1994).

A implementação do SUS vem desenrolando-se desde os anos 90, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) e da Lei Complementar (Lei 8.142), e de várias normas operacionais e portarias publicadas pelo MS (VIANA e DAL POZ, 2005).

É nesse período que surge o PSF, não como uma simples ação programática, mas sim como uma estratégia programática (TESTA, 1995), cujas concepções são frutos de debates na área da Saúde Coletiva no Brasil.

O PSF enfatiza a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2001a). Mais, elege como foco a afirmação de vínculos e laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Assim sendo, essa estratégia visa à reversão do modelo vigente, orientado para a cura de doenças e realizado predominantemente no hospital (BRASIL, 1997).

O PSF foi antecedido pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado no Ceará, em 1988, após uma ação emergencial bem sucedida para atendimento das vítimas da seca no ano anterior. Dado seu sucesso, o MS, em 1991, expandiu o PACS para os Estados do Nordeste e, posteriormente, para todo o Brasil (ANDRADE, 1998; COELHO e ANDRADE, 2004; GOYA, 1996; LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004). A concepção do PSF levou em consideração a experiência dos Agentes de Saúde, que enfocava a família como unidade de ação programática e não mais o indivíduo (LOTTA, 2006; SILVA, 2003; SOUSA, 2001; VIANA e DAL POZ, 2005).

O PSF germinou em outubro de 1993, quando o município de Quixadá, no Ceará, encaminhou ao MS o projeto “Saúde da Família”. Em 27 e 28 de dezembro, técnicos dos mais diferentes recantos do Brasil realizaram uma grande reunião pra discutir essa proposta. A partir de março de 1994, com a criação da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), foi iniciada oficialmente a implementação do PSF. Entretanto, as primeiras experiências aconteceram já em janeiro, em Quixadá. Desde então, o Saúde da Família passou a ser considerado pelo MS uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS (ANDRADE, 1998; ANDRADE *et al.*, 2004a, 2004b; BRASIL, 2004; GOYA, 1996; SOUSA, 2001; TEIXEIRA, 2004).

A estratégia PSF expandiu-se consideravelmente a partir de 1998, quando entrou em vigor a Norma Operacional Básica 01/1996 (NOB/96). As principais inovações dessa norma foram: (a) mudança nas categorias de gestão municipal, o que gerou aumento do

volume de recursos repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais; (b) incentivo ao PACS e PSF, através da instituição do Piso da Atenção Básica (PAB) Variável, que estabelecia um acréscimo ao valor do PAB de acordo com a cobertura, em percentual, desses programas na rede municipal de saúde. (ANDRADE, 2001; CARVALHO, 2001; LEUCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Isso pode ser constatado nos gráficos 1 (abaixo) e 2 (na página seguinte).

Em junho de 2006, estavam compostas 25.964 equipes de PSF em 5.081 municípios brasileiros, acompanhando 83.395.063 de pessoas. Isso representa uma cobertura de 44,9%⁴. Cada equipe de PSF é responsável por 3.000 a 4.500 pessoas, ou mil famílias. São compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, a equipe conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

É esperado que esse crescente número de Equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil traga benefícios à saúde daqueles por elas atendidos, uma vez que Farmer *et al.* (1991 apud STARFIELD, 2004) mostraram que a proporção de médicos de Atenção Primária por população teve efeito nas taxas de mortalidade, o qual foi independente de outros fatores.

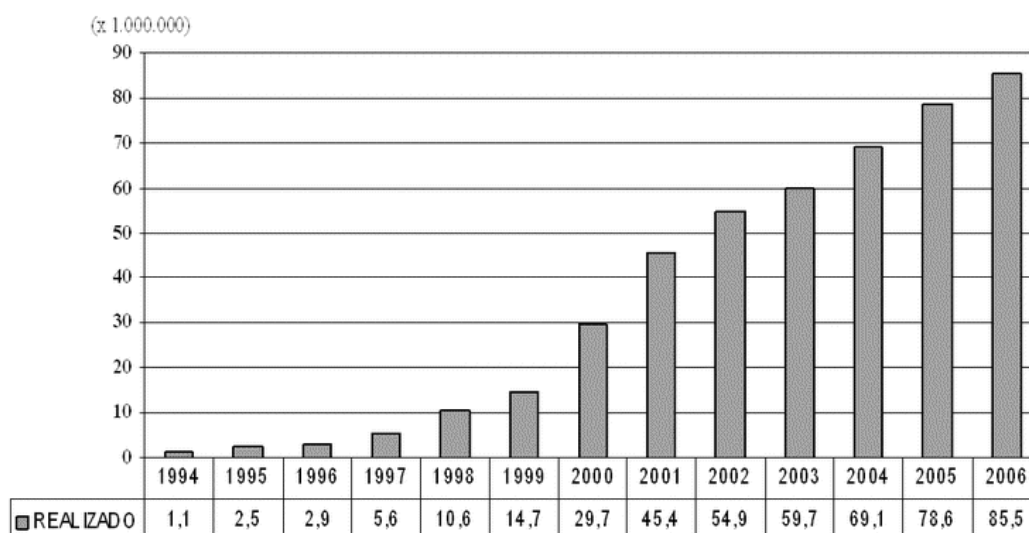


Gráfico 1 – Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas. Brasil, 1994 a SET/2006. Fonte: Brasil, 2006b.

⁴ Fonte: Ministério da Saúde / Departamento de Atenção Básica / Secretaria de Assistência à Saúde.

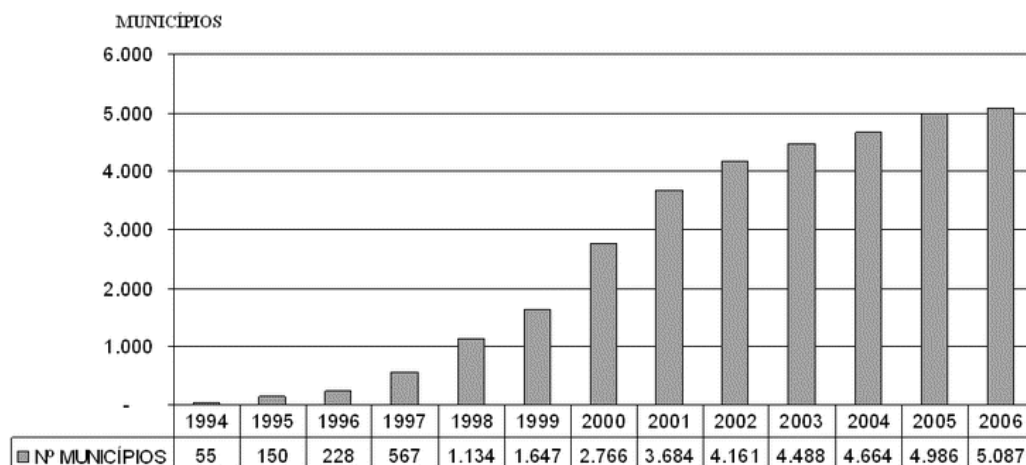


Gráfico 2 – Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas. Brasil, 1994 a SET/2006. Fonte: Brasil, 2006b.

Em 1979, Moore (apud STARFIELD, 2004) comparou pacientes registrados em um programa que só permitia hospitalização ou consulta com especialistas após o encaminhamento de um médico da atenção primária, com aqueles que poderiam buscar atenção inicial em qualquer nível de atenção. Depois de um ano, os pacientes incluídos no programa passaram menos dias no hospital do que o outro grupo. Com esse resultado, e frente a muitos outros semelhantes, percebeu-se que o PSF apresenta sim melhora na qualidade de vida. Entretanto, consoante Teixeira (2004), há estudos que mostram uma baixa qualidade e efetividade na resolução de problemas comuns, o que reflete na ausência de impacto positivo sobre a saúde da população como um todo. Isso reforça o fato de que se deve, como preconizado pelos princípios do SUS⁵, investir na educação continuada dos profissionais.

1.2.2. A especialidade Medicina de Família e Comunidade

Segundo os Descritores em Ciências da Saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde (2006), a MFC “é uma especialidade médica voltada para a provisão contínua e integrada de cuidados primários de saúde para toda a família”.

Os médicos de família são médicos especialistas treinados nos princípios da sua Disciplina. São médicos [...] responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procurem, independentemente da idade, sexo ou afecção. (WONCA, 2002).

⁵ A Constituição Federal, no seu Art. 200, determina, como atribuição do SUS, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Isso é corroborado pela Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), no seu Artigo 6. Esta lei vai mais além ao determinar (Art. 14) a criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

São características/atributos da MFC, segundo a *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA)*. (WONCA, 2002):

- Primeiro ponto de contato médico com o sistema de saúde;
- Coordenação da prestação de cuidados;
- Abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade;
- Relação médico-paciente ao longo do tempo;
- Responsabilidade pela prestação de cuidados longitudinalmente;
- Possuir um processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade;
- Gerir simultaneamente os problemas, tanto agudos como crônicos, dos pacientes individuais;
- Promover a saúde e bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efetivas;
- Ter uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade;
- Lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial;
- Gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural.

A Medicina de Família enfrentou dificuldades na sua implantação em muitos países. Na Inglaterra, Canadá e Estados Unidos ela já tem seu reconhecimento, mas havia preconceito por parte dos médicos das outras especialidades, além de baixa qualificação dos profissionais, baixa remuneração, pouco prestígio perante a sociedade leiga, falta de programas de pós-graduação *Strictu sensu*. (ATUN, 2002; ROSS, 2002; SLOANE, 2002).

Algumas das soluções para valorizar a MFC encontradas por essas nações são ensaiadas no Brasil. Podemos citar a acreditação de programas de formação e de reconhecimento da especialidade (Residências, pós-graduação *Strictu sensu*, educação continuada, certificação do médico de família), melhoria das condições de trabalho e estímulo

à pesquisa na atenção primária, reconhecimento salarial, presença da Medicina de Família nas Universidades. (ATUN, 2002; ROSS, 2002; SLOANE, 2002).

No Brasil, em 1976, surgiu no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul um dos primeiros programas de Residência em MGC, na Unidade São José de Murialdo. No mesmo ano, a Universidade Federal de Pernambuco também implantou. A partir de 1978, houve expansão dos programas, que foram reconhecidos e regulamentados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) em 1981. Também em 1981, foi fundada a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (SBMGC). Cinco anos mais tarde, a MGC foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como especialidade médica. Entretanto, sua fragilidade é percebida pelas diversas ativações e desativações de sua sociedade. A SBMGC, em 2001, passa a chamar-se Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), sendo a MFC aceita como especialidade pelo CFM em 2003. (FALK, 2004, 2006; LAMPERT, 2001; SBMFC, 2006a).

Nos últimos cinco anos, a SBMFC expandiu-se e consolidou-se, tendo apresentado aumento significativo do número de sócios. Conquistou espaço junto a entidades como o CFM, a CNRM, a Associação Médica Brasileira (AMB), a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a WONCA, a Confederação Ibero-americana de Medicina Familiar (CIMF) e o MS. (FALK, 2004).

Os conteúdos da MFC recomendados para a graduação médica devem incluir, de acordo com a SBMFC (2006b):

- Conceituação e reconhecimento da importância da APS e da MFC nos Sistemas Nacionais de Saúde;
- Compreensão e incorporação dos princípios e das atitudes envolvidas com a complementaridade e integralidade das ações médicas e de saúde;
- Reconhecimento do papel e da influência da família no estado de saúde de seus componentes;
- Comunicação e Relação Médico-Paciente-Família-Comunidade;
- Conhecimento e desenvolvimento de práticas de promoção, proteção e educação em saúde da população;
- Estudo e reflexão sobre os problemas de saúde que mais afetam as pessoas e as populações de centros urbanos e rurais;

- Cuidado humanizado e efetivo aos pacientes e suas famílias para a resolução de problemas de saúde e para a promoção de saúde,
- Prática voltada ao sistema de saúde nacional, com compromisso ético e profissional com a saúde da população do próprio país, racionalizando recursos e ações e melhorando os indicadores de saúde populacionais.

1.2.3. Educação Médica

Durante a segunda metade do século XIX, a *American Medical Association* (AMA) buscou, sem sucesso, a padronização da educação médica nos Estados Unidos, dada a diversidade de qualidade das Escolas. Em 1904, a AMA criou o *Council on Medical Education* (CME) para promover a almejada reestruturação. Este, em 1908, solicitou à *Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino* que realizasse uma avaliação das Escolas Médicas. Dois anos mais tarde, é publicado um relatório preparado pelo pedagogo Abraham Flexner, expondo a situação e propondo soluções (BECK, 2004).

Este relatório tornou-se a base para a implantação do ensino e da prática médica tal como conhecíamos (CAMARGO, 1996). Entretanto, Flexner não teve idéias originais. Suas reformas se aproveitaram de forças e idéias que já existiam no ensino médico dos Estados Unidos e Alemanha (KEMP e EDLER, 2004). Ele defendia um currículo mínimo de quatro anos, com enfoque nas ciências básicas (laboratórios) e a aprendizagem em hospitais; um corpo docente de especialistas; filiação das escolas médicas à Universidade e a incorporação da pesquisa nos planos de ensino (DALLA, 2004).

Entretanto, vale lembrar que o biologicismo, o mecanicismo e a unicausalidade são anteriores ao Relatório Flexner. Como exemplo, podemos citar a Revolução Pasteuriana, após a qual o modelo saúde-doença multicausal tornou-se unicausal, na medida em que considera apenas o agente etiológico, omitindo da análise a natureza das relações sociais que determinam o processo saúde-doença (COSTA, 1986).

O Relatório Flexner consolidou, portanto, a especialização, a visão compartimentalizada do paciente, a prática da Medicina centrada no hospital, enfim, o modelo biomédico predominante no século XX (KEMP e EDLER, 2004). Mais: com sua influência sobre a Educação Médica, contribuiu para a escolha do Modelo Assistencial dominante no período. Gil (2005) bem sintetizou essa reciprocidade: “esses dois processos – modelo de atenção e recursos humanos – são difíceis de discutir separadamente”.

Na década de 1940, surge, nos Estados Unidos, uma proposta de implantar um sistema nacional de saúde (AROUCA, 1975 apud PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000). Entretanto, a sonhada reforma setorial foi sufocada, dando lugar a uma mudança no ensino médico. Abrem-se Departamentos de Medicina Preventiva, difundindo conteúdos de epidemiologia, administração em saúde e ciências da conduta (GARCIA, 1972 apud PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).

No Brasil, há algumas décadas, os profissionais médicos vêm sendo formados com forte ênfase em um modelo de pensamento que prioriza a abordagem das doenças através de saberes e práticas curativos. Os médicos não se preocupam, pois, com o contexto onde emergiu o problema de saúde apresentado por seu paciente, nem procuram identificar a forma como as condições de vida e os fatores culturais possam ter contribuído para o surgimento das doenças (LIRA e CAVALCANTE NETO, 2005).

Mais à frente, na década de 1990, com a implantação do PSF, ficou mais evidente que a formação pautada no hospital não atendia aos requisitos do Sistema de Saúde. Estudiosos da educação médica têm apontado a importância dos currículos sociocêntricos em contraposição aos biocêntricos (RIBEIRO, 1991 apud NUNES, 2000). “Tornou-se evidente [...] a inadequação do profissional formado em nossas escolas para atender às necessidades e às exigências de nossa sociedade” (COMISSÃO DE REFORMA CURRICULAR, 2001). Nota-se, diante do exposto, que a mudança pedagógica é impulsionada pelas transformações no sistema de saúde, que, por sua vez, refletem as demandas sociais.

Hoje, com a intensificação das reformas curriculares nas Universidades brasileiras, esse problema vem sendo minimizado. “No início da presente década surgiram várias iniciativas para buscar um novo modelo científico biomédico e social que tivesse por finalidade fundamentar e projetar um novo paradigma educativo em função do indivíduo e da sociedade”. (MACHADO *et al.*, 1997).

Nesse desiderato, recentes parcerias entre os Ministérios da Saúde e da Educação têm procurado regular a formação de recursos humanos em saúde para atender às demandas de consolidação do SUS (BRASIL, 2005b; BRASIL 2005c) entre as quais está situada a formação de recursos humanos para comporem a Estratégia Saúde da Família, que, no âmbito da graduação, enseja uma educação médica baseada na comunidade (MAGZOUN, 2000).

Em 1990, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), juntamente com o CFM e a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), dentre outras

instituições, propuseram avaliar o ensino médico no Brasil. Em 1991, foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM)⁶, que inicialmente fez um diagnóstico do ensino médico, para, então, propor um planejamento estratégico a ser levado a cabo em cada escola, de acordo com seu contexto particular. (COMISSÃO DE REFORMA CURRICULAR, 2001).

A Faculdade de Medicina da UFC adotou o Projeto CINAEM e, desde 1995, “vem desenvolvendo um processo de discussão sobre o ensino médico, com ampla participação das comunidades interna e externa” (COMISSÃO DE REFORMA CURRICULAR, 2001). Atualmente, já está adotando um novo currículo, implantado em 2001, dando um relevo maior à Atenção Básica à Saúde.

1.3. Justificativas para realização do estudo

Conhecer o que pensam os estudantes de Medicina sobre seguir carreira na MFC faz parte das minhas inquietações desde que assumi a Coordenação do Internato em Saúde Comunitária (ISC) do Curso de Medicina de Sobral (Faculdade de Medicina, UFC).

Em agosto de 2006, houve um encontro realizado pelos alunos da primeira turma, que cola grau em janeiro de 2007, no qual foi apresentado o perfil dos mesmos. Apenas um estudante demonstrou interesse em fazer Residência de MFC. Além disso, tomei conhecimento da pesquisa realizada por Araújo (2001), que mostrava uma perspectiva ainda pior, conforme citado anteriormente.

No início, o propósito era ampliar a pesquisa para todas as Escolas Médicas do Ceará que contassem com pelo menos uma turma no Internato. Contudo, o enfoque em Sobral tornou-se mais atraente, pelo seu destaque no cenário estadual e nacional no âmbito do PSF (LOTTA, 2006; SILVA, 2003) o que, associado ao novo currículo, compõe um panorama favorável à MFC.

Outra justificativa é a escassez de literatura direcionada a esse tema. Ao acessar o sítio da Biblioteca Virtual em Saúde na Internet, encontram-se alguns estudos internacionais voltados para esta questão. No Brasil, porém, há pouca produção direcionada à escolha da especialidade, de forma mais genérica, e nenhuma publicação enfocando a escolha da Medicina de Família e seus fatores motivadores ou de resistência. Nos Anais do 8º Congresso

⁶ O Projeto CINAEM tem como objetivo principal avaliar os componentes da qualidade para a transformação da realidade do ensino médico no Brasil.

Brasileiro de MFC (2006) apenas um trabalho versava brevemente acerca dessa temática.

Diante do exposto aqui e nos itens anteriores, parece haver uma certa incongruência entre o que os futuros médicos almejam em suas carreiras e as necessidades do Sistema de Saúde, às quais as reformas curriculares têm tentado dar resposta. Em outras palavras, o SUS precisa de maior formação de Médicos de Família, as Escolas Médicas estão se preparando para tal, mas não há motivação para trilhar este caminho.

Faz-se necessário examinar essa temática no intuito de subsidiar a convergência para um ponto em comum. O estudo poderá revelar os avanços e dificuldades da mudança curricular em formar médicos “capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2001b), contribuindo para o aprimoramento dos Cursos de Medicina, mormente o de Sobral.

Conhecer os fatores que, nos dias de hoje, interferem na escolha da MFC como especialidade e do PSF como campo de atuação será útil para que gestores, educadores e coordenadores de programas de residência em MFC tentem tornar este campo atraente. Na medida em que isso for atingido, haverá mais estudantes interessados e mais profissionais se qualificando e “vestindo a camisa” da Atenção Primária. Indubitavelmente, alcançaríamos uma Medicina de Família de qualidade, resolutiva e forte.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo Geral

Analisar as opiniões de estudantes de graduação em Medicina sobre as suas perspectivas de especialização e prática profissional no PSF.

1.4.2. Objetivos específicos

- Descrever o perfil dos estudantes de graduação do Curso de Medicina de Sobral;
- Analisar os fatores que influenciam a decisão da especialidade a ser seguida;
- Descrever e analisar os argumentos e motivações de estudantes de graduação em Medicina para uma eventual escolha da especialização médica;
- Analisar as opiniões dos estudantes sobre a especialidade de MFC;
- Descrever e analisar as predisposições e perspectivas para uma eventual escolha de especialização e carreira profissional na MFC.

2. Materiais e método

2.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, individuado, observacional, transversal e de natureza predominantemente quantitativa, com análise descritiva e abordagem hipotético-dedutiva sobre perfis de opiniões.

2.2. População e amostra do estudo

Compõem a população do estudo os estudantes do curso de graduação em Medicina da UFC no município de Sobral, o que corresponde a 240 indivíduos. A partir deste universo, foi definida uma amostra estratificada com recortes transversais em momentos específicos do processo de formação na graduação, incluindo:

- 1- Todos os estudantes recém-ingressados no curso (primeiro semestre);
- 2- Todos os alunos recém-ingressados nas disciplinas clínicas (quinto semestre);
- 3- Todos os alunos recém-ingressados no internato de graduação (nono semestre) e
- 4- Todos os alunos recém-formados (turma formada em 2006)

Esses recortes temporais foram escolhidos por constituírem marcos de passagem no processo de graduação em Medicina. Constituíram critérios de exclusão: (a) decisão do indivíduo em não participar da pesquisa, (b) ausência em sala de aula no dia da coleta de dados, (c) internos que não estivessem em Sobral em virtude de estágio eletivo ou férias.

Da amostra inicial participaram 94 indivíduos, sendo 38 do primeiro semestre, 28 do quinto semestre, 14 do nono semestre e 14 egressos. Após o primeiro levantamento de dados com este quantitativo, constatou-se que apenas um deles havia confirmado a escolha prévia pela MFC, o que reduziu a um perfil singular de opinião (variável singular) e inviabilizou comparações, significativas estatisticamente, para com os outros perfis e variáveis agregadas. Em razão desta restrição, optou-se pela ampliação da amostra, incorporando mais 76 indivíduos⁷ das turmas que não haviam sido previamente elencadas, perfazendo um total de 170 respondentes. Contudo, não houve a incorporação de novos alunos ao perfil daquele que havia optado previamente pela especialidade de MFC. Ainda tendo em vista esta restrição, o foco do estudo foi ampliado para abordar os perfis de opiniões sobre as perspectivas de especialização e Residência Médica em geral.

⁷ Sendo 38 alunos do quarto semestre, 30 alunos do oitavo semestre e 8 alunos do último semestre.

2.3. Campo do estudo

O estudo foi realizado no Curso de Medicina de Sobral (UFC), que iniciou suas atividades em 2001, já com um novo currículo. A mudança curricular partiu da adesão da Universidade ao Projeto CINAEM, em 1995. Em 1999, o Conselho Departamental da Faculdade de Medicina formou a Comissão de Reforma Curricular, que formatou um novo modelo pedagógico (COMISSÃO DE REFORMA CURRICULAR, 2001).

No novo currículo, os conteúdos obrigatórios estão contidos nos módulos sequenciais e longitudinais. Os módulos sequenciais se desenvolvem um por vez no ciclo básico (do 1º ao 4º semestres) e dois módulos simultaneamente no ciclo profissional (do 5º ao 8º semestres). Essa divisão em ciclos tenta ser superada através da integração básico-clínica. No ciclo básico há inserção de aspectos clínicos especialmente ligados à semiologia dos diversos sistemas orgânicos. Da mesma forma, temas das disciplinas básicas são retomados no ciclo profissional (COMISSÃO DE REFORMA CURRICULAR, 2001).

O módulo longitudinal de Desenvolvimento Pessoal (DP) reúne assuntos relativos aos aspectos humanísticos da Medicina. O módulo de ABS agrega temas relacionados à APS. Ambos têm carga horária semanal de 4h ao longo de todo o Curso. A distribuição dos módulos ao longo dos semestres é mostrada abaixo (COMISSÃO DE REFORMA CURRICULAR, 2001):

S1

Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Ciclo Básico	Educação e Medicina	Biologia Celular e Molecular			Gênese e Desenvolvimento			Aparelho Locomotor			Sistema Nervoso							
ABS	Fundamentos da Prática e da Assistência Médica																	
DP	Evolução Histórica, Científica e Ética da Medicina																	

S2

Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Ciclo Básico	Princípios de Farmacologia		Sist. Cárdio-vascular		Sistema Respiratório		Sistema Digestório		Sistema Endócrino			Sistema Gênito-urinário						
ABS	Diagnóstico de Saúde da Comunidade																	
DP	Psicologia do Desenvolvimento Humano																	

S3

Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Ciclo Básico	Processos Patológicos Gerais					Relação Parasito-Hospedeiro					Imunopatologia							
ABS	Epidemiologia e Bioestatística																	
DP	Saúde, Cultura, Ambiente e Trabalho																	

S4

Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Ciclo Básico	Abordagem do Paciente e Bases Fisiopatológicas e Terapêuticas dos Principais Sinais e Sintomas									Abordagem do Paciente e Bases Fisiopatológicas e Terapêuticas das Grandes Síndromes								
ABS	Saúde Comunitária																	
DP	Psicologia Médica																	

S5

Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Ciclo Profis.	Clínica e Cirurgia do Aparelho Digestório								Clínica e Cirurgia do Aparelho Cardiovascular								Optativo	
	Nutrologia				Endocrinologia				Pneumologia e Cirurgia Torácica									
ABS	Assistência Básica à Saúde da Criança																	
DP	Bioética e Cidadania																	

S6

Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Ciclo Profis.	Neonatologia e Obstetrícia								Ginecologia								Optativo	
	Pediatria e Cirurgia Pediátrica								Urologia e Nefrologia									
ABS	Assistência Básica à Saúde da Criança e da Gestante																	
DP	Psicopatologia																	

S7

Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Ciclo Profis.	Doenças Infecciosas								Geriatria								Optativo	
	Dermatologia				Hematologia				Reumatologia				Oncologia					
ABS	Assistência Básica à Saúde do Adulto I																	
DP	Medicina Preventiva																	

S8

Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Ciclo Profis.	Urgências Médicas								Neurologia				Terapia Intensiva				Optativo	
	Otorrinolaringologia				Traumato-Ortopedia				Psiquiatria				Oftalmologia					
ABS	Assistência Básica à Saúde do Adulto II																	
DP	Medicina Legal e Deontologia Médica																	

A duração do Internato passou de 1 ano e meio para 2 anos, sendo dividido conforme demonstra o Quadro 2.

Serviço	Duração (meses)
Clínica Médica	6
Saúde Comunitária	6
Cirurgia	4
Tocoginecologia	4
Pediatria	4

Quadro 2 – Divisão do Internato do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Fonte: COMISSÃO DE REFORMA CURRICULAR, 2001.

O curso funciona em regime anual, sendo ofertadas 40 vagas no vestibular. Compõem o quadro docente 63 professores das mais diversas áreas. Destes, aproximadamente 2/3 são substitutos e 12 estão envolvidos no módulo de ABS. A primeira turma a ingressar no curso colou grau em janeiro de 2007.

2.4. Métodos e procedimentos

Como instrumentos para coleta de dados, foram utilizados dois questionários, um dos quais foi respondido pelos egressos (Anexo 1). O outro, que foi respondido por estudantes dos demais semestres, era essencialmente o mesmo, excluindo-se apenas os quesitos 30 e 31. Algumas das questões utilizadas foram elaboradas a partir dos trabalhos de Araújo (2001), Sobral (2002) e Almeida; Tavares; Holanda (2006), com as modificações pertinentes aos objetivos da pesquisa.

Os instrumentos compunham-se 4 partes, incluindo perguntas com respostas pré-definidas e perguntas abertas:

- 1) Descrição de dados de identificação, procedência e renda familiar do respondente;
- 2) Escolha da especialidade: questões acerca do modelo de médico ideal e conhecimento do mercado de trabalho, a fim de relacionar esses fatores com a especialidade escolhida ou preferida;
- 3) Questões sobre o PSF e a MFC, tais como: possibilidade de trabalhar no PSF, fatores estimulantes ou desestimulantes para atuar no PSF ou fazer residência em MFC (para os alunos egressos, foram incluídas duas perguntas relativas à experiência no ISC);
- 4) Questões orientadas por uma listagem de 25 possíveis fatores que influenciam a escolha da especialidade (adaptadas de uma pesquisa realizada na Universidade de Brasília) (SOBRAL, 2002). As possíveis respostas foram graduadas em uma escala de Likert de 7 pontos (1 – 7), sendo 1 influência muito negativa na escolha da especialidade, 4 nenhuma influência e 7 influência muito positiva na escolha da especialidade.

Os instrumentos foram testados previamente com estudantes que não fizeram parte do estudo. Além de algumas correções para melhor interpretação das perguntas, foi acrescentada uma indagação sobre a diferença entre PSF e MFC, pois os alunos que participaram do teste acreditavam que as perguntas referentes a esses conceitos eram repetidas, uma vez que, para estes, os termos eram sinônimos.

Na primeira semana de janeiro de 2007, os questionários foram aplicados aos graduandos no nono semestre e os egressos. Durante o ano de 2007, as outras turmas foram incluídas.

A parte de respostas quantificáveis do material coletado, foi processada a partir do software EpiInfo 6.04d e ordenada por tabulações de frequências simples e cruzadas. A parte

de respostas abertas foi processada a partir da categorização de conteúdos temáticos mais recorrentes e significativos para o enfoque pretendido.

A validade e confiabilidade dos dados quantitativos obtidos foram aferidas a partir de testes T-Student e Análise de Variância (ANOVA). O teste T-Student, ou simplesmente teste t, é a técnica mais usada para a análise das diferenças entre médias de dois grupos. O teste t pode ser usado mesmo com amostras pequenas desde que verificadas a homocedasticidade (variâncias iguais) pelo teste Levene. Quando há mais de dois grupos, ou amostras, é utilizado o teste ANOVA. A ANOVA faz comparações em cada par de médias, se pelo menos um par for diferente o teste é significativo. Para identificar qual (quais) o(s) par(es) de médias são iguais foi utilizado o teste Tukey (ARANGO, 2005; JEKEL, 2005). Para análise, foram usados os programas EpiInfo 6.04d e Stata 10.0.

A análise dedutiva das informações e dados descritos levou em conta a analogia para com evidências encontradas em outros estudos empíricos referidos e orientou a formulação de hipóteses.

Os resultados dessa pesquisa serão divulgados através de artigos em revistas científicas, dando preferência àquelas das áreas de Educação Médica, Saúde Coletiva e Medicina de Família. No âmbito acadêmico, haverá apresentação para os professores do Curso de Medicina de Sobral, no intuito de suscitar uma reflexão e debater propostas para aprimoramento. No mais, a pesquisa será divulgada para membros da Associação Cearense de Medicina de Família e Comunidade (ACeMFC) e da SBMFC.

2.5. Questões éticas do estudo

A pesquisa adequou-se aos princípios básicos da bioética: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, como preconizados pela Resolução 196/96 (BRASIL, 2006a). Não trouxe nenhum risco ou desconforto para os participantes. O sigilo das informações foi mantido, evitando possíveis constrangimentos. A autonomia foi expressa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexos 2 e 3), que foi lido pelo pesquisador, em sala de aula, esclarecendo todas as dúvidas que surgiram. Não houve qualquer coação ou retaliação, menos ainda perseguições, durante a obtenção do consentimento ou na possibilidade de recusa em participar da pesquisa.

Para preservar o anonimato, o TCLE não foi assinado. O documento constava na primeira página do questionário, tendo sido destacado e guardado pelos alunos que aceitaram participar. Aqueles que preferiram não responder devolveram o questionário completo, em

branco. Este procedimento já foi aprovado previamente pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em projeto envolvendo estudantes (FREITAS, 2005).

A obtenção do consentimento se deu através de leitura do TCLE pelo próprio pesquisador em sala de aula, sendo esclarecida imediatamente qualquer dúvida que surgisse.

O projeto desse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (Protocolo nº 471), sendo Aprovado com Recomendações (anexo 4).

3. Resultados

Os resultados estão apresentados na mesma seqüência dos itens do questionário. Para efeito das descrições a seguir, os alunos que participaram da pesquisa estão denominados como respondentes. A Turma 1 corresponde àqueles que ingressaram no curso em 2001, tendo colado grau em 2006. A Turma 2 ingressou em 2002, a Turma 3 em 2003 e assim sucessivamente. Em algumas descrições, o total de respondentes não corresponde a 170 pessoas, o que significa que o item não foi respondido por todos.

3.1. Descrição do perfil dos estudantes

No que trata da distribuição de freqüências pela variável sexo, nota-se um equilíbrio entre os respondentes: 83 (49,1%) eram mulheres e 86 (50,9%) eram homens. Estas freqüências aproximam-se do mesmo perfil de distribuição por sexos dos alunos matriculados no Curso de Medicina de Sobral no ano de 2007: 46,2% de mulheres e 53,8% de homens ($p = 0,57$).

Na Tabela 1 estão descritos os dados estatísticos sobre a idade dos respondentes de cada turma envolvida no estudo:

Tabela 1 – Distribuição da amostra de respondentes por turmas e faixas de idade. Período de 2007.

	Turma 7	Turma 6	Turma 5	Turma 4	Turma 3	Turma 2	Turma 1	Toda Amostra
Idade Mínima	17	18	20	21	21	22	22	17
Idade Máxima	23	26	27	28	27	26	29	29
Idade Média	19,7	21,4	22,7	23,1	23,5	24,3	25,0	22,1
Desvio Padrão	1,66	1,87	1,85	1,85	1,56	1,16	2,00	2,41
Idade Modal	19	20	21	22	23	24	24	22

Fonte: Pesquisa

Quando se trata do local de nascimento e de residência atual da família dos respondentes, percebe-se um predomínio daqueles oriundos do município de Fortaleza, respectivamente com 51% nascidos e 54% com a família residente no referido município (Gráfico 3, na próxima página, e Gráfico 4, na página 37). Este predomínio evidencia a migração de estudantes oriundos de Fortaleza para Sobral com o intuito de cursar a graduação em Medicina.

Outro dado relativo à procedência dos respondentes refere-se ao local em que os

mesmos concluíram o Ensino Médio. Considerando que 43% dos respondentes afirmaram ter as suas famílias residentes no interior do estado, incluindo Sobral, aproximadamente 85% do total de respondentes referiram que concluíram o Ensino Médio em Fortaleza (Gráfico 5, na página 37). Neste caso, as evidências indicam que mesmo aqueles que residiam em municípios do interior do estado foram para a capital cursar o Ensino Médio e retornaram ao interior para fazer o exame Vestibular e cursar a referida graduação. No caso específico daqueles residentes em Sobral, pelo menos 44% dos respondentes fizeram este trajeto de ida e volta.

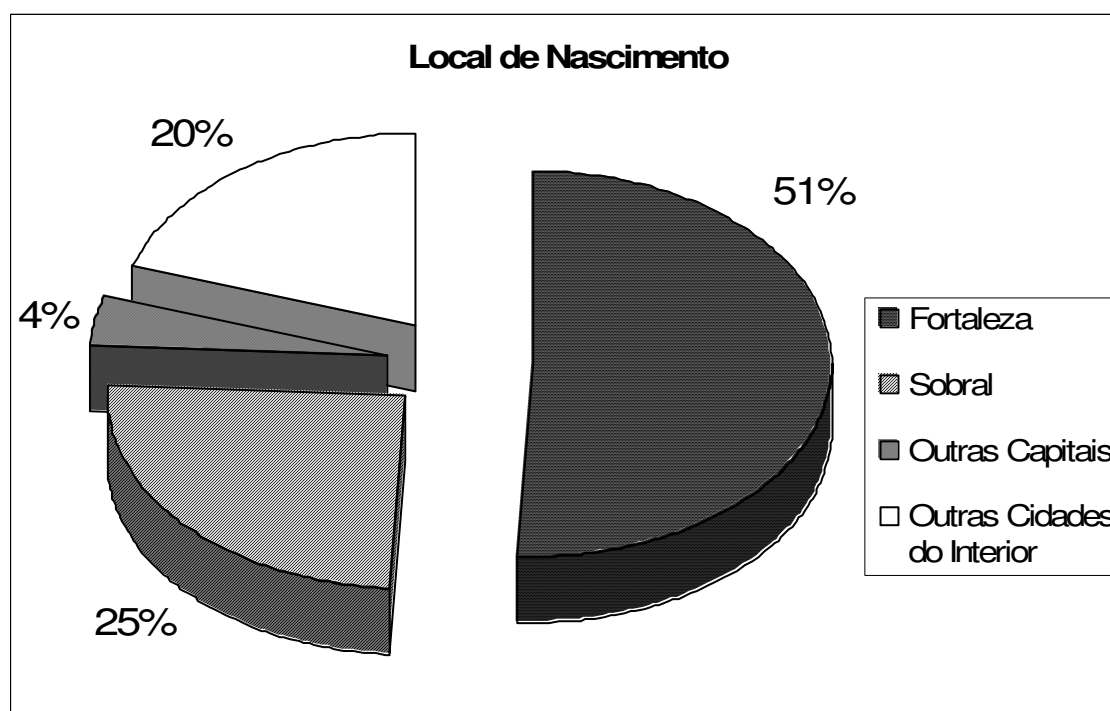


Gráfico 3 – Distribuição da amostra de respondentes por local de nascimento. Período de 2007.

Fonte: Pesquisa

Quando ao estado civil declarado, cerca de 99% referiram ser solteiros.

Quanto às faixas de renda declaradas (Tabela 2, na página 38), as respostas demonstram um predomínio de faixas médias de renda entre os respondentes, destoando do predomínio de faixas de baixa renda no conjunto da população do Ceará, como será detalhado na discussão.

A existência de algum médico como parente de primeiro ou segundo grau poderia, hipoteticamente, influir na escolha da profissão por parte do respectivo respondente (questão não explorada na análise deste estudo, mas assinalada como subsídio para a formulação de eventuais hipóteses). Dentre os que responderam a esta questão, cerca de 58%

afirmaram possuir um(a) profissional médico(a) como parente próximo.

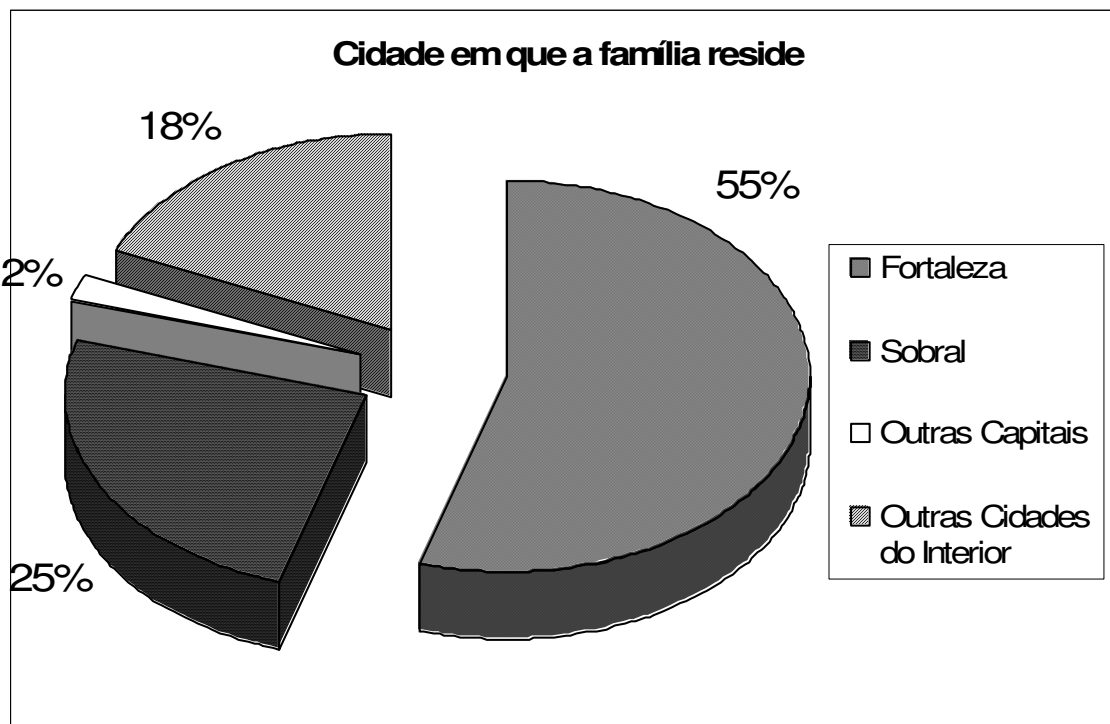


Gráfico 4 – Distribuição da amostra de respondentes por cidade em que a família reside. Período de 2007.

Fonte: Pesquisa

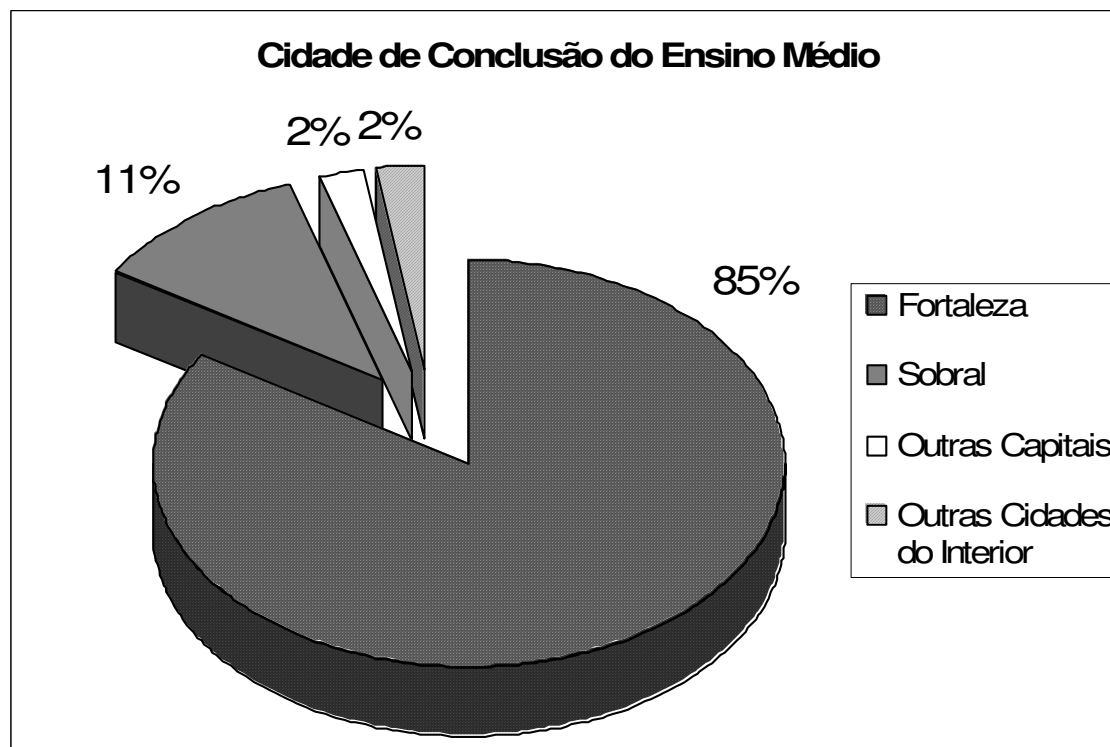


Gráfico 5 – Distribuição da amostra de respondentes por cidade de conclusão do Ensino Médio. Período de 2007.

Fonte: Pesquisa

Tabela 2 – Distribuição dos respondentes segundo renda familiar.

Faixa de renda	Frequência	Percentual
Menos de 5 SM	18	10,7
De 5 a 20 SM	84	50,0
Mais de 20 SM	38	22,6
Não sei	23	13,7
Prefiro não responder	5	3,0
Total	168	100,0

Fonte: Pesquisa

Em suma, a amostra apresentou uma distribuição por sexos que é representativa dos estudantes do Curso de Medicina de Sobral, sendo a idade média 22,1 anos. A maioria era solteira, sem filhos, procedente de Fortaleza, com renda familiar acima de 5 salários mínimos e possuía algum parente próximo que atua como médico.

3.2. Escolha da Especialidade

Este item é o mais importante do estudo, uma vez que aborda uma das questões centrais da pesquisa, que é o interesse do estudante de medicina em seguir carreira na MFC.

A primeira pergunta versou sobre a pretensão de se cursar uma especialidade. A quase totalidade dos participantes, ou seja, 99%, referiu pretender cursar especialização após a conclusão da graduação e aproximadamente 37% já a escolheram.

Observa-se, no Gráfico 6 (próxima página), que os alunos ingressam na Faculdade de Medicina pensando em alguma especialidade e, após vivenciar novos conhecimentos, surge a dúvida. Ao fazermos o teste de validade (Chi-quadrado) para aferir a diferença entre as turmas 6 e 7, encontramos um valor de 4,65, o que corresponde a um $p = 0,03$.

Ao final do curso, os alunos tendem a apressar a sua escolha por uma especialização médica, uma vez que a maioria vê a residência como uma seqüência natural e quase obrigatória. A diferença entre a Turma 3 e as Turmas 1 e 2 juntas demonstrou-se significativa ($p < 0,01$).

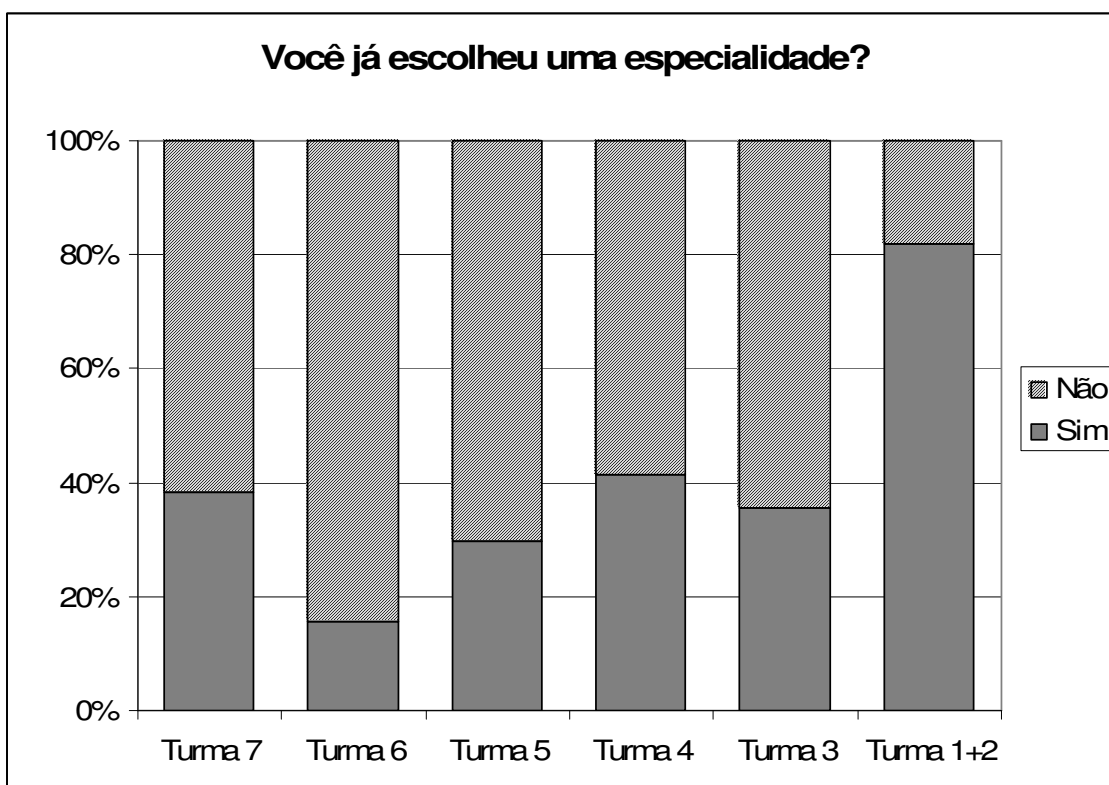


Gráfico 6 – Distribuição percentual por turma dos respondentes de acordo com escolha ou não de uma especialidade.

Fonte: Pesquisa

Dentre os respondentes que referiram já ter elegido a especialização futura, a mais aludida foi Cardiologia (13%), seguida de Cirurgia Geral (11%) e Ginecologia-Obstetrícia (10%) (Gráfico 7, na página 41).

Observa-se que apenas um estudante, da 7ª turma, escolheu previamente a MFC como sua primeira opção. No Quadro 3 (próxima página) estão discriminadas as frequências das escolhas prévias de especialidades a partir da divisão por turmas.

Para aqueles respondentes ainda indecisos, quando instados a listar as possíveis especialidades a serem seguidas, a Cardiologia também aparece como preferida (13,3%), seguida pela Pediatria (9,5%) e, empatadas, Psiquiatria e Cirurgia (8,6% cada). Quando computadas as 3 primeiras opções desses alunos, a MFC aparece apenas 4 vezes (1 vez como primeira escolha e 3 vezes como segunda escolha). Do total de 5 alunos que citaram a MFC como carreira, 3 são do primeiro semestre, um do 5º semestre e um do 12º semestre. Hipoteticamente esta evidência pode indicar que o interesse vai se reduzindo durante o curso, como referem Scott *et al.* (2007). Além disso, um estudo mostra que a preferência por uma

especialidade no início do curso não tem relação com a opção por um programa de Residência Médica na área (SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003).

Especialidade escolhida	1º sem T7	4º sem T6	5º sem T5	8º sem T4	9º sem T3	12º sem T1 e 2	Total (%)
Cardiologia	2	1	1	1	-	3	12,9
Cirurgia Geral	3	-	4	-	-	-	11,3
Ginecologia-obstetrícia	1	1	0	-	-	4	9,7
Endocrinologia	-	-	1	1	-	2	6,5
Anestesiologia	-	-	-	-	2	1	4,8
Dermatologia	-	-	-	-	1	2	4,8
Geriatria	-	1	-	2	-	-	4,8
Neurocirurgia	-	2	-	1	-	-	4,8
Oncologia	2	-	-	1	-	-	4,8
Psiquiatria	1	-	1	1	-	-	4,8
Cirurgia Plástica	1	-	-	1	-	-	3,2
Clínica Médica	-	-	-	-	-	2	3,2
Ortopedia	1	-	-	-	-	1	3,2
Otorrinolaringologia	-	-	-	-	2	-	3,2
Pediatria	-	-	-	-	-	2	3,2
Pneumologia	-	1	-	1	-	-	3,2
Cirurgia Cardiovascular	1	-	-	-	-	-	1,6
Hematologia	-	-	-	1	-	-	1,6
MFC	1	-	-	-	-	-	1,6
Neurologia	-	-	-	1	-	-	1,6
Oftalmologia	-	-	-	1	-	-	1,6
Reumatologia	-	-	-	1	-	-	1,6
Urologia	-	-	-	-	-	1	1,6
Total	13	6	7	13	5	18	100

Quadro 3 – Distribuição dos respondentes de acordo com a especialidade escolhida e a turma. Período 2007

Fonte: Pesquisa

Convém assinalar, que a Geriatria e a Oncologia surgem como especialidades mais espontaneamente citadas do que muitas especialidades básicas, como por exemplo, a Pediatria.

Para a análise descritiva, foram agrupadas as indicações dos respondentes que já haviam escolhido a especialidade com a primeira opção dos respondentes que ainda não haviam se decidido sobre esta questão (Quadro 4, na próxima página). Isto foi necessário para realização dos cálculos estatísticos. Buscou-se encontrar associações entre as características dos alunos e grupos de especialidades. Estes grupos de especialidades foram os mesmos definidos por Sobral (2005): (a) cirurgia geral e especialidades, (b) clínica médica e especialidades, (c) pediatria e gineco-obstetrícia, (d) medicina geral ou alternativa e psiquiatria e (e) outras (oftalmologia, ortopedia, radiologia, patologia e anestesiologia). Observou-se que o grupo intitulado ‘Clínica Médica e Especialidades’ é o mais atraente para os estudantes, uma vez que 51% deles citaram como escolha ou como primeira opção (Gráfico 8, na página 43).

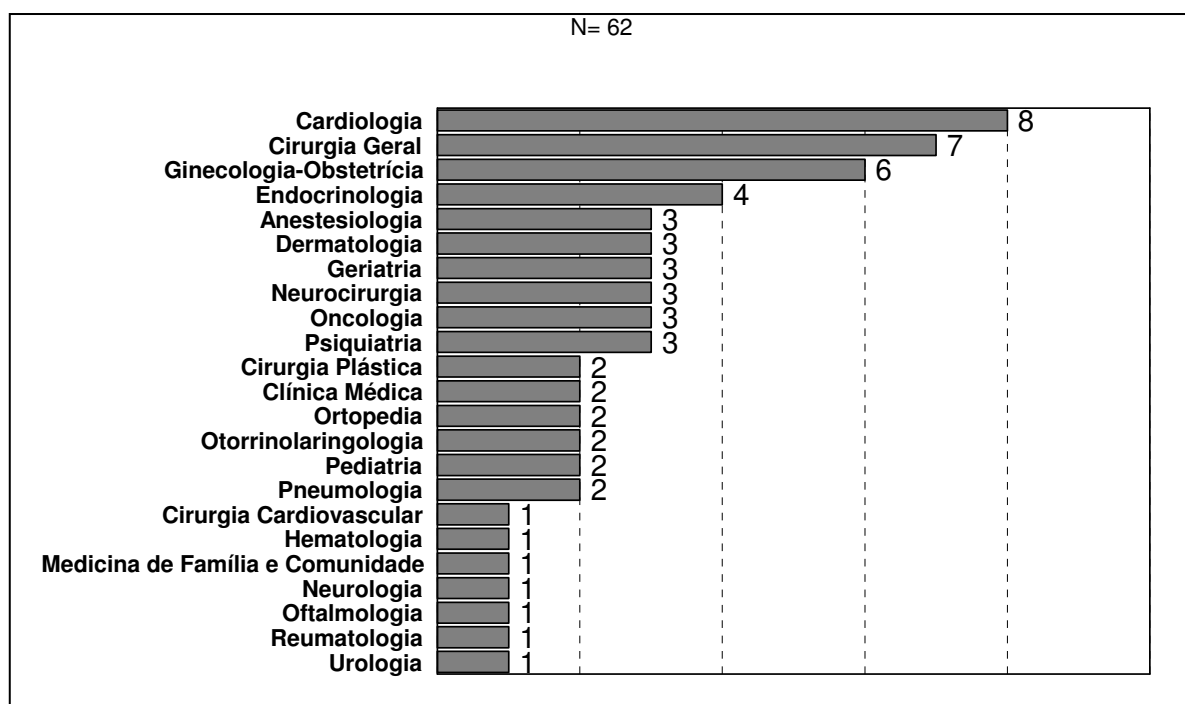


Gráfico 7 – Especialidades aludidas como escolha prévia dos respondentes
 Fonte: Pesquisa

Quando se tentou avaliar o interesse pelas chamadas especialidades básicas (Clínica Médica, Pediatria, Gineco-obstetrícia, MFC, Geriatria e Cirurgia Geral) em contraposição às subespecialidades, observou-se que estas últimas despertam maior interesse (gráfico 9, página 43).

Especialidade	Frequência	Porcentagem (%)
Cardiologia	14	13,3
Pediatria	10	9,5
Cirurgia	9	8,6
Psiquiatria	9	8,6
Neurologia	8	7,6
Clínica Médica	6	5,7
Otorrinolaringologia	6	5,7
Dermatologia	5	4,8
Oncologia	5	4,8
Endocrinologia	4	3,8
Gastroenterologia	4	3,8
Nefrologia	4	3,8
Geriatria	3	2,9
Neurocirurgia	3	2,9
Traumato-Ortopedia	3	2,9
Cirurgia Plástica	2	1,9
Ginecologia-Obstetrícia	2	1,9
Radiologia	2	1,9
Anestesiologia	1	1,0
MFC	1	1,0
Neurorradiologia	1	1,0
Oftalmologia	1	1,0
Pneumologia	1	1,0
Terapia Intensiva	1	1,0
Total	105	100

Quadro 4 – Distribuição da primeira escolha dos respondentes que não haviam decidido a especialidade, em ordem decrescente de preferência. Período 2007.

Fonte: Pesquisa

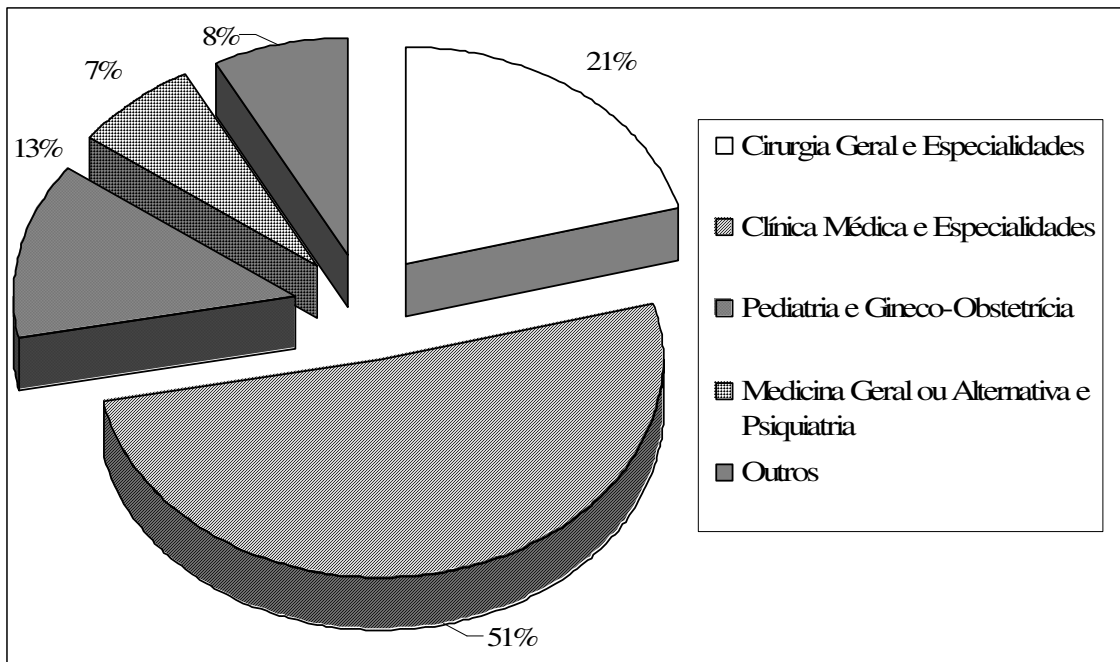


Gráfico 8 – Distribuição das escolhas feitas ou primeira opção dos estudantes, por grupos de especialidades.

Fonte: Pesquisa

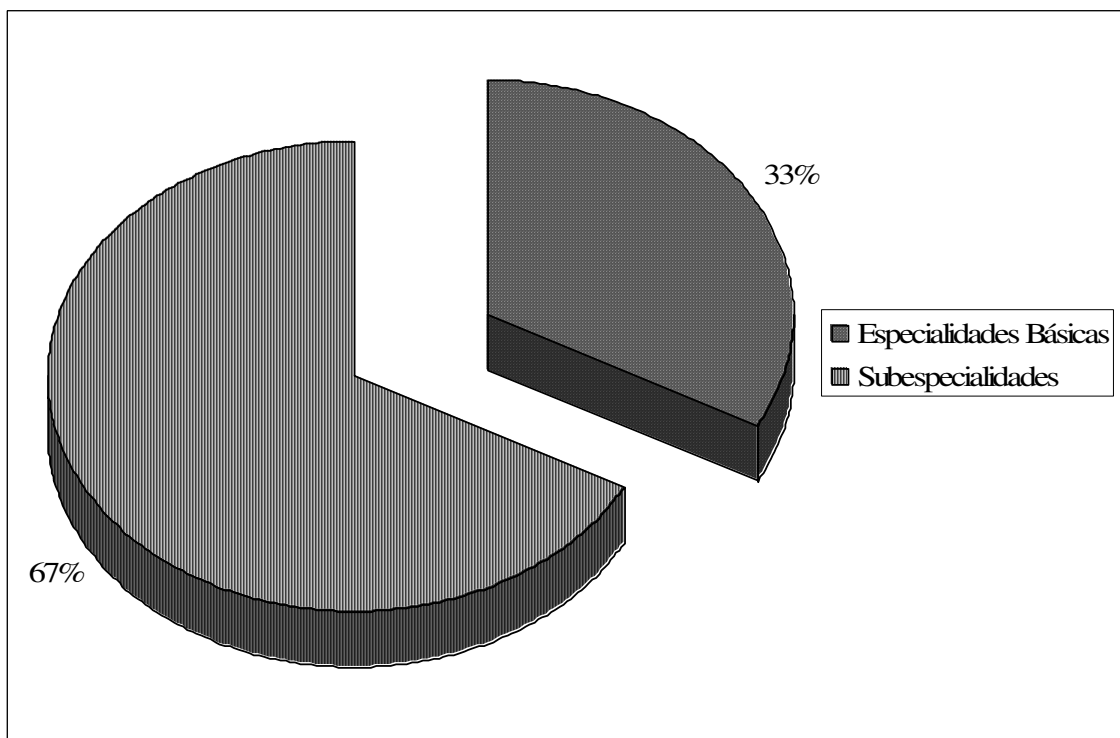


Gráfico 9 – Distribuição das escolhas feitas ou primeira opção dos estudantes em especialidades básicas ou subespecialidades.

Fonte: Pesquisa

Formados os grupos, foram criadas tabelas de contingência para aferir eventuais associações significativas entre variáveis como: sexo dos respondentes, cidade de origem, renda, ter ou não parente médico e sexo do parente médico e escolhas por especialidades

médicas. Assim procedendo, encontramos significância nos seguintes achados: os respondentes do sexo masculino têm maior preferência pelas especialidades cirúrgicas que as do sexo feminino: $\chi^2 = 8,737$; $p = 0,003$ (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição do respondentes segundo sexo e interesse em seguir uma especialidade cirúrgica. Período 2007.

		Especialidades Cirúrgicas		Total	
		Sim	Não		
Sexo	Masculino	Frequência	22	64	86
		Percentual (%)	75,9%	45,7%	50,9%
	Feminino	Frequência	7	76	83
		Percentual (%)	24,1%	54,3%	49,1%
Total		Frequência	29	140	169
		Percentual (%)	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Pesquisa

Por outro lado, as respondentes do sexo feminino têm maior predileção pelas especialidades clínicas: $\chi^2 = 5,635$; $p = 0,018$ (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição do respondentes segundo sexo e interesse em seguir uma especialidade clínica. Período 2007.

		Especialidades Clínicas		Total	
		Sim	Não		
Sexo	Masculino	Frequência	31	55	86
		Percentual (%)	40,8%	59,1%	50,9%
	Feminino	Frequência	45	38	83
		Percentual (%)	59,2%	40,9%	49,1%
Total		Frequência	76	93	169
		Percentual (%)	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Pesquisa

Percebeu-se, ainda, uma maior tendência do sexo feminino em seguir carreira nas áreas de saúde materno-infantil. Contudo, neste item não foi encontrada significância estatística ($p = 0,13$), conforme evidenciado na tabela 5 (próxima página).

Curiosamente, descobriu-se uma associação entre a existência de parente médico do sexo feminino e a escolha por alguma especialidade do grupo ‘Medicina Geral ou Alternativa e Psiquiatria’ ($p = 0,004$).

Tabela 5 – Distribuição do respondentes segundo sexo e interesse em seguir uma especialidade de Saúde Materno-Infantil. Período 2007.

		Saúde Materno-Infantil		Total	
		Sim	Não		
Sexo	Masculino	Frequência	7	79	86
		Percentual (%)	35,0%	53,0%	50,9%
	Feminino	Frequência	13	70	83
		Percentual (%)	65,0%	47,0%	49,1%
Total	Frequência	20	149	169	
	Percentual (%)	100,0%	100,0%	100,0%	

Fonte: Pesquisa

Não foram identificadas associações significativas entre a escolha da especialidade e os seguintes fatores: cidade de origem, renda e presença de um parente médico.

As justificativas para a escolha da especialidade, conforme as respostas da 17ª questão⁸, podem ser agrupadas em sete categorias. Aquelas que não se enquadravam em nenhuma destas, foram agrupadas em *Outros*. A categoria mais recorrente foi ‘Interesses pessoais’, seguida de ‘Mercado de trabalho/relações trabalhistas’. O quadro 5 (próxima página) mostra essas categorias por recorrência e exemplos de respostas de cada uma.

Quando foram agrupadas as justificativas nos cinco grandes grupos de especialidades descritos anteriormente, observamos algumas características que diferenciam os dois maiores grupos: ‘Clínica Médica e Especialidades’ e ‘Cirurgia e Especialidades’. Os alunos que preferiram ou têm como primeira opção uma especialidade cirúrgica referem facilidade com habilidades manuais e desejo de realizar procedimentos, ao passo que justificativas categorizadas como ‘Compromisso Ético-Social’ são mais marcantes no grupo da ‘Clínica Médica e Especialidades’. Outra característica própria deste último grupo é a preocupação com o mercado de trabalho. O interesse pela pesquisa também só surgiu no grupo ‘Clínica Médica e Especialidades’. Os outros grupos de especialidade não apresentaram justificativas marcantes que os diferenciassem.

Ao agruparem-se as justificativas para a escolha da especialidade de acordo com o semestre, não se identificaram justificativas que caracterizassem ou distinguíssem os semestres iniciais ou finais do curso.

⁸ ‘Por que você escolheu essa especialidade?’

Interesses Pessoais “Afinidade” “Gosto pela área” “Foi a especialidade que mais me identifiquei” “Qualidade de vida” “Vida light” “Perspectivas de realização profissional”	<i>44 referências</i>
Mercado de Trabalho “Mercado de trabalho bom” “Bom campo para o interior” “Altos salários”	<i>27 referências</i>
Tipo de Atividade “Grande poder de resolutividade” “Gosto de trabalhar com crianças” “Área que abrange como um todo a medicina”	<i>10 referências</i>
Vivência durante o Curso “Gosto de anatomia” “Afinidade pela área durante a faculdade”	<i>8 referências</i>
Compromisso Ético-Social “Contato próximo com o paciente” “A mais humana das especialidades” “Ajudar a salvar vidas”	<i>7 referências</i>
Vivência anterior ao Curso “Gostava de estudar sistema circulatório no Ensino Médio” “Experiência com a família”	<i>5 referências</i>
Influência de Terceiros “Por ter amigos na área eu me incentivam bastante” “Tenho um parente como modelo”	<i>4 referências</i>
Outros “Campo para pesquisas”	<i>4 referências</i>

Quadro 5 – Categorias, recorrências e exemplos de justificativas para a Escolha da Especialidade, por parte dos estudantes que afirmaram já ter escolhido.

Fonte: Pesquisa

O último quesito do questionário estava composto de 25 itens, a serem respondidos em uma escala de Likert de 7 níveis, abordando a influência de vários fatores na escolha da especialidade. Cinco deles obtiveram maior pontuação (Quadro 6, na próxima página), o que significa que são os fatores que apresentam maior influência positiva na escolha da especialidade, seja ela qual for.

A variável ‘*interesse em ajudar as pessoas*’ (item J) obteve maior média de pontos (6,201), indicando tratar-se de uma influência fortemente positiva na escolha da especialidade. Quando consideramos o sexo, encontramos que esse item é mais importante para o sexo feminino que para o masculino ($p = 0,029$).

Item do Questionário	Média (dp)
J - Interesse em ajudar as pessoas	6,201 (0,941)
D - Expectativa de fazer procedimentos de diagnóstico e tratamento	6,178 (0,968)
G - Compatibilidade com valores e atributos pessoais	6,167 (0,998)
O - Possibilidade de independência na atuação profissional	6,167 (0,900)
V - Condições para fazer uma diferença na vida das pessoas	6,079 (1,003)

Quadro 6 – Cinco fatores que mais influenciam positivamente o estudante de medicina na escolha da especialidade a ser seguida de acordo com a sua opinião dos respondentes.

Fonte: Pesquisa

Se for excluído da análise o nível 4 da escala de Likert (nenhuma influência), observaremos que a variável *‘expectativa de fazer procedimentos de diagnóstico e tratamento’* (item D) é a que mais influencia a escolha da especialidade, já que 93,5% dos respondentes marcaram os níveis 1 a 3 ou 5 a 7. Destes, 98,7% referem que influencia positiva-mente. Este item foi mais importante para os grupos ‘Cirurgia Geral e Especialidades’ e ‘Pediatria e Gineco-Obstetrícia’ que para ‘Medicina Geral ou Alternativa e Psiquiatria’ ($p < 0,05$).

Mantendo a exclusão do nível 4 da escala de Likert, a segunda variável de maior influência é *‘interesse em ajudar as pessoas’* (item J), uma vez que 92,4% dos alunos referem alguma influência. Destes, 99,4% referem que influencia positivamente. Em seguida, *‘compatibilidade com valores e atributos pessoais’* (item G) com 91,8% e *‘condições para fazer uma diferença na vida das pessoas’* (item V) com 90,6% dos respondentes referindo influência.

Convém realçar, que duas das variáveis mais influentes referem-se à competência ‘Compromisso Ético-social’.

No que se refere à diferença entre os sexos, encontramos que a variável *‘oportunidade de exercício de responsabilidade social’* (item Q) foi maior influência para as mulheres que para os homens ($p = 0,031$).

A variável que menor influência apresentou foi *‘conveniências e/ou obrigações pessoais e familiares’* (item K), cuja média foi 4,171 ($dp = 1,46$). A maioria dos respondentes (53,5%) refere que este fator não influencia na escolha da especialidade. Dentre os que referem alguma influência, 60,8% classificam como negativa.

Em outro ponto da análise, agrupamos os estudantes, de acordo com o grupo da especialidade escolhida (ou a primeira opção para os que não escolheram), em dois estratos.

Um deles era composto por respondentes que tinham interesse em uma especialidade daquele grupo e o outro era composto por aqueles que não tinham interesse em uma especialidade do grupo. Fizemos assim para os 5 grupos de especialidades. Procedendo dessa forma, encontramos as seguintes diferenças entre os grupos:

'Influência/encorajamento de orientador/preceptor' (item N) foi mais importante para aqueles que não escolheram 'Pediatria e Gineco-Obstetrícia' ($p = 0,033$). *'Pouca sobrecarga pessoal liberando tempo para si próprio'* (item B) foi mais importante para aqueles que não escolheram 'Medicina Geral ou Alternativa e Psiquiatria' ($p = 0,025$).

Os seguintes fatores foram mais importantes para aqueles que não escolheram 'Outras': fator I (possibilidade de ênfase na prevenção e na educação para saúde) ($p = 0,004$); fator Q (oportunidade de exercício da responsabilidade social) ($p = 0,01$); fator R (vivências especiais com pessoas necessitadas nessa área) ($p = 0,001$); O fator T (perspectivas de atuação no atendimento primário) ($p = 0,012$).

Comparando os grupos de especialidades individualmente, encontramos que os itens S (potencial de ganho econômico e prestígio social) e U (opção pessoal por local e/ou cenário de trabalho) foram mais importantes para 'Outras' que para 'Medicina Geral ou Alternativa e Psiquiatria' ($p < 0,05$).

Não foi encontrada associação significativa entre local de nascimento ou local de conclusão do Ensino Médio e a escolha da especialidade.

3.3. Medicina de Família e Comunidade / Programa de Saúde da Família

No questionário foi inserida uma pergunta sobre a possibilidade ou eventualidade dos respondentes, como futuros médicos e independente de sua escolha prévia por outra especialização, trabalharem no Programa Saúde da Família (PSF), cenário de atuação profissional mais típico da especialidade MFC. Para esta questão, a maioria dos respondentes (86,5%) afirmou considerar tal possibilidade como plausível e aceitável. Não foi encontrada diferença entre os sexos.

Na pergunta seguinte, dirigida somente para aqueles que afirmaram considerar a possibilidade anterior como aceitável, questionou-se se esta perspectiva poderia ser considerada como temporária ou definitiva, em termos de carreira profissional. Entre aqueles que responderam a esta questão específica, aproximadamente 75% afirmaram tratar-se somente da eventualidade de um trabalho temporário, 24,5% referiram indefinição ou dúvida

sobre esta questão e somente 0,5% apontou esta possibilidade como algo definitivo, ou seja, um respondente (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos respondentes de acordo com as perguntas “Você trabalharia no PSF?” e “De forma definitiva ou provisória?”

Você trabalharia no PSF?	De forma Definitiva ou Provisória?				Total
	Definitiva	Provisória	Não sei	Sem resposta	
Sim	1	110	36	0	147
Não	0	0	0	3	3
Não sei	0	2	1	17	20
Total	1	112	37	20	170

Fonte: Pesquisa

Quando se considera a seqüência de semestres cursados pelos respectivos respondentes da questão específica anterior, observamos que, na medida em que avançam no curso, a possibilidade de trabalhar no PSF vai se tornando mais aceitável, conforme demonstram a Tabela 7 e o Gráfico 10 (próxima página). Porém, as associações de respostas para este questionamento não obtiveram significância estatística (χ^2 de Pearson = 5,949; p = 0,311).

Tabela 7 – Distribuição dos respondentes por turma de acordo com a resposta à pergunta: “você trabalharia no PSF?”

		Trabalharia no PSF?				Total	
		Sim		Não		N	%
		N	%	N	%		
Semestre	1º (Turma 7)	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%
	4º (Turma 6)	32	84,2%	6	15,8%	38	100,0%
	5º (Turma 5)	24	85,7%	4	14,3%	28	100,0%
	8º (Turma 4)	26	86,7%	4	13,3%	30	100,0%
	9º (Turma 3)	13	92,9%	1	7,1%	14	100,0%
	12º (Turmas 1 e 2)	22	100,0%	-	-	22	100,0%
Total		147	86,5%	23	13,5%	170	100,0%

Fonte: Pesquisa

Foram apresentadas questões para avaliar o entendimento dos respondentes sobre as definições e distinções entre o PSF e a especialidade MFC. Consideradas as respostas, aproximadamente 43% dos respondentes afirmavam não haver distinções entre a estratégia

programática (PSF) e a especialidade médica (MFC). Para estes, ambas as denominações possuem o mesmo significado. Outros 40% dos respondentes afirmaram dúvidas sobre as definições e distinções entre os termos (PSF e MFC) e somente 17% assinalaram que existem significados distintos para ambas as denominações. Consideradas as evidências apontadas genericamente nesta questão, torna-se possível formular uma hipótese de que a maior parte dos alunos de graduação em Medicina, independente do período do curso, ainda não consegue distinguir de modo claro o que seria a estratégia programática da Atenção Básica à Saúde (PSF) e a especialidade médica mais compatível com a mesma (MFC).

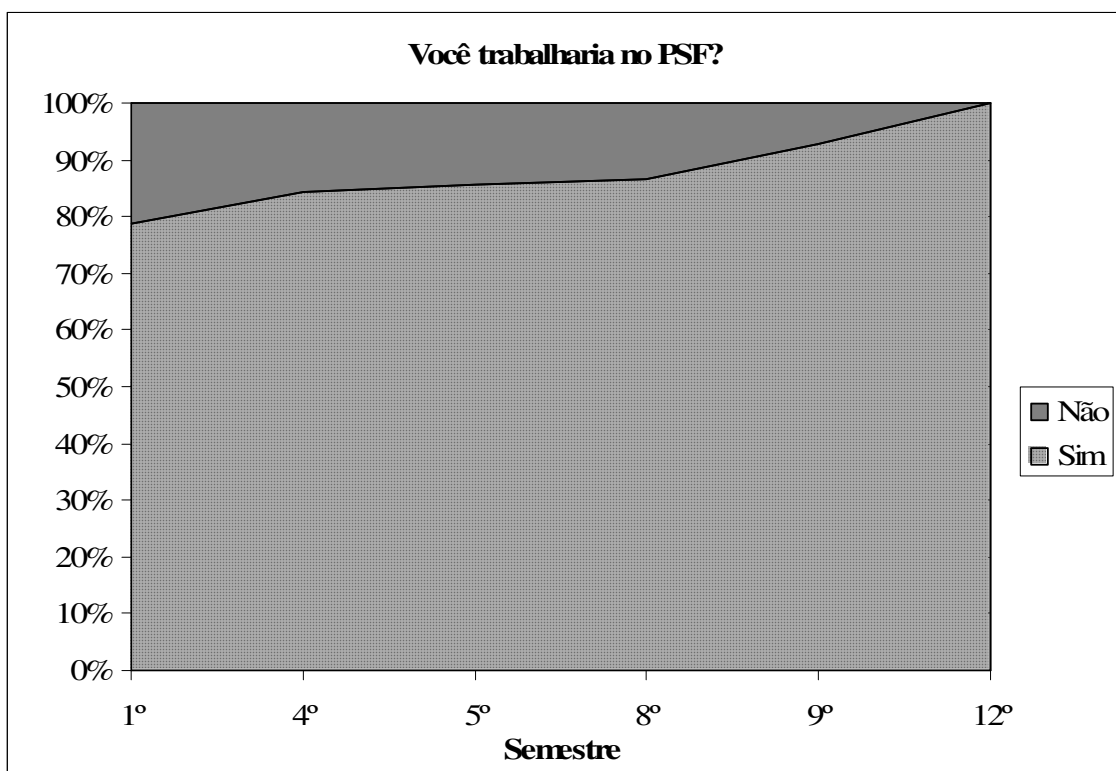


Gráfico 10 – Respostas dos estudantes à pergunta 'você trabalharia no PSF?'
Fonte: Pesquisa

Outra interrogação apresentada referiu-se às opiniões sobre a necessidade, ou não, de especialização para os médicos trabalharem na Atenção Básica ou no PSF. Aproximadamente 48% dos respondentes afirmaram ser necessária alguma especialização médica, contudo, 37% consideraram não ser necessária qualquer especialização, enquanto 15% preferiram não opinar sobre o assunto. O Gráfico 11 mostra o total das respostas e o Gráfico 12 desconsidera aqueles que não opinaram. Ambos estão na página 52.

<p>Enfoca / faz ações de promoção e prevenção da Saúde Atendimento/Atenção Integral Aproximação dos profissionais à população (Vínculo)</p>
<p>Hierarquização</p> <p>Realiza Atendimento Básico/Primário Desafoga os hospitais (níveis secundário e terciário) Porta de Entrada do Sistema de Saúde</p>
<p>Política de Estado / Política de Governo</p> <p>Estratégia do Governo Brasileiro Reduz custos com saúde</p>
<p>Trabalho em Equipe</p> <p>Equipe multidisciplinar Equipe de médicos</p>
<p>Eqüidade</p> <p>Voltado para população mais pobre Voltado para doenças prevalentes (e áreas de risco)</p>
<p>Universalidade</p> <p>Amplia cobertura Descentraliza a medicina Visa à população como um todo (independente da classe social)</p>
<p>Acessibilidade</p> <p>Acesso fácil Assistência aos moradores do interior (longe dos hospitais)</p>
<p>Resolubilidade</p> <p>Resolve os problemas mais simples Resolve mais de 80% dos problemas/demanda</p>

Quadro 7 – Categorização, em ordem decrescente de recorrência, do entendimento dos respondentes sobre o que é Programa de Saúde da Família (PSF).

Fonte: Pesquisa

Quando questionados mais especificamente sobre se conheciam algum programa de especialização em MFC, 59,1%, dos que responderam ao quesito confirmaram positivamente. Entretanto, apenas aproximadamente 39% dos alunos o opinaram.

Ao descreverem os fatores que estimulam e os que desestimulam o trabalho no PSF, encontramos uma variedade muito grande de respostas. A categorização foi estabelecida de acordo com os itens do último quesito do questionário (Quadro 8, página 53).

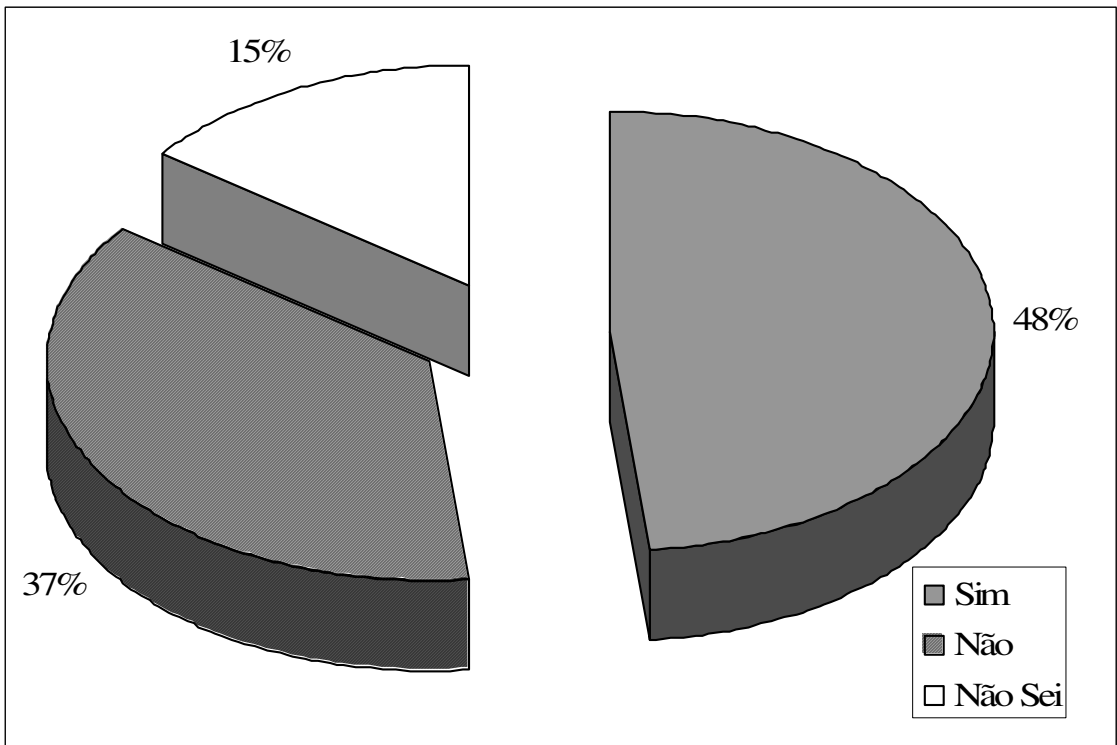


Gráfico 11 – Você acha que para atuar no PSF o médico deveria ter uma especialidade própria? Total de respostas.

Fonte: Pesquisa

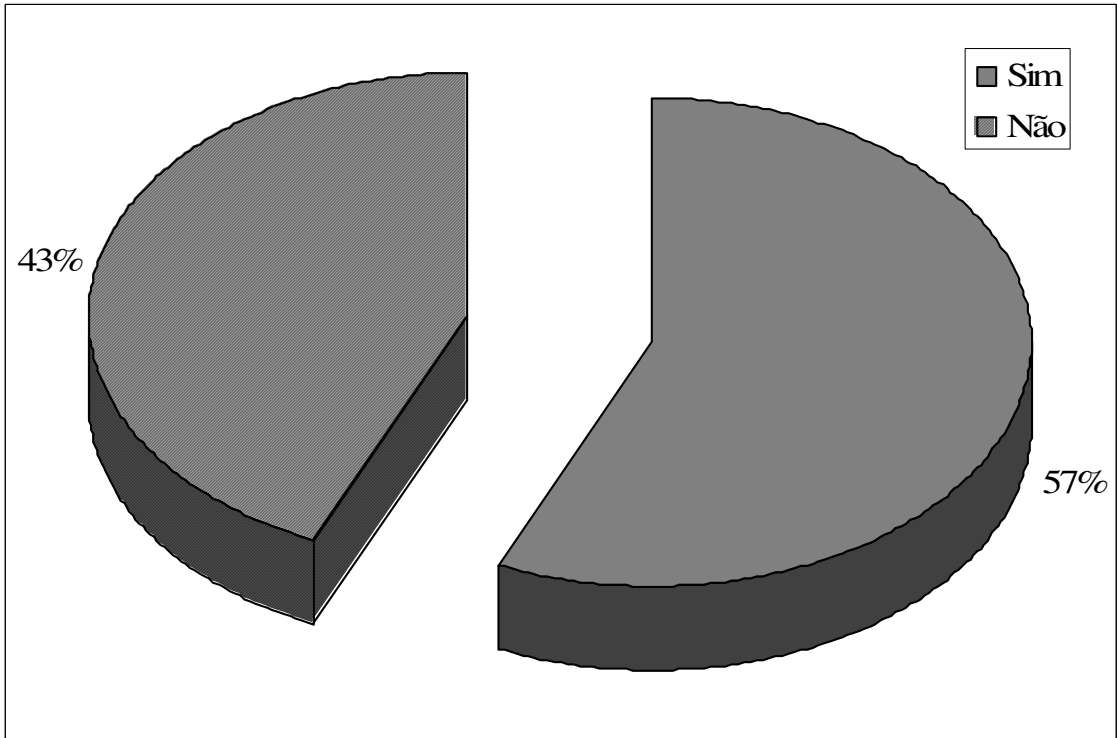


Gráfico 12 – Você acha que para atuar no PSF o médico deveria ter uma especialidade própria? Excluindo a opção 'não sei'.

Fonte: Pesquisa

Enfocando primeiramente os aspectos estimulantes ao trabalho no PSF, observa-se que a perspectiva de um bom salário logo após a conclusão da graduação é bastante referida pelos respondentes.

Fatores Estimulantes	Fatores Desestimulantes
<p>Mercado de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibilidade de trabalhar sem especialização ou residência ▪ Possibilidade de trabalhar logo após se formar; Maior segurança em trabalhar no PSF quando recém-formado; Garantia de emprego e renda para recém-formados* ▪ Boa Remuneração / Bons salários* ▪ Fácil acesso / Fácil ingresso* 	<p>Mercado de Trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ As melhores ofertas de emprego são no interior; distância dos grandes centros urbanos* ▪ Lugares ruins para morar; morar no interior* ▪ Remuneração ruim; salário menor que do especialista* ▪ Pouca perspectiva de aumento salarial
<p>Satisfação pessoal com a atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualidade de vida* ▪ Tranquilidade ▪ Não há necessidade de plantão ▪ Trabalha pouco ▪ Trabalho menos cansativo que do hospital ▪ Crescimento pessoal e profissional* ▪ Experiência Profissional 	<p>Satisfação pessoal com a atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desvalorização, pouco prestígio, falta de reconhecimento* ▪ Estigma social ▪ Pouca possibilidade de crescimento profissional* ▪ Pouco interessante, mesmice dos casos ▪ Muita cobrança ▪ Grande demanda
<p>Interesse em ajudar as pessoas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contato com todos os níveis sociais ▪ Ajudar as pessoas carentes ▪ Realização profissional ao ajudar os pobres ▪ Oportunidade de realizar seu papel social 	<p>Interesse em ajudar as pessoas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificuldades sociais que atrapalham o trabalho do médico; locais muito pobres ▪ Visitas domiciliares ▪ Agressividade da população
<p>Tipo de Paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalhar com várias faixas etárias e diversidade de casos e doenças ▪ Grande contato (vínculo) com a comunidade, pacientes e sua realidade; relacionamento com as famílias; maior acompanhamento do paciente* 	<p>Tipo de Paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Não foi citado como desvantagem
<p>Desafio de lidar com</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalho bem mais fácil que das outras especialidades ▪ Menor responsabilidade ▪ Pacientes menos graves ▪ Aquisição de conhecimento geral 	<p>Desafio de lidar com</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Não domina bem um único assunto; não ter contato com uma área específica de forma mais profunda ▪ Não exige muito conhecimento e estudo ▪ Visão superficial das doenças ▪ Difícil ser um excelente médico; é muito difícil ser bom em tudo ▪ Grande abrangência dos problemas de saúde

Fatores Estimulantes	Fatores Desestimulantes
Condições de Trabalho <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipe multiprofissional* ▪ Trabalho em equipe 	Condições de Trabalho <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pouca estrutura/recurso, precárias condições de trabalho* ▪ Pouca resolutividade diagnóstica e terapêutica ▪ Desorganização do serviço
Sistema de Saúde <ul style="list-style-type: none"> ▪ Não foi citado como fator estimulante 	Sistema de Saúde <ul style="list-style-type: none"> ▪ Influência política; politicagem ▪ Legislação do SUS é pouco empregada na prática

Quadro 8 – Categorização dos Fatores que, na opinião dos estudantes, poderiam estimular e/ou desestimular um médico a trabalhar no PSF.

Obs.: Os itens marcados com asterisco (*) obtiveram maior recorrência nas respostas.

Fonte: Pesquisa

Também foi citado, como fator estimulante, a maior segurança em trabalhar no PSF quando recém-formado. Há hipoteticamente duas possíveis interpretações: (a) maior segurança em trabalhar, uma vez que essa tarefa “não exige muito conhecimento e estudo” e leva a uma “visão superficial das doenças”, ou (b) maior “certeza” em trabalhar no PSF quando recém-formado, uma vez que há sempre um município buscando médicos para tal função.

Outro fator citado freqüentemente como estimulante refere-se a uma melhor qualidade de vida, que pode ser traduzida como “trabalhar pouco”, “trabalho menos cansativo que do hospital” e “não há necessidade de plantão”.

O propósito de crescimento pessoal e profissional obteve destaque e, em virtude do grande desinteresse demonstrado em se permanecer nessa atividade, pode hipoteticamente ser interpretado como aquisição de experiência profissional antes de estabelecer-se em uma outra especialidade. Esse crescimento provavelmente está relacionado ao grande vínculo com pacientes e comunidade, inclusive vivenciando as mais diversas realidades, sem esquecer o trabalho em equipe, conforme respostas obtidas nesta pergunta do questionário. “Oportunidade de exercer a capacidade de liderança” e “possibilidade de aprendizagem ampla” são frases que reforçam essa proposição.

Cabe ressaltar ainda, alguns aspectos que foram citados como estimulantes, mas que, na realidade, revelam uma visão errônea da atividade e que provavelmente contribuem para o desinteresse em permanecer definitivamente no PSF. Por exemplo, “trabalho bem mais fácil que das outras especialidades”. Isso nos remete à seguinte frase, cuja autoria é atribuída a Sir Denis Pereira Gray: “A MFC é o trabalho mais fácil de se fazer mal feito e o mais difícil

de se fazer bem feito” (SBMFC, 2006c). Outras citações do mesmo tipo foram: “menor responsabilidade” e “trabalha pouco”.

Alguns respondentes citaram como positivo o reconhecimento do profissional por parte da população, mormente quando se trabalha bem. Entretanto, houve maior recorrência do aspecto negativo dessa característica, como será demonstrado adiante. Dois respondentes manifestaram explicitamente que o estímulo em trabalhar no PSF deve-se à oportunidade de ganhar dinheiro para pagar os estudos da residência.

Quanto aos fatores desestimulantes, o mais recorrente foi a falta de recursos e estrutura das Unidades de Saúde, isto é, precárias condições de trabalho. Em seguida, em ordem decrescente de referências, está a desvalorização profissional, também citada como “pouco prestígio dessa atividade” e “falta de reconhecimento”. Chamou atenção o termo como um estudante designou essa característica negativa: “estigma social” (Q21).

Paradoxalmente, o salário também foi citado como fator desestimulante por muitos. É possível, em consonância com algumas respostas dadas e com base na análise dos outros fatores desestimulantes, que a crítica seja ao salário em longo prazo. Respostas do tipo “pouca possibilidade de crescimento profissional”, “perspectivas profissionais pouco promissoras”, “o profissional fica estagnado”, “pequena possibilidade de progredir na carreira” corroboram essa argumentação.

Apesar do Curso de Medicina de Sobral ter como um dos objetivos a fixação de profissionais médicos no interior do estado, uma boa parte dos estudantes referiu a insatisfação com os incentivos dados ao trabalho no interior, uma vez que viam como desestimulante o fato de as melhores ofertas de emprego (melhores salários) serem no interior, longe dos grandes centros urbanos, em locais isolados e cujas moradias são ruins.

Embora pouco recorrentes, alguns fatores desestimulantes chamam a atenção, como “visitas domiciliares”. Cabe aqui trazer à reflexão como estão se dando as experiências junto às comunidades e as atividades nos domicílios.

As opiniões sobre o desafio intelectual atribuído ao PSF pelos estudantes são bastante negativas: “visão superficial das doenças”, “não exige muito conhecimento e estudo”, “não domina bem um único assunto”. Isso, somado à “pouca resolutividade diagnóstica e terapêutica” e “muitos encaminhamentos” desenham o perfil de uma medicina de segunda categoria, que é exercida por profissionais “estagnados” e “acomodados”.

Outro ponto importante referido é o de trabalho em equipe. Apesar de ter sido

mais citado como fator de estímulo, dois alunos fizeram menção a uma indisposição para com os profissionais graduados em Enfermagem: “brigas entre enfermeiras e médicos pelo controle do posto”, “ser subordinado à Enfermagem”. Silveira (2007), em uma monografia que abordou a precarização do trabalho das enfermeiras em Sobral, identificou nas falas dos entrevistados de sua pesquisa que esta questão realmente está presente, apesar de muitas vezes se manifestar de forma tácita.

Os respondentes identificaram ainda, como fator desestimulante, a dificuldade de “ser um excelente médico”, uma vez que “é muito difícil ser bom em tudo”, dada a “grande abrangência dos problemas de saúde” com que o médico do PSF se depara.

Em síntese, a grande maioria dos estudantes afirma que trabalharia no PSF, porém apenas provisoriamente. Essa propensão para trabalhar no PSF vai aumentando na medida em que se avança no curso de graduação. Entretanto, poucos são os respondentes que sabem distinguir o PSF, âmbito de práticas, da MFC, especialidade médica e poucos acreditam ser necessária uma especialização própria para exercer as atividades de Atenção Primária. Vários foram os fatores estimulantes e desestimulantes para o trabalho no PSF. Os aspectos encorajadores mais citados pelos estudantes foram: boa remuneração, qualidade de vida, grande vínculo com as comunidades, oportunidade de realizar seu papel social, crescimento pessoal e profissional e possibilidade de trabalhar assim que se formar. Por sua vez, os fatores desanimadores com maior recorrência foram precárias condições de trabalho, desvalorização, baixos salários, necessidade de interiorizar-se para ganhar melhor e poucas perspectivas de crescimento profissional.

3.4. Opiniões sobre o perfil, a profissão e o trabalho dos médicos

Uma das perguntas subjetivas apresentadas versou sobre o perfil ou tipo ideal do profissional médico. A intenção era identificar possíveis associações entre a ideação (o perfil ideal, modelo de médico) e a escolha da carreira e eventualmente da especialização. Surgiram várias descrições, para as quais foi feita uma categorização em consonância com as competências que o Curso tem como meta, quais sejam: Compromisso Ético-Social; Conhecimento Técnico-científico; Educação Permanente; Habilidades de Comunicação; Tomada de decisões e Trabalho em Equipe. Características que não se enquadrassem nessas categorias foram agrupadas como Outros. As respostas mais recorrentes de cada categoria estão expostas no quadro 9 (próxima página).

Categoria	Respostas
Compromisso Ético-social	<ul style="list-style-type: none"> • “O médico ideal é aquele que sabe se portar eticamente diante de seus pacientes”.(Q133) • “Tem que saber tratar bem seus pacientes, objetivando o bem do próximo”.(Q149) • “... não trata seus pacientes como ‘órgãos doentes’”.(Q157) • “Responsável, que tenha compromisso com a comunidade...” (Q129) • “... e contribua de alguma maneira para a melhora social do país”.(74) • “... preocupado com a situação social do país e, conseqüentemente, com a falta de acesso à saúde...” (Q61)
Conhecimento Técnico	<ul style="list-style-type: none"> • “Tem conhecimento técnico-científico abrangente...” (Q167) • “Um médico bem preparado cientificamente...” (Q119) • “... com total domínio da sua especialização”.(Q131) • “Domina a técnica médica”.(Q101)
Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> • “Sempre atualizado, buscando os melhores tratamentos para o paciente”.(Q144) • “Atualizado e estudioso”.(Q103) • “... que está sempre se reciclando...” (Q124) • “Um eterno estudante, que permaneça sempre atualizado...” (Q58)
Habilidades de Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • “Que se interesse em ouvir e atender adequadamente o paciente”.(Q156) • “Médico que seja capaz de ouvir e se relacionar bem com o paciente...” (Q161) • “Saber escutar o paciente e não apenas tratar a doença”.(Q144) • “... que dê abertura para o paciente falar sobre seus problemas de saúde sem constrangimento...” (Q114) • “... que explicasse com clareza suas condutas e procedimentos”.(Q97)
Tomada de Decisões	<ul style="list-style-type: none"> • “... tem segurança no desempenho do seu cargo”.(Q160) • “... trazendo segurança ao paciente”.(Q87) • “... conseguir solucionar qualquer problema que apareça em sua frente.” (Q66) • “... mas também firme em suas decisões”.(Q15)
Trabalho em Equipe	<ul style="list-style-type: none"> • “Sabe trabalhar em grupo”.(Q150) • “Capacidade de trabalhar em equipe”.(Q86) • “Bom relacionamento com outros profissionais”.(Q08)
Outros	<ul style="list-style-type: none"> • “... que tenha um bom tempo para que se dedique à sua família”.(Q137) • “Pacífico, sem horários estressantes...” (Q166) • “Seria uma associação de dedicação profissional, estruturação familiar e boa remuneração”.(Q118) • “... possuidor de um emprego apenas”.(Q13) • “... ligação acadêmica”.(Q12) • “Uns cidadãos polidos, prestativos, cultos, inteligentes, bonitos e úteis.” (Q90) • “... excelente bom senso, bom pai (ou mãe), bom esposo, bom marido, inteligente, organizado...” (Q89) • “... deve, antes de tudo, gostar da profissão, pois é um trabalho cansativo”.(Q84) • “... e especializado em alguma área”.(Q83) • “Um médico generalista...” (Q44) • “Pontual” (Q64)

Quadro 9 – Categorização e exemplos de respostas à pergunta “como você descreveria o perfil ou o modelo do médico ideal?”

Fonte: Pesquisa

A categoria mais citada como característica do médico ideal (41,4% dos respondentes) foi Compromisso Ético-Social, seguida por Conhecimento Técnico-científico (23,7%) e Educação Permanente (11,8). A tabela 8 (próxima página) traz a discriminação das categorias por turma e no total. Em boa parte das respostas, observou-se a associação entre compromisso ético-social e conhecimento técnico-científico, como nesta resposta: “Aquele que consiga tirar o melhor do tecnicismo e o melhor do humanismo, mesclar e oferecer ao paciente”.(Q02)

É importante, neste ponto, retornar às justificativas dadas pelos respondentes que já haviam escolhido a especialidade (Quadro 5, página 46) e relatar a disparidade que há entre a importância dada ao Compromisso Ético-social ao descrever o médico idealizado e a pequena referência feita a essa competência quando da descrição dos motivos subjacentes à escolha da especialidade.

Merecem ser destacadas as poucas menções que os estudantes fizeram ao trabalho em equipe. Apenas cinco deles o citaram. Outro achado digno de atenção foi a redução das citações sobre o Compromisso Ético-Social com o avançar do curso de graduação (Tabela 8 e Gráfico 13, ambos na próxima página). Percebe-se que as citações referentes a esta categoria reduzem-se progressivamente das turmas mais iniciais para os egressos. Ao fazermos análise de regressão logística, obtivemos que esse achado não é ao acaso, uma vez que encontramos significância estatística no teste F ($p < 0,03$).

Dentre as descrições, cinco respondentes referiram ser o especialista um tipo do médico ideal, ao passo que três citaram ser generalista. Não foi encontrada descrição que versasse sobre o âmbito de práticas (hospital x posto de saúde, ou público x privado).

O “conhecimento técnico” foi bastante citado como característica do médico ideal. Por outro lado, o trabalho na ABS, no que toca ao desafio intelectual, não é bem visto pelos respondentes (Quadro 8, categoria ‘Desafio de lidar com’, página 53).

Tabela 8 – Frequência e percentual de respondentes que referiram características categorizadas como ‘Compromisso Ético e Social’ na descrição do Médico Ideal, de acordo com a turma.

Categoria	Turma 1		Turma 2		Turma 3		Turma 4		Turma 5		Turma 6		Turma 7		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Compromisso Ético-social	12	36,4	6	37,5	9	36,0	25	41,7	23	37,0	28	46,0	37	45,6	140	41,4
Conhecimento Técnico-científico	10	30,3	3	18,7	5	20,0	16	26,7	13	21,0	11	18,0	22	27,2	80	23,7
Educação Permanente	5	15,1	2	12,5	3	12,0	5	8,3	9	14,5	5	8,2	11	13,6	40	11,8
Habilidades de Comunicação	1	3,0	2	12,5	2	8,0	5	8,3	8	13,0	6	9,8	0	0,0	24	7,1
Tomada de Decisões	2	6,1	0	0,0	1	4,0	2	3,3	2	3,2	2	3,3	2	2,5	11	3,3
Trabalho em Equipe	1	3,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	1	1,6	2	3,3	0	0,0	5	1,5
Outros	2	6,1	2	12,5	5	20,0	7	11,7	6	9,7	7	11,4	9	11,1	38	11,2
Total	33	100	16	100	25	100	60	100	62	100	61	100	81	100	338	100

Fonte: Pesquisa

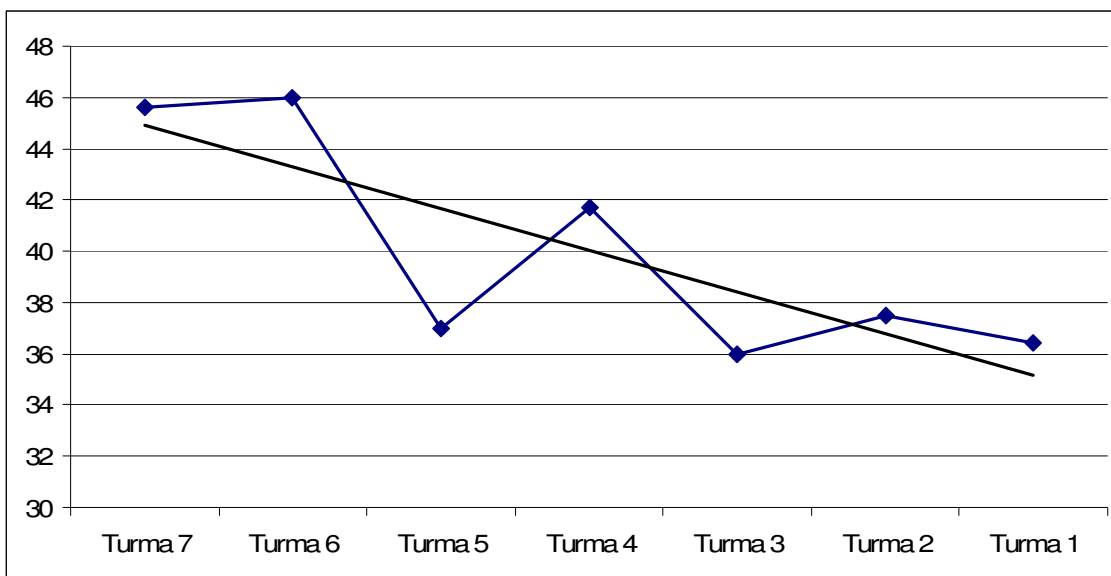


Gráfico 13 – Percentual de Estudantes que referiram características de Compromisso Ético e Social na descrição do Médico Ideal

Fonte: Pesquisa

4. Discussão

4.1. Escolha da Especialidade

A escolha de uma especialidade médica tende a ser multifatorial (HARRIS; GAVEL; YOUNG, 2005). Um estudo (BAZARGAN *et al.*, 2006) identificou, através de análise fatorial, os principais motivos alegados (Quadro 10). Por outro lado, os mesmos autores concluíram que fatores como raça, status sócio-econômico dos pais e a área onde o estudante cresceu (zona rural x zona urbana) não apresentaram impacto na escolha da especialidade. Nos próximos tópicos serão descritos os achados desta pesquisa no que toca a esta questão.

Compaixão Social, Atitudes e Valores	<ol style="list-style-type: none">1. Experiência voluntária em comunidades carentes2. Obrigação de servir3. Experiências curriculares com comunidades carentes4. Política e missão da escola médica5. Valores sociais pessoais
Considerações pessoais orientadas pela prática	<ol style="list-style-type: none">1. Ambiente de prática desejado2. Atividades extracurriculares3. Localização geográfica desejada
Considerações Financeiras	<ol style="list-style-type: none">1. Recebimento de ajuda financeira na escola médica2. Débito com a Universidade3. Salário potencial da especialidade
Preocupações familiares e pessoais	<ol style="list-style-type: none">1. Responsabilidade com filhos ou família2. Casamento3. Carga horária e estilo de vida da especialidade
Influências subjetivas e reforçadoras	<ol style="list-style-type: none">1. Modelos anteriores à escola médica2. Interesse em uma especialidade antes do ingresso3. Preferências parentais4. Pressão dos colegas
Experiências no treinamento médico	<ol style="list-style-type: none">1. Modelos na escola médica2. Experiências curriculares3. Experiências no internato4. Mentor

Quadro 10 – Seis fatores que têm impacto significativo nas escolhas profissionais de estudantes de medicina.

Fonte: Bazargan *et al.*, 2006.

4.1.1. Nascimento/Residência dos Pais

Um primeiro ponto a destacar é o local de nascimento do estudante e local de

residência da família do mesmo. A criação do curso de medicina em Sobral visou à interiorização do médico (FACULDADE DE MEDICINA DE SOBRAL, 2006). Através dos dados desse estudo, não é possível avaliar se tal objetivo foi alcançado, mas pode-se verificar que houve uma migração de pessoas nascidas e/ou residentes na capital em busca da graduação em medicina. Cabe a outros estudos averiguar se a formação no interior realmente induz uma interiorização desse profissional.

Algo que chama a atenção é o grande percentual de estudantes da amostra que concluíram segundo grau em Fortaleza. Isso nos leva à pergunta: o indivíduo nascido no interior e que não teve oportunidade de ir à capital concluir seus estudos tem menos chance de ingressar no Curso de Medicina de Sobral? A maior quantidade de colégios em Fortaleza com suas longas trajetórias de sucesso em concursos vestibulares pode acrescentar uma vantagem a pessoas que lá estudaram. Isso deve ser motivo de atenção, uma vez que alguns estudos internacionais apontam que a escolha do local de trabalho (interior x capital) é influenciada pela cidade de origem e que o estudante de medicina oriundo do interior é mais propenso a seguir carreira em MFC (BAZARGAN *et al.*, 2006; BLY, 2006; CAMPOS-OUTCALT *et al.*, 2007; SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003).

4.1.2. Renda Familiar

Ao buscar informações acerca da renda do cearense, encontram-se, na página do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na Internet, dados sobre o rendimento nominal mensal dos mesmos. Assim, ressaltadas as diferenças entre renda nominal e renda familiar, se for usado como parâmetro de comparação a renda nominal mensal de pessoas acima de 10 anos de idade (Tabela 9, na próxima página), excluídas as pessoas sem renda, nota-se que a renda familiar dos estudantes está bem acima do rendimento médio do cearense. Enquanto 90,4% dos cearenses com renda ganham até 5 salários mínimos, metade dos respondentes afirmam ter uma renda familiar entre 5 e 20 salários mínimos. Esta realidade é preocupante, pois os futuros médicos podem apresentar dificuldades em entender a realidade dos pacientes pobres (BHYAT, 2006).

Alguns estudos mostram que o status sócio-econômico é um fator que influencia a escolha da especialidade: aqueles com menor poder aquisitivo tendem a escolher MFC, enquanto os que provêm de famílias ricas tendem a escolher especialidades com maiores perspectivas de retorno financeiro (BHYAT, 2006; BUDDEBERG-FISCHER *et al.*, 2006; CABRAL FILHO e RIBEIRO, 2004; SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB., 2003).

Tabela 9 – Distribuição dos cearenses com mais de 10 anos de idade de acordo com o rendimento nominal mensal.

Faixa de Renda	Pessoas	Percentual
Sem rendimento	2.794.719	-
Até 1 salário mínimo	1.632.865	54,2%
Mais de 1 a 2 salários mínimos	681.984	22,7%
Mais de 2 a 3 salários mínimos	215.126	7,1%
Mais de 3 a 5 salários mínimos	193.725	6,4%
Mais de 5 a 10 salários mínimos	168.109	5,6%
Mais de 10 a 20 salários mínimos	74.804	2,6%
Mais de 20 salários mínimos	44.026	1,5%
Total	5.805.358	100,0%

Fonte: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ce> (acesso em 02/02/08)

Em virtude do escasso número de respondentes interessados em MFC, não foi possível inferir qualquer relação entre escolha da MFC e menor renda. Mesmo assim, se essa relação é real, em consonância com os artigos supracitados, o exíguo número de interessados por essa especialidade pode ser justificado pelo elevado poder aquisitivo da amostra.

4.1.3. Idade

No que toca à idade, os trabalhos internacionais são controversos. Alguns associam a idade mais jovem com a escolha da MFC e outros assinalam a direção contrária (BAZARGAN *et al.*, 2006; SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003). De qualquer forma, a nossa amostra é composta principalmente por jovens, com desvio padrão pequeno em cada turma (Tabela 1, página 35). Mesmo assim, observamos que dos estudantes que citaram a MFC como escolha (já realizada ou possível) são de semestres mais iniciais. Entretanto, não conseguimos verificar significância nesse achado, haja vista o escasso número no grupo que escolheu MFC.

4.1.4. Sexo

A análise dos dados mostrou que o sexo é um fator que influencia a escolha da especialidade, na medida em que os rapazes têm uma forte tendência a seguir carreiras cirúrgicas, ao passo que as futuras doutoras preferem a área de clínica médica. Esses dois

grupos de especialidade foram os únicos a mostrar diferenças entre os sexos. O sexo feminino mostrou, embora sem significância, uma tendência maior que o sexo masculino para o grupo de especialidades classificadas nessa pesquisa como Saúde Materno-Infantil (Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia). Estudos internacionais apontam que quando são analisados os fatores isoladamente, observam-se outras diferenças entre os sexos, principalmente no que concerne à carga horária, à flexibilidade dos horários de trabalho, às condições de trabalho e às circunstâncias domésticas (HARRIS; GAVEL; YOUNG, 2005; LAMBERT *et al.*, 2003).

O predomínio de homens no campo da cirurgia é reconhecido em diversos países, sendo o sexo masculino considerado fator preditivo para a escolha desta área. Alguns trabalhos argumentam que há declínio no interesse em cirurgia e que este pode ser consequência da crescente presença do sexo feminino nas escolas médicas (SANFEY *et al.*, 2006; SOBRAL, 2006; WENDEL; GODELLAS; PRINZ, 2003).

Apesar de alguns trabalhos internacionais apontarem a influência do sexo na escolha da MFC, estando o sexo feminino mais propenso (BAZARGAN *et al.*, 2006; ROSENBLATT e ANDRILLA, 2005; SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003), esse estudo não conseguiu mostrar tal associação.

4.1.5. Prestígio

Um aspecto que é forte influência negativa pra a escolha da MFC é o prestígio que a especialidade detém, seja perante a sociedade leiga, como também perante a categoria médica e o mundo acadêmico. De acordo com vários artigos internacionais, a MFC é vista como de menor prestígio, o que repele o estudante (AVGERINOS *et al.*, 2006). Na Grécia, um estudo realizado em quatro das sete grandes escolas médicas, envolvendo 591 estudantes dos seis anos do curso, mostrou que 49,2% destes acreditavam que esta especialidade não tem prestígio (AVGERINOS *et al.*, 2006). Em Portugal, um artigo de revisão mostra que a remuneração e o prestígio são variáveis correlacionáveis negativamente com a escolha da Medicina de Família (GASPAR, 2006). Outros autores também citaram esse fator (BHYAT, 2006; BLY, 2006; JOYCE e McNEIL, 2006; PUGNO *et al.*, 2005a).

Buddeberg-Fischer *et al.* (2006) concluíram, em sua pesquisa, que os graduandos com intenções de seguir carreira em MFC foram aqueles que pontuaram menos em poder e realização, ou seja, eram menos preocupados com status social ou com o alcance de certos padrões que os especialistas valorizam. Contudo, é válido lembrar que os fatores

determinantes para a escolha do curso de Medicina são influência familiar, identificação pessoal, busca da independência financeira e de **status profissional** (MOREIRA *et al.*, 2006).

Essa falta de prestígio está intimamente relacionada aos comentários negativos que são ditos por professores e residentes àqueles alunos que revelam seu interesse pela MFC, tornando o próprio ambiente acadêmico hostil ao trabalho na APS (CABRAL FILHO e RIBEIRO, 2004; CAMPOS-OUTCALT *et al.*, 2003; GASPAR, 2006; PUGNO *et al.*, 2005a).

No item 25 do questionário foram abordados fatores estimulantes e desestimulantes para o trabalho no PSF. Tomamos esse item como válido para MFC, uma vez que apenas 17,1% dos respondentes referiam distinguir esses conceitos e porque o item 29, que era específico para MFC, obteve poucas respostas. Conforme visto no quadro 8 (página 53), pouco prestígio, falta de reconhecimento e 'estigma social' foram citados como fatores desestimulantes por 51 respondentes (30%). Alguns poucos alunos encararam o trabalho no PSF como uma possibilidade de crescimento profissional, como uma experiência. Outros se queixam que além da falta de prestígio, há pouca possibilidade de crescer profissionalmente.

São necessários estudos que avaliem a opinião dos professores de outras áreas da ciência médica e dos pais dos alunos sobre a possibilidade do recém-formado seguir carreira na MFC. Apesar dos achados desta pesquisa mostrarem que, no ponto de vista dos respondentes, o desejo dos pais não influencia a escolha da especialidade, há relatos informais de descontentamento dos progenitores quando o filho trabalha no PSF, sejam eles leigos ou da área da saúde.

4.1.6. Remuneração

Um dos pontos de grande influência para os estudantes de medicina, no momento de fazer sua escolha profissional, é o potencial retorno financeiro (BAZARGAN *et al.*, 2006). Assim, campos com elevada remuneração preenchem virtualmente todas as vagas, como cirurgia plástica (WEISS, 2002).

A dívida com a Universidade é um motivo de preocupação para os estudantes americanos, direcionando a escolha por carreiras com maior remuneração (PUGNO *et al.*, 2005a). No Brasil, em 2004, 51% dos estabelecimentos de ensino médico eram privados, havendo uma tendência de predomínio dessa categoria administrativa na formação das profissões da área da saúde, principalmente nas regiões Sul e Sudeste (BUENO e PIERUCCINI, 2005). Por isso, a dívida ou gastos com a Universidade também podem

determinar a escolha de especialidades mais rentáveis (BAZARGAN *et al.*, 2006; BHYAT, 2006; PUGNO *et al.*, 2005a) também no Brasil.

Mesmo que estes os custos com mensalidades ou crédito educativo não influenciem os respondentes desta pesquisa, uma vez que o Curso de Medicina de Sobral é gratuito, é necessário avaliar, na realidade brasileira, o peso dos gastos com a graduação na escolha da carreira.

O motivo mais recorrente para a desmotivação em seguir carreira em Medicina de Família é a baixa remuneração, o que favorece especialidades hospitalares em detrimento da MFC. Essa é a realidade dos Estados Unidos, Canadá, Austrália e Portugal (BAZARGAN *et al.*, 2006; BHYAT, 2006; BUDDEBERG-FISCHER *et al.*, 2006; GASPAR, 2006; HARRIS, 2006; HUESTON, 2006; JOYCE & MCNEIL, 2006; LANDA, 2006; LARSON; ROBERTS; GRUMBACH, 2005; PUGNO *et al.*, 2005a; SCOTT *et al.*, 2007; WALKER, 2006; WHITCOMB, 2005; WOO, 2006). Harris (2006), em um ensaio para a revista *The Mount Sinai Journal of Medicine*, afirma que não há segredo para o declínio, uma vez que a diferença salarial entre os radiologistas e os médicos de família aumentou, em 8 anos, de US\$ 57.000,00 para US\$ 190.000,00.

No Brasil, a situação é equivalente. O médico de família tem como principal campo de atuação o PSF, que oferece uma boa remuneração, mas a perspectiva salarial, no longo prazo, é inferior ao que alcançam outros especialistas, dada a pouca possibilidade de ascensão profissional neste campo de atuação. Entretanto, ainda são necessários estudos que mostrem inequivocamente esta discrepância de rendimentos.

Esta pesquisa mostra que a remuneração no PSF é um aspecto estimulante para 50% dos respondentes (85 indivíduos), mas desestimulante para 25% (42 indivíduos). A interpretação que pode ser extraída desse item, analisando todas as respostas, incluindo as outras categorias criadas, é que o salário inicial, para um recém-formado sem especialização nem experiência é considerado bom. Entretanto, no longo prazo, por haver pouca ou nenhuma possibilidade de crescimento profissional (26 respondentes), o salário acaba sendo menor do que pode alcançar um médico especialista, mormente se essa especialidade envolve tecnologia (procedimentos diagnósticos e terapêuticos).

4.1.7. Estilo de Vida

O estilo de vida proporcionado por uma determinada especialidade é considerado

pelo estudante no momento de decidir-se. Vários artigos indicam a importância desses fatores, quais sejam: número de horas de trabalho semanal, tempo livre, trabalho noturno, entre outros (GASPAR, 2006; HARRIS; GAVEL; YOUNG, 2005; LAMBERT *et al.*, 2003; NEWTON; GRAYSON; THOMPSON, 2005; WEISS, 2002; WHITCOMB, 2005). Esse aspecto favorece a MFC, o que é evidenciado tanto pelas características dos médicos que a escolhem, como pelas justificativas dadas por aqueles que mudaram sua escolha inicial. (BEAULIEU, 2006; BUDDEBERG-FISCHER *et al.*, 2006; LAMBERT *et al.*, 2003; NEWTON; GRAYSON; THOMPSON, 2005; SCOTT *et al.*, 2007).

Os participantes desta pesquisa citaram, como fator que estimula o trabalho no PSF, a qualidade de vida, traduzida pelo horário fixo de trabalho, ausência de plantões noturnos, sendo considerado pelos respondentes um trabalho menos cansativo que do hospital.

4.1.8. Outros Fatores

Dentre os fatores estimulantes mais citados estão ‘ajudar pessoas carentes’, ‘oportunidade de realizar o papel social’, ‘grande vínculo com a comunidade’ e ‘relacionamento com as famílias’. Esse dado é corroborado pelo item da última questão do instrumento de pesquisa que maior pontuação alcançou na escala de Likert: interesse em ajudar as pessoas. Porém, ‘precárias condições de trabalho’, ‘pouca estrutura’ e ‘pouco recurso’ são pontos negativos repetidamente mencionados como fatores desestimulantes.

Conforme já referido, há interesse dos governos das três esferas em atrair médicos para o interior. A implantação do Curso de Medicina de Sobral teve essa intenção anunciada. Entretanto, esse propósito pode não ser alcançado. ‘As melhores ofertas de emprego são no interior’, ‘isolamento geográfico’, ‘distância dos grandes centros urbanos’, ‘necessidade de se interiorizar para ganhar mais’ e ‘salários baixos em capitais’ são aludidos como fatores desestimulantes por 34 respondentes (20%).

4.2. Desinteresse pela MFC

Como descrito na Metodologia, na primeira coleta de dados não conseguiu-se um grupo representativo de estudantes interessados em seguir carreira na MFC. Aumentou-se a amostra, incluindo turmas que, inicialmente, não estariam representadas. Mesmo assim, continuou-se com um número reduzido de alunos com essa tendência. O objetivo inicial era identificar e analisar um perfil de características inerentes àqueles que optaram previamente pela especialização em MFC. Características, relativas ao status sócio-econômico ou ao que o

próprio estudante atribuía importância na escolha (último item do questionário), ou mesmo às características do médico ideal. Porém, uma vez que não conseguiu-se realizar essa análise e, ao reconhecer o baixíssimo interesse pela MFC, passou-se a procurar motivos para tal desinteresse.

Mundo afora, há uma redução do ingresso em residências de Medicina de Família (CAMPOS-OUTCALT *et al.*, 2003; SCOTT *et al.*, 2007; WEISS, 2002). Nos Estados Unidos, de 1997 a 2005, 480 vagas foram fechadas, o que representa uma queda de 14,7%. Apesar disso, a ociosidade subiu de 10,9% para 17,6%. Mais: a presença de residentes graduados no próprio país caiu de 71,7% para 40,7%, o que demonstra o desinteresse (CAMPOS-OUTCALT *et al.*, 2003; LANDA, 2006; PUGNO *et al.*, 2005a; SCOTT *et al.*, 2007; SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003). Mesmo com a redução da carga horária de treinamento, ou seja, reduzindo a exigência, o interesse continua em declínio (WEISS, 2002). Situação similar é vista em outros países, como Austrália (JOYCE e MCNEIL, 2006), Grécia (AVGERINOS *et al.*, 2006), Portugal (GASPAR, 2006), Inglaterra (LAMBERT *et al.*, 2003) e Canadá (MACKEAN e GUTKIN, 2003). Em Sobral, a Residência em MFC oferece uma bolsa cujo valor é o dobro das outras residências que ocorrem na cidade (Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia e Ginecologia-Obstetrícia), mas a ociosidade é maior.

Na Grécia, de acordo com a legislação que trata da especialização médica, os graduados devem fazer um cadastro na especialidade pretendida e aguardar o surgimento de uma vaga. Ou seja, não há prova de seleção. Dependendo da popularidade da especialidade escolhida, o médico pode aguardar vários anos em uma lista de espera antes de ingressar no programa pretendido. Mesmo havendo uma grande necessidade de Médicos de Família, a maioria dos médicos escolhe outras áreas, o que se traduz em longas filas de espera para as outras especialidades (MARIOLIS *et al.*, 2007).

Em Portugal, Gaspar (2006) chega a afirmar que “a tendência negativa verificada nos últimos anos [...] parece transformar a opção pela Medicina Geral e Familiar [MFC no Brasil] num recurso para quem não consegue uma especialidade melhor”.

Outras variáveis associadas à não-escolha pela MFC, além das já aludidas, são: (a) perfil tecnológico e científico de outras especialidades (JOYCE e MCNEIL, 2006), que influencia no prestígio perante a sociedade; (b) perfil sócio-econômico elevado dos estudantes de medicina (BHYAT, 2006), que certamente pretendem manter o *status quo*; (c) pouca vivência em Atenção Primária durante a graduação (AVGERINOS *et al.*, 2006; WHEAT *et al.*, 2005); ou, por outro lado, (d) a experiência em medicina de família com um profissional

desmotivado e frustrado (GASPAR, 2006; PUGNO *et al.*, 2005a); (e) amplitude de conhecimento necessária para exercer a especialidade (BHYAT, 2006; PUGNO *et al.*, 2005a) por um lado e (d) idéia equivocada de que a medicina de família é fácil demais para o estudante motivado, por outro (HUESTON, 2006; PUGNO *et al.*, 2005a). As hipóteses mais relacionadas ao desinteresse pela MFC, em consonância com artigos internacionais, estão sintetizados no Quadro 11.

Hipótese*	Autores
Pouco prestígio da Medicina de Família	Avgerinos, Msaouel, Koussidis <i>et al.</i> , 2006; Hueston, 2006; Pugno <i>et al.</i> , 2005a; Joyce & McNeil, 2006; Gaspar, 2006.
Pouca vivência em Atenção Primária durante a graduação	Avgerinos, Msaouel, Koussidis <i>et al.</i> , 2006; Wheat, Higginbotham, Yu <i>et al.</i> , 2005.
Baixos salários	Landa, 2006; Hueston, 2006; Woo, 2006; Bazargan <i>et al.</i> , 2006; Pugno, <i>et al.</i> , 2005a; Joyce & McNeil, 2006; Bhyat, 2006; Gaspar, 2006.
Elevada dívida com a Universidade	Landa, 2006; Woo, 2006; Bazargan <i>et al.</i> , 2006; Pugno <i>et al.</i> , 2005a; Bhyat, 2006.
Perfil tecnológico e científico de outras especialidades	Joyce & Mcneil, 2006.
Amplitude de conhecimento necessária para exercer a especialidade	Bhyat, 2006; Pugno <i>et al.</i> , 2005a.
Perfil sócio-econômico elevado dos estudantes de medicina	Bhyat, 2006.
Idéia equivocada de que a medicina de família é fácil demais para o estudante motivado	Pugno <i>et al.</i> , 2005a; Hueston, 2006
Experiência em medicina de família com um profissional desmotivado e frustrado	Pugno <i>et al.</i> , 2005a; Gaspar, 2006

Quadro 11 – Hipóteses para o desinteresse pela especialização em Medicina de Família.

* As hipóteses não foram ordenadas por importância

Dessas hipóteses, algumas não puderam ser confirmadas com esta pesquisa, como ‘experiência em medicina de família com um profissional desmotivado e frustrado’ e ‘elevada

dívida com a Universidade'. Não obstante, as outras hipóteses são coerentes com o que foi encontrado, conforme discutido no item 4.1.

Não há disponibilidade de dados nacionais acerca do número e porcentagem de graduados que ingressam, ou têm interesse, em ingressar em uma residência em MFC. Mesmo assim, com base nos dados desta pesquisa, podemos afirmar que a realidade japonesa se apresenta como próxima à nossa: Saigal *et al.* (2007) mostram que, em 2005, apenas 0,8% dos estudantes apresentavam intenção de seguir tal caminho. Outra semelhança entre a realidade japonesa e a nossa é a crença de que o médico treinado em ambiente hospitalar é tão apto quanto o Médico de Família a realizar atividades na Atenção Primária. Entre os japoneses, é tradição iniciar a carreira dentro do hospital e, após alguns anos, migrar para a APS (SAIGAL *et al.*, 2007).

Pode-se afirmar, como Mariolis *et al.* (2007) fizeram para a realidade grega, que embora haja um declínio no interesse pela MFC em alguns dos países acima citados, os percentuais de ingresso em MFC alcançados por eles são considerados elevados para o Brasil, se os achados da dessa pesquisa forem válidos para o restante do país.

Buddeberg-Fischer concluíram, diante dessa realidade, que a MFC não é atualmente considerada um objetivo de carreira atraente (BUDDEBERG-FISCHER *et al.*, 2006).

4.3. Escolha Precoce da Especialidade

Este estudo mostrou que 38,2% dos respondentes do primeiro semestre (turma 7) entraram no curso médico com uma 'especialidade em mente' (SCOTT *et al.*, 2007). Na turma seguinte (turma 6), observa-se uma nítida diferença, já que apenas 15,8% referiam ter escolhido a especialidade a ser seguida ($p = 0,03$). Observando o gráfico 4 (página 37), percebemos que os estudantes do primeiro semestre do curso têm mais certeza da especialidade a ser seguida que os demais (à exceção dos alunos do 6º ano). Nieuwhof *et al.* (2005) conduziram um estudo qualitativo com estudantes holandeses e concluíram que os alunos no início do curso percebem a profissão médica em um número limitado de dimensões, não sabendo distinguir bem as especialidades médicas. Se extrapolarmos os resultados desse estudo para a nossa realidade e se assumirmos que os nossos achados são a evolução de todas as turmas, podemos intuir que, ao entrar no curso, o estudante confunde ou desconstrói alguns sonhos que alimenta quanto à profissão (MOREIRA *et al.*, 2006). Outra possível explicação para esse achado seria o contato com novos conhecimentos que atraem a atenção do

graduando. Em suma, o aluno entra com expectativas e sonhos acerca de uma especialidade, mas durante o curso surge uma incerteza.

Para alguns autores, essa característica é uma vantagem para a formação desses estudantes. A escolha precoce da especialidade é uma preocupação das escolas médicas, uma vez que pode trazer implicações à formação adequada para o exercício profissional, pois o estudante pode se desinteressar pelas disciplinas básicas e fundamentais do curso, colocando-as em segundo plano diante da especialidade escolhida (CABRAL FILHO e RIBEIRO, 2004).

Um outro achado digno de nota é que ao término do curso, de forma até abrupta, o estudante escolhe uma carreira a seguir. Cabral Filho e Ribeiro (2004) encontraram que “24,2% de estudantes do 1o ano, 41% do 3o ano e 62,7% do 5o ano que já tinham escolhido a especialidade médica”, mostrando uma escalada gradual no número de alunos que já fizeram sua escolha, o que contrasta com os resultados desta investigação. Uma hipótese para isso é que muitos dos internos do Curso de Medicina de Sobral ainda estão em dúvida, mas terminam optando pressionados pelas provas de residência que se aproximam. No convívio com os estudantes na reta final do curso, percebe-se que há entre eles um pensamento de que o sucesso profissional perpassa por uma residência médica. Isso é reforçado pelas escolhas que, como visto, são quase sempre por especialidades hospitalares ou subespecialidades (Gráfico 7, página 41).

4.4. Medicina de Família / Programa de Saúde da Família

As questões abertas que versavam sobre a concepção dos alunos sobre PSF, vantagens e desvantagens de trabalhar nesse cenário, as respostas sobre o médico ideal e alguns outros dados podem nos oferecer algumas pistas do desinteresse pela MFC.

O primeiro dado a chamar atenção é que, com o avançar do curso, mais alunos afirmam que trabalhariam no PSF (Tabela 7 e Gráfico 8). Paradoxalmente, os estudantes que enumeraram MFC como especialidade escolhida ou potencial são dos semestres iniciais, o que corresponde ao que é descrito na literatura internacional: os graduandos ingressam no curso médico com preferências por carreira na atenção primária (SCOTT *et al.*, 2007). Possivelmente essa gradual aceitação do trabalho no PSF se deva à mudança de percepção desse âmbito de trabalho introduzida pelas disciplinas de Atenção Básica à Saúde. Entretanto as seguintes vantagens de trabalhar no PSF, citadas por eles no item 24 do questionário, também podem ser explicações plausíveis para essa mudança: “a possibilidade de trabalhar sem especialização ou residência logo após se formar”; “maior segurança em trabalhar no PSF

quando recém-formado”; “garantia de emprego e renda para recém-formados”; “fácil acesso” e “vagas disponíveis para médicos”.

No que toca às características do PSF, a categoria mais citada foi a Integralidade, uma vez que ‘Promoção e Prevenção’, ‘Atenção Integral’ e ‘aproximação dos profissionais à população’ estão fortemente presentes nas descrições. Em seguida, vem a categoria Hierarquização. Trabalho em Equipe, Equidade, Universalização foram citadas com bem menos frequência.

Cabe ressaltar os aspectos negativos da descrição, uma vez que provavelmente eles sejam os responsáveis pelo desinteresse dos estudantes, mesmo que não tenham sido citadas por um número expressivo de respondentes. O mais citado foi que o PSF tem como característica desafogar os níveis secundário e terciário de atenção. Essa, na verdade, é uma consequência do papel que esta estratégia deve exercer dentro do Sistema de Saúde. Quando os estudantes enumeram essa atribuição como uma das características, faz parecer que o PSF tem uma função secundária no sistema, sendo o papel principal do hospital.

Outras características negativas são: encaminha as doenças mais complexas; reduz custos com saúde; resolve os problemas mais simples; serviços pobres para gente pobre. Algumas dessas impressões são reproduzidas por professores do Curso de Medicina de Sobral, construindo o que se convencionou chamar de ‘currículo oculto’.

O termo ‘currículo oculto’ refere-se à existência de fatores não prescritos no currículo que levam a um aprendizado indireto, no qual os estudantes adquirem atitudes, valores e padrões de comportamento como subproduto do contato com os instrutores e pares, com pacientes e com membros da equipe de saúde (CABRAL FILHO e RIBEIRO, 2004; LAMPERT, 2001; TAQUETTE; COSTA-MACEDO; ALVARENGA, 2003).

Campos-Outcalt *et al.* (2003) estudaram os comentários negativos sobre a MFC emitidos por professores e residentes, com a hipótese de que estes poderiam ter contribuído para o declínio do interesse pela especialidade nos Estados Unidos. Eles encontraram que os médicos que escolheram a Medicina de Família referiam com maior frequência ouvir comentários negativos sobre a especialidade que os médicos que escolheram outra carreira. Logo, eles sugeriram que, ao revelar suas intenções durante o curso médico, professores, colegas e residentes tentavam mudar sua opinião. Mais: o estudo sugeria que a MFC era vista mais negativamente que as outras especialidades básicas (por exemplo, clínica médica e pediatria).

Os autores fazem então um desabafo:

It is also troubling that after 30 years as a recognized specialty, an increasing presence in the nation's medical schools, and a major role in teaching at many schools by family medicine faculty, many of the other faculty continue to view the specialty negatively, feel compelled to express this view to trainees, and that these comments may be affecting trainees' perceptions of family medicine faculty. This represents a manifestation of the 'hidden curriculum' that persists in medical schools and has proven difficult to alter (CAMPOS-OUTCALT *et al.*, 2003)

Outros artigos também fizeram referência aos comentários negativos envolvendo a MFC, seja nos Estados Unidos (PUGNO *et al.*, 2005a), como também no Brasil (CABRAL FILHO e RIBEIRO, 2004) e em Portugal (GASPAR, 2006).

Isso é corroborado pelas respostas dos estudantes aos itens M (exemplo de médico nessa área/especialidade) e N (influência/encorajamento de orientador/preceptor/mentor) do último quesito do questionário. Dentre os alunos que consideram que esses itens influenciam a escolha da especialidade, 95,8% e 98,9%, respectivamente, consideram que essa influência é positiva. Como, na nossa realidade, raramente a escolha é por MFC, é provável que esse orientador/preceptor/mentor desencoraje (ou pelo menos não encoraje) a escolha da MFC. Percebe-se, pelo exposto, que, uma vez que o currículo oculto é um fator que interfere na escolha da especialidade, essa interferência é negativa para a MFC. São necessárias investigações nacionais direcionadas a avaliar especificamente a relação entre o currículo oculto e a escolha desta especialidade.

4.5. Opiniões sobre o tipo ideal, a profissão e o trabalho dos médicos

Conforme descrito no capítulo anterior, o instrumento de pesquisa apresentou uma questão que abordava o perfil ou tipo do médico ideal na visão dos estudantes. A hipótese era que poderiam ser encontradas explicações para as escolhas feitas pelos respondentes no médico idealizado por eles e que, muito provavelmente, é o modelo que eles pretendem tornar-se futuramente. As descrições, como dito previamente, foram categorizadas em consonância com as competências que o Curso tem como meta, quais sejam: Compromisso Ético-Social; Conhecimento Técnico-científico; Educação Permanente; Habilidades de Comunicação; Tomada de decisões e Trabalho em Equipe.

Apesar de haver poucas pesquisas empíricas retratando o perfil do médico ideal (MAUDSLEY; WILLIAMS; TAYLOR, 2007), Hurwitz e Vass (2002), na sua definição de um bom médico usam-se principalmente de argumentos que envolvem o conhecimento técnico-científico e o compromisso ético-social: “um bom médico é aquele que combina

‘expertise’ clínica com a melhor evidência externa disponível. [...] A educação médica hoje deve buscar casar as habilidades e sensibilidades do cientista aplicadas às capacidades pensativas do médico humanista” (HURWITZ e VASS, 2002).

Garcia-Huidobro *et al.* (2006), realizando pesquisa qualitativa com estudantes chilenos, classificaram as características do médico ideal em cinco categorias: (1) atitudes e valores ético-morais, (2) habilidades e capacidades, (3) conhecimentos, (4) funções e atividades e (5) lugares de desempenho laboral. As três primeiras categorias giram em torno do compromisso ético-social e conhecimento técnico-científico. As duas últimas categorias eram o interesse dessa pesquisa. Esses mesmos autores, através de revisão da literatura, mostram que para os médicos todas as seis competências que nos serviram como categorias são importantes:

Em geral, na percepção dos médicos a respeito do que é ser um “bom doutor” encontram-se elementos comuns, como profissionalismo, altruísmo, amor pela docência, sempre com especial ênfase em ‘centrar-se no paciente [...] a aprendizagem e treinamento contínuos, tanto de conhecimentos técnicos como de habilidades de comunicação e de atenção centrada no paciente [...] a boa coordenação com a equipe de saúde para o cuidado de seus pacientes, as visitas domiciliares e a continuidade da atenção, ser honesto, ético e ter atitudes humanitárias (GARCÍA-HUIDOBRO *et al.*, 2006).

Para os pacientes, os mais importantes são os campos cognitivo e ético-moral, sem esquecer as habilidades de comunicação (GARCÍA-HUIDOBRO *et al.*, 2006; IRVINE, 2007; MAUDSLEY; WILLIAMS; TAYLOR, 2007). Maudsley *et al.* (2007) mostram que a opinião dos estudantes não é muito diferente do que já foi dito, uma vez que eles valorizam mais compromisso ético-social que competência técnico-científica.

Ao categorizar a 13ª pergunta do questionário (Sinteticamente, como você descreveria o perfil ou o modelo do médico ideal?), percebemos que os participantes desta pesquisa valorizaram mais a categoria compromisso ético-social que as demais. Esse achado é corroborado pela última questão, cujo item que maior pontuação alcançou foi o J (interesse em ajudar as pessoas), ou seja, é o fator que mais influência positiva tem na escolha da especialidade a ser seguida.

Entretanto, dois importantes comentários devem ser feitos: (1) conseguimos identificar, dentre aqueles que já haviam escolhido uma especialidade, poucas justificativas que versassem sobre compromisso ético-social, o que contrasta com a importância dada pelos mesmos em outros pontos do questionário. Surge, então, a pergunta: o compromisso ético-social faz parte apenas do discurso? (2) detectamos que a presença de descrições

categorizadas como compromisso ético-social reduz gradualmente das turmas que estão ingressando no curso para as turmas que estão saindo.

“O interesse pela posição socioeconômica, a busca de prestígio [...] são menores no início do curso e aumentam gradativamente, o que pode ser interpretado como consequência de uma perda consecutiva das motivações de caráter humanitário” (AZEVEDO *et al.*, 2005). Perda do idealismo, neutralização das emoções e mudanças na integridade ética são percebidas durante o curso de medicina, sendo mais forte o caráter social da profissão nos estudantes mais jovens o que é atribuído, pelo menos em parte, ao currículo oculto (MAUDSLEY; WILLIAMS; TAYLOR, 2007; NIEUWHOF *et al.*, 2005).

Essa constatação merece uma reflexão, haja vista a presença de um módulo longitudinal denominado Desenvolvimento Pessoal, parte integrante do novo currículo do Curso de Medicina da UFC. São oito semestres nos quais são abordados diversos temas desde a psicologia médica até deontologia, passando pela bioética.

Lind (2000), estudando o desenvolvimento ou regressão da competência para julgamento moral durante a educação médica, constatou que os médicos têm uma elevada formação técnica, mas pouca educação moral, necessária para lidar com os dilemas da vida profissional. Mais: os alunos de medicina demonstram uma regressão dessa competência, ao passo que estudantes de outros cursos universitários mostram um notável aumento da mesma. Reforçando o que já vem sendo argumentado, Lind conclui que essa regressão está relacionada ao ambiente de aprendizado das escolas médicas (LIND, 2000). A identidade profissional é formada a partir de sistemas de referência e compartilhamento de crenças, logo, a reforma curricular não é um processo estático, mas uma forma de mudança cultural, devendo ser iniciada por uma reavaliação de práticas e crenças dos formadores de opinião (professores) (RONZAN e RIBEIRO, 2003).

Esse debate é de suma importância, já que as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina (BRASIL, 2001b; CABRAL FILHO e RIBEIRO, 2004) defendem que o objetivo das escolas médicas é formar um profissional generalista, com visão humanista e compromisso com a cidadania. Para além da formação de estudantes que sigam carreira de MFC, o que está em jogo aqui é a formação moral do estudante (CABRAL FILHO e RIBEIRO, 2004).

Ao contrário do esperado, em se tratando de médico ideal, não houve um grande número de descrições que versassem sobre o âmbito de trabalho (consultório particular, hospi-

tal, posto de saúde, etc.) ou sobre o tipo de formação, salvo cinco estudantes que descreveram que o médico ideal deve ser especialista e três que referiam ter como perfil idealizado o médico generalista. Assim, afora as reflexões levantadas, esse tópico não permitiu elucidar relação entre as escolhas feitas pelos respondentes e o médico idealizado pelos mesmos. Por outro lado, evidenciou, mais uma vez, a importância do currículo oculto na formação dos médicos.

4.6. Papel da Universidade

Qual o papel da Universidade nessa formação? Essa é uma discussão importante, porém bastante complexa e que não é o escopo dessa dissertação. Será, então, focado o papel da Universidade na formação de futuros Médicos de Família.

Como já foi mencionado, a criação e expansão do PSF no Brasil trouxeram, como consequência, demandas por mudanças na formação dos profissionais de saúde, mormente os médicos. Características modificáveis das escolas médicas são importantes na formação de trabalhadores para APS (WHEAT *et al.*, 2005). Assim, é necessário diversificar os cenários de prática: postos de saúde, domicílios, ambulatórios e não apenas no hospital, como outrora. O modelo hospitalar ainda é um dos obstáculos para que o estudante de medicina perceba a importância da APS (CABRAL FILHO e RIBEIRO, 2004).

“Nesse sentido, se se pretende transformar o quadro de atenção primária à saúde, há de se alterar o quadro da formação do profissional de saúde, voltando-o fundamentalmente para a formação generalista articulada, desde o início, com a prática nos serviços” (CABRAL FILHO e RIBEIRO, 2004).

Walker (2006) em um comentário na revista *Medical Education*, no qual faz uma breve revisão da literatura, afirma que as características mais importantes para predizer o interesse de estudantes pela MFC são: universidade pública; departamentos de MFC; um forte compromisso com a APS como parte de sua missão; estágios em Medicina de Família e professores imbuídos dos valores da APS.

O tempo devotado à MFC e práticas rurais também é importante (AVGERINOS *et al.*, 2006; SCOTT *et al.*, 2007; WHEAT *et al.*, 2005), havendo uma interação entre a categoria administrativa (público x privado) e o tempo dedicado à MFC no currículo (SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003). Escolas públicas com longa trajetória de estágio obrigatório em MFC alcançaram a maior proporção de estudantes interessados na

especialidade, seguidos por (1) escolas privadas com estágio obrigatório há muitos anos, (2) escolas públicas com introdução recente do estágio obrigatório em MFC, (3) escolas públicas sem estágio obrigatório, (4) escolas privadas introduzindo o estágio obrigatório e (5) escolas privadas sem estágio obrigatório (SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003). Wheat *et al.* (2005) confirmam estatisticamente que escolas públicas têm uma maior porcentagem de graduados na APS ($p = 0,009$) e que o elevado compromisso com atividades rurais tem uma forte correlação com a produção de profissionais para a APS também nas escolas privadas (WHEAT *et al.*, 2005). Enfim, é possível aumentar o número de estudantes escolhendo carreiras generalistas através de experiências educacionais especificamente designadas a atrair os estudantes para a MFC (WHITCOMB, 2005).

Quanto ao momento no currículo de fazer essa introdução, há quem defenda o início precoce dessa atividade (CABRAL FILHO e RIBEIRO, 2004), enquanto alguns trabalhos concluem que o currículo nos primeiros dois anos do curso médico apresenta mínimo ou nenhum efeito sobre a escolha da MFC (SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003), ao passo que estágios obrigatórios nos dois anos finais são positivamente relacionados a um elevado número de estudantes escolhendo MFC (SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003).

Gaspar (2006) reforça a importância de um Departamento de MFC com forte implementação na Faculdade, acrescentando como importantes a existência de maior número de professores de MFC dentro da Faculdade, em especial tutores e docentes que exerçam a sua atividade clínica na APS, o que, segundo Pugno *et al.* (2005a) está correlacionado com um grande percentual de ingresso em residências da especialidade. Porém Senf *et al.* (2003), em um artigo de revisão dos fatores relacionados à escolha da MFC, afirmam que as evidências disponíveis até então não corroboravam a idéia de que o elevado número de professores médicos de família esteja diretamente relacionado à escolha desta especialidade. Concluem ainda que a presença de um Departamento de MFC também não está diretamente relacionada à formação de médicos de família (SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003).

Em Sobral, conforme exposto na introdução, desde a primeira turma do Curso de Medicina é praticado o novo currículo. Neste, há o módulo de ABS, que é longitudinal, ou seja, está presente durante todo o semestre do primeiro ao quarto ano, o que, segundo Gaspar (2006), influenciaria positivamente na escolha por esta especialidade. Entretanto, nossos achados não confirmam essa hipótese.

Nos módulos de ABS se dá o contato do estudante com o Sistema Municipal de Saúde, através de visitas domiciliares, visitas às diversas unidades de saúde (Unidades de Saúde da Família, Centro de Atenção Psico-Social - CAPS, Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, entre outros.), é feito o diagnóstico de saúde da comunidade, são realizadas práticas de puericultura, saúde do adulto e, no internato, 6 meses são dedicados à Saúde Comunitária. Nesse estágio, os estudantes fazem rodízio em Unidades de Saúde da Família da zona urbana e da zona rural, no CAPS e na Emergência Clínica da Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Apesar de não existirem Departamentos, há um grupo coeso, embora pequeno⁹, de professores médicos de família e o ISC é bastante elogiado pelos estudantes, tanto informalmente, como formalmente, através de um processo de avaliação realizado pela Coordenação do Curso ao final de cada semestre e cada estágio do internato. O reflexo disso é que um professor médico de família foi homenageado pelas duas turmas que já concluíram, podendo ser considerado o professor-modelo da MFC, desempenhando o 'role model' dessa especialidade.

Uma parte desse reconhecimento quanto ao ISC se deve ao Sistema de Saúde Municipal de Sobral, no qual há um forte componente de Educação Permanente, representado por (a) uma Escola de Formação em Saúde da Família (que conta com Biblioteca, Sala de Informática com acesso à Internet, salas de aula), (b) Residência de MFC, (c) Residência Multiprofissional, (d) Preceptoria de Território, (e) Preceptorias Médicas: Medicina de Família, Psiquiatria, Pediatria, Clínica Médica e Gineco-Obstetrícia. Enfim, é um Sistema de Saúde com uma Atenção Primária organizada, resolutiva, que tem um forte componente de educação permanente.

Todas essas características expostas justificaram a escolha de Sobral como campo de estudo. Inicialmente, a nossa proposta era ampliar a pesquisa, incluindo o Curso de Medicina de Barbalha e de Fortaleza, mas as peculiaridades da APS em Sobral nos fizeram crer que seria mais provável encontrar estudantes interessados em MFC neste campus da UFC que nos demais. Entretanto, como observado, essa expectativa não se realizou.

Confrontando a literatura com os nossos achados, levantamos algumas reflexões. Na nossa realidade, parece não haver relação entre a intensidade exposição à MFC no currículo e o percentual de estudantes escolhendo essa especialidade. Araújo (2001) fez uma

⁹ Ao todo, são sete professores no módulo de ABS, dos quais quatro são Médicos de Família.

pesquisa muito semelhante à nossa no Curso de Medicina de Fortaleza antes da mudança curricular. À época, não havia ISC e, apesar da existência de disciplinas de Saúde Pública e Medicina Social, não havia módulos longitudinais de ABS e DP tal como concebido agora. Seus achados não foram muito diferentes dos nossos, haja vista não ter encontrado estudantes interessados em trabalhar definitivamente no PSF. Assim sendo, levantamos uma hipótese: não houve influência da mudança curricular (tanto início, como no fim do curso) no interesse dos estudantes por MFC. Da mesma forma, o compromisso com a APS como parte da missão do novo currículo não trouxe mudança.

Entretanto, vale ressaltar que mudanças recentes têm um impacto menor (SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003), logo, o tempo pode revelar um cenário melhor. Outras possíveis justificativas seriam: (a) experiência em MFC com um profissional desmotivado e frustrado (GASPAR, 2006; PUGNO *et al.*, 2005a) e (b) inserção do aluno na APS sem objetivo de aprendizagem definido, o que pode trazer experiências desagradáveis. Essas hipóteses que poderão ser confirmadas por outras pesquisas.

Demarzo (2007) fez um compilado de um amplo debate realizado através da Lista de Discussão 'Formadores MFC', que conta com professores e preceptores de graduação e pós-graduação em MFC de todo o Brasil. O tema do debate era "Dificuldades, Desafios e Estratégias na Formação Graduada e Pós-Graduada em APS e MFC". O documento final (DEMARZO, 2007) reconhece a ociosidade de vagas nas residências em MFC de todo o Brasil e aponta os principais fatores relacionados ao pouco interesse pela MFC, estando os mais importantes para o nosso debate citados no Quadro 12 (próxima página).

Em se tratando das dificuldades, percebe-se que algumas daquelas já relatadas pelos respondentes desta pesquisa estão representadas no Quadro 12. Da mesma forma que os estudantes do Curso de Medicina de Sobral, formadores em MFC de vários lugares do Brasil também reconhecem o pouco prestígio que a especialidade goza e que, como os dados dessa pesquisa revelam, há pouco interesse dos graduandos em seguir carreira nessa área. Também referem que os recém-formados têm preferência por especialidades com melhor remuneração, aceitando o trabalho no PSF apenas para se prepararem para outra residência, o que aponta para a amplitude nacional do problema.

Algumas dessas dificuldades podem ser consideradas fatores causais desse desinteresse, como o pouco contato com Médicos de Família titulados durante a graduação e, quando esse contato ocorre, é com profissionais desmotivados e frustrados (GASPAR, 2006; PUGNO *et al.*, 2005a) tanto por sua forma inadequada de contratação, como por não ter seu

status de especialista reconhecido ou por sua pouca preparação para docência.

Dificuldades	Falta de recursos físicos e humanos adequados nos PSF, diminuindo a resolutividade e potência desse campo de prática para a formação.
	Contratação inadequada dos formadores em APS e MFC na graduação.
	Preceptores sem incentivos pedagógicos e financeiros.
	Profissionais médicos sem preparação para orientação em APS aos alunos.
	Falta de sensibilização de docentes de outras áreas de conhecimento para a formação de médicos com competência em APS / MFC.
	Preconceito em relação à APS / MFC.
	Ter a MFC uma visão integral enquanto o paradigma hegemônico é o cartesiano com a fragmentação do ser humano e hipertrofia dos aspectos biológicos
	Estudantes da graduação sem interesse em fazer a especialidade em MFC.
	O especialista em MFC recebe o mesmo salário que um médico que tem apenas a graduação e não recebe o status de um especialista.
	Vínculos empregatícios instáveis em APS, baixa remuneração, falta de conhecimento sobre a especialidade de MFC.
	Falta de contato dos estudantes com médicos de família e comunidade.
Recém-formados com preferência por especialidades com melhor remuneração. Aceitam o trabalho no PSF apenas para se prepararem para outra residência.	
Pouco estímulo à Educação Permanente na rede básica.	
Desafios	Como aumentar o interesse pela residência em MFC?
	Como contextualizar ensino e cenários da APS para estudantes?
	Como conciliar assistência com formação, no caso de preceptores em MFC?
Estratégias	Discutir os moldes da formação na graduação em MFC / APS.
	Discutir o papel da Academia, do SUS e da SBMFC na formação de preceptores de graduação e pós-graduação.
	Discutir se o preceptor precisa ser remunerado e por que instituição.
	Discutir qual seria uma boa estratégia pedagógica para atrair o aluno para a MFC.
	Instituições de Ensino Superior contratarem MFC titulados.
	Criar e ampliar mestrados / doutorados em Saúde da Família e MFC.
	Ampliar a Residência em MFC.
	Apoio do Gestor Municipal.
	Incentivos financeiros do governo federal àqueles gestores que oferecerem sua rede básica para os cursos de medicina como campo de práticas.
	Inserção desde o primeiro semestre do aluno num PSF.
	Remunerar profissionais do serviço envolvidos na graduação e pós-graduação.
	Projetos pedagógicos que permitam professores e preceptores de outras áreas de conhecimento vivenciarem a prática da APS / MFC.
	Utilizar a estratégia da educação permanente para articular academia e serviços.
Utilizar estágios rurais para o ensino-aprendizagem da APS e MFC.	
Promover internatos em APS e MFC.	
Gestores pagarem de forma diferenciada médicos especialistas em MFC.	

Quadro 12 – Dificuldades, Desafios e Estratégias na Formação Graduada e Pós-graduada em

MFC. Compilado da Lista de Discussão Formadores em MFC da SBMFC.

Os desafios apontados pelos participantes da Lista de Discussão Formadores MFC são poucos, mas bastante significativos. Como contextualizar ensino e cenários de APS para estudantes? A inserção precoce do estudante em cenários de prática na APS é defendida por Cabral Filho e Ribeiro (2004) e pelos membros da lista, mas esta deve ser muito bem planejada e com objetivos de aprendizagem bem definidos, para não tornar a experiência desagradável, o que repercute negativamente na opinião dos estudantes sobre a MFC.

O desafio maior é “como aumentar o interesse pela residência em MFC?” Contratação de Médicos de Família titulados para que sirvam de modelo (‘role models’) aos estudantes é uma sugestão (DEMARZO, 2007; GASPAR, 2006; PUGNO *et al.*, 2005a), mormente se esses professores estiverem envolvidos no ensino de temas centrais da ciência médica e não apenas no ensino de habilidades de comunicação ou ciências sociais em saúde (BLY, 2006).

Algumas das idéias citadas já são realidade no Curso de Medicina de Sobral, como o internato em APS e MFC, estágios rurais, apoio do Gestor Municipal, remuneração dos profissionais do serviço envolvidos na pós-graduação, pagamento diferenciado dos médicos especialistas em MFC. Mesmo assim, a realidade vivida é a que foi descrita neste estudo. Logo, há dúvidas de que essas propostas tragam mudanças substanciais.

Entretanto, são interessantes as recomendações de criar e ampliar mestrados e doutorados em Saúde da Família e MFC; utilizar a estratégia da educação permanente para articular academia e serviços e, principalmente, criação de projetos pedagógicos que permitam professores e preceptores de outras áreas de conhecimento vivenciarem a prática da APS / MFC. Esta última sugestão poderia, se bem sucedida, reduzir as críticas direcionadas à MFC por parte desses educadores, o que, como já citado, constituem o currículo oculto (CABRAL FILHO e RIBEIRO, 2004; CAMPOS-OUTCALT; SENF; KUTOB, 2003).

Outras propostas são: incentivo às ligas de MFC (McKEE, 2007); maior integração da graduação com a residência em MFC, pois o contato com residentes pode despertar o interesse pela especialidade; presença da MFC no âmbito privado. Esse último aspecto tem seu valor, uma vez que apenas 17% dos respondentes sabiam distinguir MFC e PSF, ou seja, para eles ser médico de família é trabalhar no SUS, com todas as vantagens e desvantagens já aludidas. A atuação em consultórios particulares ou planos de saúde pode mudar essa visão.

Quais as diretrizes futuras para pesquisa? Devemos “reconhecer a necessidade de dados objetivos sobre os fatores que influenciam a escolha da especialidade no atual ambiente

médico e econômico” (PUGNO; SCHMITTLING; KAHN, 2005b), além de produzir estudos nacionais para avaliar a adequação das hipóteses, por nós relatadas, à realidade brasileira.

A Agenda de Pesquisa a ser construída pode se pautar nas seguintes questões, a partir da discussão traçada anteriormente: (a) até que ponto a concepção dos pais dos acadêmicos acerca dos diferentes níveis de prestígio das especialidades influencia a escolha da carreira? (b) como os estudantes de medicina, assim como seus professores, percebem o grau de prestígio da MFC? (c) até que ponto o currículo oculto é responsável pelo pouco interesse em cursar uma residência em MFC? (d) em que dimensão há diferenças de remuneração entre as diversas áreas da medicina? (e) há influência dos custos com a formação em instituições privadas? (f) o nível sócio-econômico elevado realmente determina a escolha de especialidades com maiores perspectivas salariais? (g) como os alunos percebem o grau de dificuldade em exercer a MFC? Em que medida isso facilita ou dificulta a opção por essa especialidade? (h) qual a carga-horária vivenciada no ambiente de ABS? Que repercussões essa experiência teve na forma com que os graduandos encaram a MFC? (i) a criação do Curso de Medicina de Sobral conseguiu interiorizar o médico? (j) houve algum efeito introduzido pelas reformas curriculares? Quais? (k) a presença de departamentos de MFC ou de grande número de médicos de família nas Faculdades de Medicina incrementa o interesse pela especialidade?

Para tal, deve-se lançar mão de métodos quantitativos e qualitativos. Por exemplo, seria interessante avaliar, à semelhança dos americanos, o perfil dos médicos que ingressam nos programas de residência, enfocando desde aspectos sócio-econômicos até a categoria administrativa da instituição de formação. De posse desses dados, através de análises estatísticas, seria possível reconhecer variáveis que contribuem para a escolha da especialidade a ser seguida. Outra opção seriam questionários, que poderiam empregar escala de Likert, ou, simplesmente, itens pré-determinados.

No que concerne aos métodos qualitativos, eles seriam essenciais na abordagem de questões para os quais os métodos quantitativos são insuficientes, nos âmbitos ontológico, epistemológico e metodológico. De fato, os métodos qualitativos têm sido reconhecidos como relevantes para a pesquisa em saúde (POPE; MAYS, 2005), bem como para a pesquisa em Educação Médica (STACY; SPENCER, 2000).

Enfim, uma agenda de pesquisa, em bases teórico-conceituais e metodológicas adequadas, deve ser estabelecida para a problemática levantada neste estudo, a fim de que possam ser traçadas estratégias para que não “testemunhemos os anos finais da medicina de família” como advertiu Dawalt (2006).

5. Considerações Finais

Uma vez que a amostra desse estudo corresponde a 60,7% da população referencial, foi possível fazer uma descrição geral do conjunto de alunos do Curso de Medicina de Sobral e pode-se assumir que os dados são válidos e confiáveis para a população referencial.

Pouco mais que um terço dos alunos já escolheram uma especialidade. Essa escolha ocorre predominantemente no último ano do curso. Contudo, os calouros ingressam com uma especialidade em mente, mas a certeza se apaga durante o curso, seja por confundir e desconstruir alguns sonhos ou por experimentar novos conhecimentos.

Dentre aqueles que já haviam escolhido uma especialidade, a mais almejada é a Cardiologia, seguida de Cirurgia Geral e Ginecologia-Obstetrícia. Para os que ainda não decidiram, a primeira das três prováveis escolhas segue a seguinte ordem decrescente: Cardiologia, Pediatria, Psiquiatria e Cirurgia. No cômputo geral, após agrupar as especialidades em cinco grandes grupos (Cirurgia Geral e especialidades; Clínica Médica e especialidades; Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia; Medicina Geral ou Alternativa e Psiquiatria; Outros), o preferido é o grupo 'Clínica Médica e especialidades', seguido de 'Cirurgia Geral e especialidades'.

Sem esquecer que a escolha da especialidade é multifatorial, tentou-se entender os fatores que influenciam. As justificativas dadas por aqueles que já escolheram uma carreira recaem, principalmente, nos interesses pessoais e preocupação com o mercado de trabalho. O compromisso ético-social, tão citado como característica de um bom médico, tem pouca expressão quando se trata de motivos para a escolha de uma especialidade.

Os homens têm tendência superior às mulheres para seguir carreira no grupo 'Cirurgia Geral e especialidades' ($p = 0,003$), achado que se repete em outros estudos nacionais e internacionais. O inverso é verdadeiro para o grupo 'Clínica Médica e especialidades' ($p = 0,018$).

De acordo com a opinião dos respondentes, os fatores que mais influenciam positivamente a escolha da especialidade são, em ordem decrescente: (a) 'interesse em ajudar as pessoas'; (b) 'expectativa de fazer procedimentos de diagnóstico e tratamento', que foi mais influente para os respondentes que escolheram alguma especialidade dos grupos 'Cirurgia Geral e especialidades' e 'Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia' do que os que

escolheram ‘Medicina Geral ou Alternativa e Psiquiatria’; (c) ‘compatibilidade com valores e atributos pessoais’; (d) ‘possibilidade de independência na atuação profissional’ e (e) ‘condições para fazer diferença na vida das pessoas’. Por outro lado, ‘conveniências e/ou obrigações pessoais e familiares’ têm pouca influência, conforme afirmaram mais da metade dos estudantes.

Observamos que há uma diferença entre os sexos no que se refere ao ‘interesse em ajudar as pessoas’ e ‘oportunidade de exercício da responsabilidade social’, que foram significativamente mais importantes para as mulheres, o que demonstra a preocupação das pessoas desse sexo em ser útil à sociedade.

No que toca à opinião dos estudantes sobre MFC e PSF, os dados mostraram que a grande maioria não descarta a possibilidade de trabalhar nesse cenário, mas apenas em caráter provisório. Apenas um estudante demonstrou certeza em ser médico de família e em trabalhar definitivamente no PSF e quatro contaram essa especialidade como possível escolha. A reduzida inclinação a seguir carreira nesta área é um fenômeno mundial, conforme apontado pela revisão da literatura. Como os alunos propensos são, em sua maioria, dos semestres iniciais do curso e, segundo Scott *et al.* (2007), a motivação em seguir carreira na MFC diminui progressivamente no decorrer do curso, é possível que estes mudem de opinião. Por outro lado, este estudo mostrou que a tendência em trabalhar no PSF, mesmo que temporariamente, vai aumentando a medida em que avança o curso.

Poucos são os respondentes que sabem distinguir o PSF, âmbito de práticas, da MFC, especialidade médica. Mesmo assim, alguns acreditam ser necessária uma especialização própria para exercer as atividades de Atenção Primária.

Vários foram os fatores estimulantes e desestimulantes para o trabalho no PSF. Os aspectos encorajadores mais citados pelos estudantes foram: boa remuneração, qualidade de vida, grande vínculo com as comunidades, oportunidade de realizar seu papel social, crescimento pessoal e profissional e possibilidade de trabalhar assim que se formar. Por sua vez, os fatores desanimadores com maior recorrência foram: precárias condições de trabalho, desvalorização, baixos salários, necessidade de interiorizar-se para ganhar melhor e poucas perspectivas de crescimento profissional.

Uma vez que a pesquisa se realizou em um curso com novo currículo, voltado para formação do médico generalista, com módulos longitudinais de ABS, os quais ocupam uma significativa parte da carga horária de aulas, causa apreensão o pequeno interesse pela MFC.

Uma possível explicação para isso é que, como apuramos, eles não sabem distinguir a especialidade do âmbito de práticas. Assim, provavelmente muitos acreditam que ficarão restritos a um trabalho que tem, na visão deles, algumas vantagens, mas muitas desvantagens, como estagnação profissional, pouca possibilidade de progressão salarial, com melhores ofertas de emprego em um interior longe da família.

Um aspecto que é forte influência negativa pra a escolha da MFC é o prestígio que a especialidade detém, seja perante a sociedade leiga, como também perante a categoria médica e o mundo acadêmico. Essa pouca valorização está relacionada aos comentários negativos que são ditos por professores e residentes àqueles alunos que revelam seu interesse pela MFC, tornando o próprio ambiente acadêmico hostil ao trabalho na APS. Isto é o que se convencionou chamar de ‘Currículo Oculto’

Embora não sendo objetivo central dessa dissertação, o currículo oculto mostrou-se uma possível explicação para o desinteresse pela MFC. No mais, este pode ser o responsável pela redução gradual da presença de características de compromisso ético-social na descrição do médico ideal.

O reconhecimento desses obstáculos ao crescimento da MFC no Brasil é de suma importância para implementar mudanças e ações que alterem esse cenário. Apesar de não terem apresentado impacto em algumas realidades, é essencial experimentar as sugestões antes referidas, como induzir uma discussão sobre qual seria uma boa estratégia pedagógica para atrair o aluno para a MFC, promover internatos em APS e MFC, inserção do aluno em um PSF desde o primeiro semestre, entre outras.

Em conclusão, esta pesquisa mostrou que a escolha da carreira é multifatorial. O interesse pela MFC é modesto e não se sabe o que pode melhorá-lo, pois muitas das sugestões não se refletem em maior interesse em alguns lugares e não estão confirmadas através de pesquisas empíricas. Mesmo assim, deve-se ensaiá-las. São necessários mais estudos para elucidar os fatores causais desse desinteresse e confirmar ou não a efetividade de mudanças na educação médica em ampliar o ingresso nas residências de MFC.

6. Bibliografia

ALMEIDA, M. M.; TAVARES, A. L. B.; HOLANDA, A. A. Currículo médico com internato compulsório em APS: influência positiva ou negativa? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 8, 2006, São Paulo. **Anais...** São Paulo, SBMFC, 2006. p. 228.

ANDRADE, F. M. **O Programa de Saúde da Família no Ceará: uma análise da estrutura e funcionamento.** Fortaleza: [s.n.], 1998.

ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo: gestão e financiamento.** São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.

ANDRADE, L. O. M. *et al* Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano V, n. 1, p. 9-20, jan./mar. 2004a.

ANDRADE, L. O. M. *et al*. Organização da atenção básica e estratégia saúde da família no município de Sobral – Ceará – Brasil: principais avanços e desafios na perspectiva de produzir mudanças positivas na saúde. In: FERNANDES, A. S., SECLÉN-PALACIN, J. A. (Orgs.). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: o caso do Brasil.** Brasília: Organização Pan-Americana e Saúde, 2004b. p. 143-179.

ARANGO, G. H. **Bioestatística Teórica e Computacional.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.

ARAÚJO, G. G. **O que Pensam os Estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará sobre o Exercício da Profissão Médica.** 2001. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização com Caráter de Residência em Saúde Família) - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral, 2001.

ATUN, R. A Experiência da Grã-Bretanha. In: BESSA, O., PENAFORTE, J. **Médico de Família: formação, certificação e educação continuada.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. p. 17-43.

AVGERINOS, E. D. *et al*. Greek medical students' career choices indicate strong tendency towards specialization and training abroad. **Health Policy**, [S.l.], v. 79, n. 1, p. 101-106, nov. 2006.

AZEVEDO, A. G. *et al.* Fatores que Orientam a Escolha do Curso Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, set./dez. 2005.

BAZARGAN, M. *et al.* Impact of desire to work in underserved communities on selection of specialty among fourth-year medical students. **JAMA**, Chicago, v. 98, n. 9, p. 1460-5. set. 2006.

BEAULIEU, M. D. *et al.* General practice as seen through the eyes of general practice trainees: a qualitative study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Londres, v. 24, n. 3, p. 174-180, 2006.

BECK, A. H. The Flexner Report and the Standardization of American Medical Education. **JAMA**, Chicago, v. 291, n. 17, p. 2139-2140, 5 maio 2004.

BELLODI, P. L. Clínica ou Cirurgia: um estudo sobre as razões da escolha da especialidade. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 122, n. 3, p. 81-86, maio 2004.

BHYAT, R. Where have all the residents gone? Part 1: putting the declining family medicine match rates into context. **Canadian Family Physician**, Mississauga, v. 52, n. 6, p. 805-7, jun. 2006.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 05 ago. 2006.

BLY, J. What is medicine? Recruiting high-school students into family medicine. **Canadian Family Physician**, Mississauga v. 52, n. 3. p. 329-334, mar. 2006.

BRASIL, Congresso Nacional. **Medida Provisória nº 238-B - Projeto de Lei de Conversão nº 9**. Brasília, DF, 19 maio 2005a. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/308672.pdf>>. Acesso em 25 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em 29 out. 2006b.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília, DF, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n° 2.101**, de 03 de novembro de 2005b. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n° 2.118**, de 03 de novembro de 2005c. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**, Brasília, DF, 1997.

_____. **Programa Saúde da Família: Como Começou**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/psf/programa/como_comecou.asp>. Acesso em 17 jul. 2004.

BUDDEBERG-FISCHER, B. *et al.* Primary care in Switzerland: no longer attractive for young physicians? **Swiss Medical Weekly**, Zurich, v. 136, p. 416-24, 2006.

BUENO, R. R. L.; PIERUCCINI, M. C. **Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: relatório de um cenário sombrio**. 2. ed. São Paulo: AMB; Brasília: CFM; 2005.

CABRAL FILHO, W. R.; RIBEIRO, V. M. B. A Escolha Precoce da Especialidade pelo Estudante de Medicina: um Desafio para a Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, mai./ago. 2004.

CAMARGO, M. C. V. Z. A. O Ensino da Ética Médica e o Horizonte Bioética. **Revista Bioética**. Brasília, v. 4, n. 1, 1996. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio1v4/ensino.html>>. Acesso em: 19 jun. 2004.

CAMPOS-OUTCALT, D.; SENF, J.; KUTOB, R. Comments Heard by US Medical Students about Family Practice. **Family Medicine**, Leawood, v. 35, n. 8, set. 2003.

CAMPOS-OUTCALT, D. *et al.* Family Medicine Specialty Selection: a proposed research agenda. **Family Medicine**, Leawood, v. 39, n. 8, set. 2007.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

COELHO, C. M. A.; ANDRADE, L. O. M. Impacto provocado pela implantação do Programa de Saúde da Família sobre as ações dos Agentes Comunitários de Saúde: o caso de Sobral/CE. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano V, n. 1, p. 159-167, jan./mar. 2004.

COMISSÃO DE REFORMA CURRICULAR. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina: um novo currículo**. Fortaleza: Imprensa Universitária, UFC, 2001.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, URSS, 1978.

CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. 8, 2006, São Paulo. **Anais...** São Paulo, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2006.

COSTA, N. R. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das políticas de saúde no Brasil**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

DALLA, M. D. B. Saúde e educação médica: Voltando ao caminho pela Medicina de Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Curitiba, vol. 1, n. 1, abr.-mai. 2004. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/site/revista/01/marcello.html>>. Acesso em: 19 jun. 2004.

DEMARZO, M. M. P. Lista de Discussão Formadores MFC. **Consolidado Grupo Formadores out 2007.doc**. Acesso em: 24 out. 2007.

DAWALT, J. Where's the fire? **Family Practice Management**. Leawood, v. 13, n. 2, p. 16, fev. 2006.

FACULDADE DE MEDICINA DE SOBRAL. **Objetivos**. Sobral, 2006. Disponível em: <<http://www.medsobral.ufc.br/objetivos/objetivos.htm>>. Acesso em: 29 fev. 2008.

FALK, J. W. A Medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 5-10, abr. 2004.

FALK, J. W. Histórico da Especialidade Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil. In: Semana Científica do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, 26, 2006, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Revista HCPA, v. 26, 2006. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/RevistaCientifica/2006/ANAIS%202006.pdf>>. Acesso em 22 set. 2006.

FERREIRA, R. A. *et al.* O Estudante de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n.3, jul./set. 2000.

FORSTER, A. C. Considerações sobre a Formação em Medicina de Família e Atenção Primária. **Medicina-Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, v. 34, n. 2, abr./jun. 2001.

FREITAS, C. B. D. A Conep Responde. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, n. 16, p. 5-7, nov. 2005.

GARCÍA-HUIDOBRO, D. M. *et al.* Expectativas de estudantes de medicina de pregrado en relación al perfil de médico esperado. **Rev. Méd. Chile**, v. 134, p. 947-54, 2006.

GASPAR, D. Medicina Geral e Familiar: uma escolha gratificante. **Acta Médica Portuguesa**. Lisboa, v. 19, n. 2, p. 133-9, mar./abr. 2006.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos para a saúde: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

GOYA, N. **O SUS que funciona em municípios do Ceará**. Fortaleza: AMECE, 1996.

HARRIS, B. Dying in an Age of Specialists. **The Mount Sinai Journal of Medicine**, v. 73, n. 2, mar. 2006.

HARRIS, M. G.; GAVEL, P. H.; YOUNG J. R. Factors influencing the choice of specialty of Australian medical graduates. **Medical Journal of Australia**, Pyrmont, v. 183, p. 295-300, 2005.

HUESTON, W. J. Rekindling the fire of family medicine. **Family Practice Management**, Leawood, v. 13, n. 1, p. 15-17, jan. 2006.

HURWITZ, B.; VASS, A. What's a good doctor, and how can you make one? By marrying the applied scientist to the medical humanist. **British Medical Journal**, London, v. 325, p. 667-8, 2002.

JEKEL, J. F. *et al.* **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

JOYCE, C. M.; McNEIL, J. J. Fewer medical graduates are choosing general practice: a comparison of four cohorts, 1980–1995. **Medical Journal of Australia**, Pyrmont, v. 185, n. 2, p. 102-104, jul. 2006.

KEMP, A.; EDLER, F. C. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.569-85, set.-dez. 2004.

LAMBERT, T. W. *et al.* Doctors' reasons for rejecting initial choices of specialties as long-term careers. **Medical Education**, [S.l.], v. 37, n. 4, p. 312-18, abr. 2003.

LAMPERT, J. B. Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-19, jan./abr. 2001.

LANDA, A. S. Retooling Family Medicine. **Minnesota Medicine**, Minneapolis, v. 89, p. 28-33, jan. 2006.

LARSON, E. B.; ROBERTS, K. B.; GRUMBACH, K. Primary Care, Generalism, Public Good: Déjà vu? Again! **Annals of Internal Medicine**, [S.l.], v. 142, n. 8, p. 671-74, 19 abr. 2005.

LEUCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIND, G. Moral Regression in Medical Students and Their Learning Environment. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, out./dez. 2000.

LIRA, G. V.; CAVALCANTE NETO, P. G. **Manual do Internato em Saúde Comunitária**. Sobral: UFC, 2005.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. *Agente Comunitário de Saúde: Um Novo Profissional para Novas Necessidades da Saúde*. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano V, n. 1, p. 121-128, jan./mar. 2004.

LOTTA, G. S. **Saber e Poder: Agentes Comunitários de Saúde Aproximando Saberes Locais e Políticas Públicas**. 2006. Dissertação (Mestrado) Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006.

MACHADO, J. L. M. *et al.* UNI: a new initiative in the training of health professionals. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1, 1997.

MACKEAN, P.; GUTKIN, C. Fewer medical students selecting family medicine: can family practice survive? **Canadian Family Physician**, Mississauga, v. 49, n. 4, p. 408-409, abr. 2003.

MAGZOUN, M. E.; SCHMIDT, H. G. A Taxonomy of Community-Based Medical Education. **Academic Medicine**, Washington (DC), v. 75, n. 7, p. 699-707, jul. 2000.

MAUDSLEY, G.; WILLIAMS, E. M. I.; TAYLOR, D. C. M. Junior medical students' notions of a 'good doctor' and related expectations: a mixed methods study. **Medical Education**, [S.l.], v. 41, n. 5, p. 476-86, maio 2007.

MARIOLIS, A. *et al.* General Practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. **BMC Medical Education**, London, v.7, n.15, 1 jun. 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/7/15>>. Acesso em: 30 out. 2007.

McKEE, N. D. *et al.* Cultivating interest in family medicine. **Canadian Family Physician**, Mississauga, v. 53, p. 661-5, abr. 2007.

MENDES, E. V. **O sistema único de saúde um processo social em construção**. Natal: EDUFRRN, 1999. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf> Acesso em: 02 jul. 2003.

NEWTON, D. A.; GRAYSON, M. S.; THOMPSON, L. F. The Variable Influence of Lifestyle and Income on Medical Students' Career Specialty Choices: Data from Two U.S. Medical Schools, 1998-2004. **Academic Medicine**, Washington (DC), v. 80, n. 9, p. 809-814, set. 2005.

NIEUWHOF, M. G. H. *et al.* Students' conceptions of the medical profession: an interview study. **Medical Teacher**, Dundee, v. 27, n. 8, p. 709-14, dez. 2005.

NUNES, E. D. Ensinando ciências sociais em uma escola de Medicina: a história de um curso (1965-90). **História Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 631-657, nov. 1999-fev. 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines**, Washington, DC: PAHO, 1964.

OTERO, A. La Incorporación de la Medicina de Familia em la Enseñanza de la Medicina em España. **Medicina-Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, v. 34, n. 2, abr./jun. 2001.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: Uma pequena revisão. [S.l.: s.n., s.d.]. Disponível em: <http://www.Medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2004.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PUGNO, P. A. *et al.* Results of the 2005 National Resident Matching Program: Family Medicine. **Family Medicine**, Leawood, v. 37, n. 8, p. 555-64, set. 2005a.

PUGNO, P. A.; SCHMITTLING, G. T.; KAHN, N. B. Entry of US Medical School Graduates into Family Medicine Residencies: 2004-2005 and 3-year summary. **Family Medicine**, Leawood, v. 37, n. 8, set. 2005b.

RODRIGUEZ NETO, E. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde**: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. [S.l.: s.n., s.d.] Documento Mimeo.

RONZAN, T. M.; RIBEIRO, M. S. Práticas e Crenças do Médico de Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, set./dez. 2004.

ROSENBLATT, R. A.; ANDRILLA, H. A. The Impact of U.S. Medical Students? Debt on Their Choice of Primary Care Careers: An Analysis of Data from the 2002 Medical School Graduation Questionnaire. **Academic Medicine**, Washington (DC), v. 80, p. 815-19, set. 2005.

ROSS, W. A Experiência do Canadá. In: BESSA, O., PENAFORTE, J. **Médico de Família: formação, certificação e educação continuada**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. p. 45-69.

SAIGAL, P. *et al.* Factors considered by medical students when formulating their specialty preferences in Japan: findings from a qualitative study. **BMC Medical Education**, London, v.7, n.31, 7 set. 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/7/31>>. Acesso em: 13 jan. 2008.

SANFEY, H. A. *et al.* Influences on Medical Student Career Choice: gender or generation? **Archives of Surgery**, Chicago, v. 141, n. 11, p. 1086-1094, nov. 2006.

SCOTT, I. *et al.* Why medical students switch careers: changing course during the preclinical years of medical school. **Canadian Family Physician**, Mississauga, v. 53, n. 11, p. 94-95, nov. 2007.

SENF, J. H.; CAMPOS-OUTCALT, D.; KUTOB, R. Factors Related to the Choice of Family Medicine: a reassessment and literature review, **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 16, n. 6, p. 502-512, nov./dez. 2003.

SILVA, A. C. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral – Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002**. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

SILVEIRA, A. N. **Afeto, Conflito e Precarização do Trabalho: um estudo de caso com enfermeiras do Programa de Saúde da Família de Sobral – CE**. 2007. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2007.

SLOANE, P. A Experiência dos Estados Unidos. In: BESSA, O., PENAFORTE, J. **Médico de Família: formação, certificação e educação continuada**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. p. 71-98.

SOBRAL, D. T. Fatores de Influência na Escolha de Carreira de Docentes Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.26, n. 1, jan./abr. 2002.

_____. Fatores de Influência na Escolha de Treinamento Seletivo no Internato. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, set./dez. 2003.

_____. Estilos de Aprendizagem dos Estudantes de Medicina e Suas Implicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, jan./abr. 2005.

_____. Influences on choice of surgery as a career: a study of consecutive cohorts in a medical school. **Medical Education**, [S.l.], v. 40, n. 6, p. 522-529, jun. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades**. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/site/bib/download/MFC na Graduação_SBMFC.pdf](http://www.sbmfc.org.br/site/bib/download/MFC%20na%20Gradua%C3%A7%C3%A3o_SBMFC.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2006b.

_____. **Breve histórico da MFC no Brasil**. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/site/sbmfc/historia.asp>>. Acesso em: 08 ago. 2006a.

_____. Introdução à Agenda Educativa do European Academy of Teachers in General Practice (EURACT). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, supl 1, 2006c.

_____. **Projeto de Expansão da Residência em Medicina de Família e Comunidade**. [S.l.: s.n], 2005. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/site/bib/download/Projeto de Expansão dos PRMMFC - SBMFC.pdf](http://www.sbmfc.org.br/site/bib/download/Projeto%20de%20Expans%C3%A3o%20dos%20PRMMFC%20-%20SBMFC.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2006.

_____. **Título - SBMFC**. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/titulo/titulados.aspx>>. Acesso em: 05 ago. 2006d.

SOUSA, M. F. **A cor-agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.

STACY, R.; SPENCER, J. Assessing the evidence in qualitative medical education research. **Medical Education**. [S.l.], v. 34, n. 7, p. 498-500, 2000.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726p.

TAQUETTE, S. R.; COSTA-MACEDO, L. M.; ALVARENGA, F. B. F. Currículo Paralelo: uma realidade na formação dos estudantes de medicina da UERJ. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, set./dez. 2003.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**/Ministério da Saúde. Brasília, ano V, n. 7, edição especial, jan. 2003 a abr. 2004.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação**: o caso da Saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.

VAN OFFENBEEK, M. A. G.; KIEWIET, D. J.; OOSTERHUIS, M. J. The compatibility of future doctors' career intentions with changing health care demands. **Medical Education**, v. 40, p. 530-538, 2006.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, Suplemento, 2005.

WALKER, H. K. Primary care is dying in the United States: mutatis mutandis. **Medical Education**, [S.l.], v. 40, p. 9-11, jan. 2006.

WEISS, B. Primary care: not me. **Medical Economics**, v. 79, n. 14, p. 42-45, 26 jul. 2002.

WENDEL, T. M.; GODELLAS, C. V.; PRINZ, R. A. Are there gender differences in choosing a surgical career? **Surgery**, [S.l.] v. 134, n. 4, p. 591-596, out. 2003.

WHEAT, J. R. *et al.* Physicians for rural America: the role of institutional commitment within academic medical centers. **Journal of Rural Health**, Buffalo, v. 21, n. 3, p. 221-7, jul. 2005.

WHITCOMB, M. E. Who's Going to Take Care of the Folks? **Academic Medicine**, Washington (DC), v. 80, n. 9, p. 789-90, set. 2005.

WOO, B. Primary Care: the best job in medicine? **New England Journal of Medicine**, v. 355, n. 9, p. 864-6, ago. 2006.

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). **A Definição Européia de Medicina Geral e Familiar**. [S.l.: s.n.] , 2002. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/site/bib/download/Definicao-europa2002.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2005.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)