

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Conrado Carvalho Horta Barbosa

**Mudanças curriculares da graduação em medicina: repercussões para a escolha pela
medicina de família e comunidade**

Brasília

2019

Conrado Carvalho Horta Barbosa

**Mudanças curriculares da graduação em medicina: repercussões para a escolha pela
medicina de família e comunidade**

Trabalho de Dissertação apresentada à Escola
Fiocruz de Governo como requisito para a
obtenção do título de mestre em Saúde da
Família. Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fabiana
Damásio Passos

Brasília

2019

Ficha catalográfica elaborada por Darlan Lemos da Silva - CRB1/1450.

B238m Barbosa, Conrado Carvalho Horta

Mudanças Curriculares da Graduação em Medicina:
Repercussões para a escolha pela Medicina de Família e
Comunidade / Conrado Carvalho Horta Barbosa. --
Brasília, 2019.

93 f. : il

Orientadora: Professora Dra. Maria Fabiana Damásio.
Dissertação (Mestrado) -- Escola Fiocruz de Governo,
2019.

1. Medicina de Família e Comunidade. 2. Saúde da
Família. 3. Diretrizes Curriculares. I. Damásio, Professora
Dra. Maria Fabiana. II. Título.

Conrado Carvalho Horta Barbosa

Mudanças curriculares da graduação em medicina: repercussões para a escolha pela medicina de família e comunidade

Trabalho de Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito para a obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Aprovado em 25/04/2019

Banca Examinadora

Doutora Maria Fabiana Damásio Passos. Fundação Oswaldo Cruz.

Doutora Maria Cristina Rodrigues Guilam. Fundação Oswaldo Cruz.

Doutora Marcela Abreu Rodrigues. Centro Universitário do Planalto Central.

Doutor Armando Martinho Bardou Raggio. Fundação Oswaldo Cruz.

Brasília

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, Santíssima Trindade Eterna, que em Sua amorosa providência, guia-me em todos os passos, fortalece e sustenta com Sua graça, conduzindo-me ao prêmio eterno que é Ele próprio, pela maternal proteção de Nossa Senhora.

À minha amada esposa Patrícia, fiel companheira, apoiadora e incentivadora em todos os momentos, preenchendo minha caminhada com sua doce ternura e alegria, sem a qual nada seria possível.

Aos meus filhos Ana e Felipe, sinais do amor Divino e ternura do meu coração, fonte perene de minha paz e felicidade, razão do meu ser.

Aos meus familiares, incentivadores do amor aos estudos e escola das virtudes, sempre presentes com abundante afeto e carinho.

À coordenação do curso de medicina do Centro Universitário do Planalto Central, seus estudantes concluintes e corpo administrativo, ao qual permitiram a participação neste estudo proposto.

À minha orientadora professora doutora Maria Fabiana Damásio, que desde o início confiou em mim, sendo incansável apoio nas dificuldades e paciente educadora em todas as etapas do projeto, tornando-o realidade.

Aos professores do Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz, enriquecendo nossa trajetória com a transmissão de novos conhecimentos que permitem transformar nossa visão do cuidado e assistência em saúde.

À coordenação do ProfSaúde, por proporcionar a oportunidade deste mestrado e contribuírem para o fortalecimento do SUS e da Atenção Primária à Saúde brasileira.

Por fim, agradeço a todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram com a concretização deste projeto e minha formação.

RESUMO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de medicina configuram avanços na reorientação da formação médica. Sendo a Atenção Básica a ordenadora das redes de atenção à saúde, porta de entrada preferencial do usuário no sistema nacional de saúde e com elevado potencial resolutivo, a existência de médicos treinados para a assistência neste nível primário torna-se um pilar para o fortalecimento da saúde pública brasileira. Pactuações entre os Ministérios da Saúde e Educação propiciaram a publicação das normativas diretivas para os cursos de medicina no Brasil, objetivando fortalecer a formação na Atenção Primária. Neste contexto, a especialidade Medicina de Família e Comunidade assume a função de coordenadora dos processos de ensino na graduação, em vista da sobreposição dos princípios desta especialidade com os objetivos propostos pelas DCN, almejando a formação de egressos que busquem, futuramente, o trabalho na Atenção Básica. Buscou-se compreender os fatores determinantes de uma matriz curricular de um curso de medicina que adota as propostas das DCN e sua influência pela escolha da Medicina de Família e Comunidade por seus concluintes, identificando aspectos da matriz curricular que interferem nesta escolha. A metodologia adotada foi revisão bibliográfica sobre formação médica vigente, Diretriz Curricular Nacional para o curso de medicina, pesquisa documental do Projeto Pedagógico do Curso de uma Instituição de Ensino Superior privada e questionários abertos e fechados com os concluintes de medicina desta instituição. Observou-se a existência de elementos inerentes da matriz curricular capazes em provocar influência pela escolha na especialização em Medicina de Família e Comunidade.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Saúde da Família. Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

The National Curriculum Guidelines (NCG) to medical courses, has shown a great advancement towards medical formation. Considering basic public health care as the advisor of, which represents the gateway to client with bulk setting response, the presence of well-trained medical resources on its primary level became one of the bases to the strengthen brazilian public health. An agreement established between the Healthy Ministry and the Education Ministry led to the publication under medical curriculum of such courses in the country, aiming at the formation of graduates who seek in the future the specialization and the work in Primary Care. Due to this fact, the specialty of Family Medicine assumes the task of coordinating the medicine teaching the process, caused by the overlapping proposed by the NCG and the specialty. The research is mainly focus is to comprehend the matrix of a medical curricular pattern that embraces the proposal of NCG and its influence on the choice in Family Medicine by graduates' students, identifying aspects to such pattern that interferes the in their choice. The methodology adopted was settled on bibliographic review of the current medical standards, National Curriculum Guidelines to medicine graduation, documentary research within the Course's Pedagogical Project (CPP) of an Higher Education Private Institution and interviews with sixth year graduating students. The existence of elements due to the curricular matrix capable of provoking influence in the students to choose specializing in Family and Community Medicine was observed.

Keywords: Health Education. Family Health. Family and Community Medicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 Incorporação das metodologias ativas de ensino	35
Gráfico 2 Caracterização do enfoque das atividades práticas de ensino	36
Gráfico 3 Contribuição da inserção de práticas na Atenção Básica nas primeiras séries do curso de medicina	36
Gráfico 4 Avaliação do incentivo das práticas integrativas na graduação para atuação profissional na Atenção Básica	37
Gráfico 5 Avaliação do incentivo das visitas domiciliares na graduação para atuação profissional na Atenção Básica	38
Gráfico 6 Avaliação do incentivo dos atendimentos ambulatoriais na graduação para atuação profissional na Atenção Básica	38
Gráfico 7 Avaliação do incentivo do contato com equipes multidisciplinares na graduação para atuação profissional na Atenção Básica	39
Gráfico 8 Contribuição do internato ampliado em Atenção Básica para escolha profissional generalista.....	40
Gráfico 9 Contribuição dos docentes de graduação para a escolha profissional generalista.....	41
Quadro 1 Matriz curricular do curso de medicina de uma Instituição de Ensino Superior Privada do Distrito Federal.....	24
Quadro 2 Avaliação das habilidades dos concluintes do curso de medicina em desempenhar as ações.....	42
Quadro 3 Escolha da especialidade médica pelos concluintes do curso de medicina.....	43
Quadro 4 Fatores motivadores para a escolha da especialização em Atenção Primária.....	44
Quadro 5 Fatores desmotivadores para a escolha da especialização em Atenção Primária.....	45

LISTA DE SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Câmara de Educação Superior
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FACIPLAC	Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IES	Instituição de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PSF	Programa Saúde da Família
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
1.1.1 Contexto histórico da Atenção Primária à saúde: da concepção à realidade brasileira	8
1.1.2 Formação profissional médica no Brasil e estruturação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina	12
1.1.3 A Medicina de Família e Comunidade no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais	17
1.2 OBJETIVOS.....	
1.2.1 Objetivo Geral.....	21
1.2.2 Objetivos Específicos.....	21
1.3 METODOLOGIA.....	
1.3.1 Contextualização da pesquisa	22
1.3.2 Referencial Metodológico	27
1.3.3 Campo de Estudo	28
1.3.4 Procedimentos	29
1.3.5 Análise de dados	30
1.3.6 Aspectos éticos	32
2 RESULTADOS	34
3 DISCUSSÃO	47
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	69
APÊNDICE B - Termo de Auência	73
APÊNDICE C – Questionário	74
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	78

1 INTRODUÇÃO

A formação médica vem passando por significativas mudanças nas últimas décadas, visando responder às demandas emergentes no campo da assistência à saúde. Esse processo vem fomentando, nas escolas médicas, uma reorientação de seus conteúdos curriculares, pautadas na concepção em promover a formação de um médico com perfil mais generalista, humanista, com responsabilidade social e capaz em atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com preferência pela Atenção Primária à Saúde, onde são ofertados a maior parte dos cuidados em saúde.

A estrutura curricular dos cursos de graduação em medicina no Brasil apresenta, historicamente, forte influência do modelo de formação flexneriano. Elaborado nos Estados Unidos em 1910 por Abraham Flexner (1866-1959) e conhecido como Relatório Flexner (FLEXNER, 1910), o relatório foi responsável por desencadear um novo processo de organização dos currículos dos cursos de medicina norte-americanos, intencionando a melhora da qualidade do ensino ofertado, até então considerados de baixa capacidade técnica e insatisfatórios para a adequada formação e atuação em medicina (NEVES *et al.* 2005). O modelo passou a influenciar a reformulação da graduação médica em todo o mundo e, no Brasil, a partir de 1940, tornou-se o modelo hegemônico da organização dos cursos da área de saúde (LAMPERT, 2002). Acreditava-se outrora que, para melhorar a qualidade do ensino da graduação e sua conseqüente formação, seria necessário destacar as ciências básicas, promovendo nítida diferenciação entre o ciclo básico e o profissional, aplicando forte inserção em práticas laboratoriais e hospitalares (FLEXNER, 1910). A concepção flexneriana da formação médica passou a ser associada ao rígido ensino médico, caracterizando-se por currículos compostos por disciplinas desconectadas, que priorizavam atividades teóricas e centradas no saber eminentemente biomédico, cujo foco na abordagem da doença, em caráter curativista e reducionista, conduzia à assistência individualizada, fragmentada e forçosamente hospitalocêntrica (MORAES *et al.*, 2016; CATELLANOS *et al.*, 2009; MAGALHÃES *et al.*, 2012; CRUZ *et al.*, 2010; ANDERSON *et al.*, 2007). Durante todo o processo de ensino, o professor assumia o papel de único detentor do saber e transmissor de maneira vertical dos conhecimentos em saúde (NEVES *et al.*, 2005).

Do ponto de vista demográfico, as últimas 4 décadas são caracterizadas por uma acelerada transição demográfica, com declínio das taxas de fecundidade e elevação do percentual de pessoas idosas, de anteriores 5,4% em 2000 para 19% em 2050, superando o

número de jovens. Tal fenômeno representa incremento da morbidade da população de maneira geral, cujos dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2008 apontam 80% dos idosos portando ao menos uma doença crônica-degenerativa, sendo estas condições representativas de 75% da carga de doenças no país (MENDES, 2010).

Sistemas de atenção à saúde baseados numa forte reorientação pela APS, tendem a ser mais adequados para as necessidades crescentes de cuidados de condições crônicas em saúde, sendo um mecanismo de enfrentamento do aumento da morbidade da população, tendendo a apresentar menores custos, maior eficiência e serem mais equitativos em relação à sistemas de saúde com baixa orientação pela APS (STARFIELD, 2002; MENDES, 2013).

Paralelamente, movimentos sociais nacionais e internacionais ganhavam força e influência na tomada de decisões dos governos, tornando-se fundamentais para a construção dos atuais sistemas de saúde no mundo. Neste sentido, objetivando corrigir distorções de assistência à saúde nos países em desenvolvimento, a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, introduziu o conceito e estabeleceu a Atenção Primária em Saúde como prioridade para a organização e oferta de serviços de saúde por parte da maioria dos governos nacionais (WHO, 1978).

Em âmbito nacional, as discussões sobre a criação de um novo modelo de assistência à saúde foi ganhando espaço na agenda política em meados da década de 1960, quando da ocasião da Terceira Conferência Nacional de Saúde e sua proposição pela construção de um sistema de saúde integrado e marcado por ações de assistência e de gestão descentralizadas (BRASIL, 1963a). O encontro de demandas sociais com novas propostas de organização dos sistemas de saúde configurou-se como uma das bases principais para o estabelecimento da Reforma Sanitária Brasileira, apresentada pela Oitava Conferência Nacional de Saúde em 1987 e ganhando força na Assembléia Constituinte no ano seguinte. Propunha-se a reversão da lógica assistencial vigente em saúde, com especial destaque para a universalização do direito à saúde, integralidade das ações desenvolvidas, incorporação de ações promotoras e curativas em saúde e descentralização administrativa, financeira e assistencial na oferta dos serviços. No ano seguinte, em 1988, a criação constitucional do Sistema Único de Saúde configurou-se uma conquista para o povo brasileiro, vindo ao encontro das demandas sociais existentes. O objetivo primordial era o estabelecimento de um sistema nacional de saúde fortalecido, com acesso universal, organizado de forma descentralizada e que fosse capaz de atender as reais necessidades em saúde da população. Previsto pela Constituição Federal, em seu artigo número

200, o SUS foi indicado como ordenador da formação de recursos humanos da área da saúde (BRASIL, 1988b), fomentando a formação adequada de profissionais às necessidades demandadas, contribuindo para sua consolidação.

No Brasil, ao longo de diversas e sucessivas propostas de assistência à saúde pública nacional, a APS tornou-se iniciativa governamental para expandir coberturas populacionais e conter custos dos serviços. Em 1987, a criação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e o PSF (Programa de Saúde da Família), a APS alcançou o status de principal recurso organizador do sistema de saúde. (BRASIL, 2010c). Neste contexto, a regulamentação do SUS por meio da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990d), reorientou o modelo assistencial pelo princípio organizativo da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde em todo o país, tornando a Atenção Primária, designada Atenção Básica à Saúde pelo Ministério da Saúde, o contato prioritário da população ao sistema de saúde integral e universal.

A Atenção Primária em Saúde caracteriza-se por ser o contato preferencial e principal porta de entrada dos usuários junto aos sistemas nacionais de saúde, onde a maior parte dos cuidados em saúde devem ser ofertados, configurando-se como o centro de comunicação e ordenador dos fluxos de referenciamentos em toda a Rede de Atenção à Saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2006e). A forma de organização da Atenção Primária à Saúde, estruturada nacionalmente de forma inicial por meio do Programa Saúde da Família em 1994, obteve expansão progressiva e transformou-se em uma estratégia nacional, intitulada Estratégia Saúde da Família, no ano de 1998. Nos anos que se seguiram, a Estratégia Saúde da Família foi reafirmada como política nacional de organização e assistência à saúde primária (BRASIL, 2006e; LAVRAS, 2011). Baseia-se na formação de equipes multiprofissionais e atuantes sob um território com clientela adscrita e população sobre sua responsabilidade sanitária, incorporando simultaneamente práticas preventivas e curativistas na assistência cotidiana, com orientação comunitária e familiar nos processos de trabalho.

Avanços foram obtidos desde sua implantação, representando significativo avanço em termos de maior oferta de serviços no primeiro nível de contato dos indivíduos com os sistemas públicos de saúde, maior qualidade referida nos atendimentos, coordenação do cuidado em âmbito individual e ampliação da abordagem familiar com elevação de 13,5% do acesso (VAN STRALEN *et al.*, 2008). Evidencia-se, também, melhorias nos indicadores em saúde, entre eles redução da mortalidade infantil em 11% em 20 anos e incremento em 21% das ações de promoção e prevenção à saúde (MACINKO *et al.*, 2006; LIMA-COSTA, 2013), redução das internações por condições sensíveis à atenção primária 20% em áreas com cobertura de ESF

(ALFRADIQUE, 2009; NEDEL *et al.*, 2010; BOING *et al.*, 2012), maior satisfação do usuário em comparação aos serviços médico-hospitalares (CASTRO *et al.*, 2012), inclusão social e econômica para boa parcela da população brasileira (LIMA-COSTA, 2013) e internacional (STARFILED, 2002), sendo estas as bases para a continuidade de seu processo de expansão e qualificação, almejando a ampla cobertura dos serviços primários de saúde em todo o território nacional.

No campo da formação em saúde, a exigência na mudança do perfil de formação dos profissionais médicos para adequação da atuação no SUS, especialmente no campo da Atenção Primária, objetiva melhorias da qualidade e da resolubilidade dos serviços prestados à população. Para tal, requer a reformulação nos processos formativos da graduação e capacidade de influenciar e incentivar a posterior escolha pela especialização na Atenção Primária (JANAUDIS, 2010). Nas últimas três décadas, a educação médica tem sido objeto de grandes questionamentos por seu descompasso e alienação em relação às novas necessidades e demandas no âmbito da saúde, especialmente na saúde pública nacional (FILISBINO; MORAES, 2013). Esta, aliás, vem experimentando significativas mudanças para atender as demandas da criação e implantação do Sistema Único de Saúde e a reorientação da assistência em saúde fortemente referenciada e ordenada pela Atenção Básica, como propõe a Diretriz para a Organização das Redes de Atenção à Saúde para o SUS (BRASIL, 2010c).

Ainda no esforço de aprimorar os processos formativos para a medicina, a Resolução do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001f) propôs, no ano de 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais os cursos de graduação em medicina a serem implantados e nos já existentes no país. Constituem-se uma inovação para a Educação Superior em saúde no Brasil, objetivando responder às demandas profissionais do SUS e da Atenção Básica em especial. Nela apresenta-se um novo modelo de ensino médico voltado para a compreensão da complexidade que envolve o binômio saúde-doença, na perspectiva do conceito ampliado de saúde, caracterizado por ações centradas na pessoa e suas próprias necessidades particulares, incorporando práticas que integrem ações promotoras de saúde, preventivas de agravos, curativas e de reabilitação, sejam elas em âmbito individual ou coletivo. O enfoque principal e preferencial para a atuação prática dar-se-á na Atenção Básica de Saúde, facilitando ainda a criação de vínculo entre o meio acadêmico e os usuários do Sistema Único de Saúde desde os primeiros semestres dos cursos de graduação. Incentiva-se ainda que o docente assuma a função de facilitador na aquisição de conhecimentos por parte dos estudantes, que passam a ser os

agentes ativos do processo de construção e busca do conhecimento a ser atingido (BRASIL, 2001d).

No ano de 2014, esta Diretriz Curricular foi reafirmada como ordenadora das matrizes curriculares da graduação médica (BRASIL, 2014g), e configurou-se um marco normativo a ser seguido pelas instituições de ensino superior brasileiras, que foram convocadas a adaptar-se, em sua totalidade, às mudanças preconizadas até o final do ano de 2018. Busca-se provocar a transformação dos currículos flexnerianos vigentes nas graduações médicas em matrizes curriculares capazes em articular conhecimentos, habilidades e atitudes para o pleno exercício profissional do médico, agrupadas em 3 grandes áreas de competência a serem adquiridas pelo futuro egresso – Atenção Integral, Gestão e Educação em Saúde. Reforça e incentiva a integração entre os diversos campos de conhecimentos médicos focais, evitando a fragmentação deste conhecimento em disciplinas especializadas. Objetiva ainda a aquisição de competências profissionais por meio da solução de problemas reais vivenciados em cenários de práticas comunitárias, desde o início do curso e ao longo de toda a graduação, por meio das metodologias de ensino-aprendizagem em formas ativas (BRASIL, 2014g).

Entretanto, desafio importante proposto pelas novas DCN para a graduação médica ainda permanece sendo a formação profissionais que apresentam a competência para a atuação na Atenção Básica, com perfil generalista, humanista, capazes em assumir postura crítica, reflexiva e pautada em princípios éticos, habilitados na intervenção dos múltiplos fatores determinantes do processo saúde-doença, com visão integral do indivíduo assistido. A Atenção Primária ou Básica em Saúde apresenta especial destaque como cenário proposto pelas DCN, de ensino e prática na graduação, por configurarem como a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde e potencial resolutivo de aproximadamente 90% dos agravos gerais de saúde em uma comunidade (JANAUDIS, 2010). Destaca-se ainda a necessidade em promover modificações dos processos formativos capazes em habilitar o profissional médico para atuação interdisciplinar, sincronizado aos princípios do Sistema Único de Saúde e com perfil para alcançar a estratégia da atenção integral à saúde (CECCIM; FEUERWEKER, 2004).

Para a continuidade da expansão e qualificação da Atenção Primária à Saúde no Brasil, adquire grande relevância a formação profissionais médicos que façam análise crítica e consubstanciada da realidade, de modo a identificar as necessidades para este nível abrangente de assistência. A formação de um profissional que valorize o conhecimento geral em saúde, integralizando os diversos conhecimentos focais, com postura reflexiva e atuação capaz em atender as principais necessidades sanitárias do país. Assim sendo, modificações dos processos

de formação propostas pelas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001f), e reafirmadas no ano de 2014 (BRASIL, 2014g), vêm ao encontro das necessidades sanitárias do país e configuram peça fundamental para o alcance de todas as potencialidades da Atenção Básica. Seu principal objetivo com Diretriz é, entre outros aspectos, possibilitar a reversão do desajuste da formação médica, caracterizado pelo perfil fragmentado, tendencioso à superespecialização e alheio às necessidades do SUS (LAMPERT, 2002), para a mudança em um perfil capaz em atuar de forma interdisciplinar, humanista e integral, intensificando a incorporação dos princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde em suas práticas profissionais cotidianas, como descrito no artigo terceiro das DCN de 2001:

Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional, o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001f, p. 01).

Historicamente, especialidade Medicina de Família e Comunidade é definida como a especialidade médica que presta assistência à saúde de forma continuada, abrangente à famílias e comunidades, distinguindo-se por acompanhar as pessoas ao longo do tempo e fornecer cuidados de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação a uma população indiferenciada por sexo, idade ou órgão acometido (FREEMAN, 2010; STARFIELD, 2002).

Neste contexto, a especialidade Medicina de Família e Comunidade ganha notório destaque, sendo a especialidade médica adequada para atuação na APS. Caracteriza-se pela capacidade em ofertar cuidados à saúde de forma integral, apropriada ao contexto sociocultural de indivíduos e famílias atendidas. É o especialista preparado para acolher ao usuário no primeiro acesso ao sistema de saúde, coordenar os cuidados com outros pontos existentes dos serviços locais e capaz em preservar o caráter longitudinal do acompanhamento das pessoas, configurando-se a especialidade generalista de eleição para atuação na Atenção Primária em Saúde (SBMFC, 2004; WONCA, 2010).

Frente a esta realidade e necessidades de recursos médicos com perfil adequado para atuação no SUS, em especial no campo da Atenção Básica, a reformulação dos processos formativos da graduação médica assume relevância e torna-se um dos principais objetivos das DCN para os cursos de medicina estabelecidos no país.

O objetivo deste estudo é avaliar as repercussões de um currículo do curso de medicina de uma Instituição de Ensino Superior privada do Distrito Federal que adota as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais e identificar os fatores inerentes à matriz curricular que interferem na escolha pela especialização em Medicina de Família e Comunidade por seus concluintes.

No referencial teórico, abordaremos o histórico de formação médica nacional e internacional, e, paralelamente, a implantação de sistemas de saúde de acesso universal baseados em forte referencial na Atenção Primária à Saúde. Seguiremos analisando o desdobramento destas mudanças na assistência médica nacional e seu reflexo na construção das proposições da Diretrizes Curriculares para o curso de Medicina. Em sequência, avaliaremos os objetivos da Medicina de Família e Comunidade e seu papel como especialidade generalista de eleição para atuação na APS, bem como a sobreposição de valores e propostas inerentes à especialidade e marcadamente presentes e reforçadas nas DCN de 2001 e 2014.

Ao final do referencial teórico, avaliaremos a inserção prática das propostas das DCN dos anos de 2001 e 2014 em uma matriz curricular de um curso graduação em medicina de uma Instituição de Ensino Superior privada do Distrito Federal.

Na coleta dos dados, foram avaliados como os estudantes adaptam-se aos novos processos propostos para a formação durante a graduação médica, por meio da aplicação de questionário semiestruturado aos concluintes do curso de medicina de uma Instituição Superior Privada do Distrito Federal durante o primeiro semestre letivo de 2018.

A análise dos dados deu-se por meio de estatística descritiva e análise de conteúdo, com representações em gráficos e tabelas das escolhas pelas especializações feitas pelos concluintes do curso, avaliando numericamente a frequência de ocorrência de determinados eventos influenciadores da matriz na escolha pela especialização. Busca-se compreender a maneira com que estes alunos respondem à mudança no perfil de atuação ao longo do processo formativo e seu reflexo na escolha pela especialização em medicina generalista ou de família e comunidade.

O pesquisador do referido estudo é atualmente docente da Instituição avaliada, além de egresso do curso de medicina da mesma, possuindo trajetória de 10 anos de formado, e tendo sido exposto às influências curriculares da matriz médica, outrora do modelo dito “tradicional” ou flexneriano. Apesar da influência de um currículo tendencioso ao ensino de especialidades com atenção majoritariamente hospitalar, foi opção, contudo, pela especialização, trabalho e carreira pela APS local do Distrito Federal, cuja motivação principal deu-se pela possibilidade

da lide dos aspectos psicossociais do adoecimento das pessoas, a riqueza da prática da integração de diversos saberes médicos focais e tendo os atributos da longitudinalidade e vínculo como ferramenta de cuidado.

Almeja-se, como conclusão, provocar uma reflexão sobre os objetivos principais das DCNs em face às necessidades da população brasileira, dos serviços de Atenção Primária à Saúde e do Sistema Único de Saúde, em especial da necessidade da expansão de recursos humanos médicos para a Atenção Básica, e sua efetividade no alcance destes objetivos na amostra selecionada de estudo.

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 Contexto Histórico da Atenção Primária à Saúde: da concepção à realidade brasileira

Em 1920, o Relatório Dawson, elaborado por solicitação do Ministério da Saúde do Reino Unido, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar, em suas definições, o termo Atenção Primária à Saúde. Seu objetivo era, pela primeira vez, organizar os serviços de saúde de uma determinada região. Sob uma inédita perspectiva organizacional e regionalizada, os serviços de saúde em uma unidade geográfica previamente definida deveriam ser ofertados em uma rede hierarquizada local e em níveis crescentes de complexidade, unidos por fluxos de referência e contra-referência. Para cada território, haveriam uma organização de serviços para a atenção integral à população, apoiado por unidades de saúde primárias, localizadas em bairros e vilas, configuradas como o acesso primeiro aos serviços, contando com rede de serviços diagnósticos complementares e um hospital secundário em cidades maiores, para apoio especializado pontual e internações, conforme o fluxo estabelecido. Nas unidades primárias, os médicos seriam clínicos generalistas, trabalhando de forma autônoma ou contratados pelo sistema de seguro social (KUSCHINIR; CHORNY, 2010).

Nas décadas seguintes, o Relatório Dawson foi a base para a criação do sistema nacional de saúde inglês, tornando-se importante influenciador na reorganização de outros sistemas de saúde internacionais e forte referência da importância da implantação dos serviços de Atenção Primária (LAVRAS, 2011).

A partir da década de 1960, ocorre grande expansão da classificação dos serviços de assistência em saúde nos sistemas de saúde nacionais em todo o mundo, em acordo com o

caráter de ações ofertadas. O nível primário, cuja atenção médica é prestada de forma continuada e contextualizada ao usuário, constitui porta de entrada natural e preferencial para atendimento em toda a rede de saúde, independente da patologia que portasse. O nível secundário com atenção prestada por especialistas focais em determinadas áreas do adoecimento, devendo, a princípio, os usuários serem referenciados e regulados pelos serviços de atenção primária, e finalmente, a atenção terciária, apresentando maiores custos, altamente especializados e seletivo acesso (JANAUDIS, 2010).

No plano internacional, os modelos de assistência em saúde caracterizavam-se igualmente pela verticalização das ações realizadas, com predominância do caráter hegemônico da prática médica, cada vez mais especializada, com incorporação crescente de tecnologias com alto custo e intervencionistas em sua maioria, com pouco ou inexistente acesso por parte das parcelas mais carentes da população (CECCIM; FEUERWEKER, 2004). Os serviços de saúde internacionais apresentam, ainda, em sua maioria, predominância de ações curativistas da doença, fragmentados e individualizadas, abstendo-se da visão integral do ser humano e com menores potencialidades em satisfazer as necessidades reais em saúde das pessoas assistidas (MAIA, 2014; OLID *et al.*, 2012)

A fim de reverter este quadro vigente de incorporação crescente de custos em saúde, exclusão social e fragmentação da assistência, no ano de 1978 é realizada no Cazaquistão, antiga nação pertencente à União Soviética, a Conferência de Alma-Ata. Idealizada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância/Unicef. Essa Conferência tornou-se um marco para a Atenção Primária à Saúde mundial. Contou com a presença de delegações de 134 países, tendo o governo brasileiro não participado das discussões na ocasião. Nela, introduziu-se o conceito e foi estabelecida a Atenção Primária em Saúde como prioritário modelo de atenção para a organização da assistência e oferta de serviços de saúde por parte da maioria dos governos nacionais. Em sua concepção original, este nível assistencial deveria assumir função central e principal dentro dos sistemas nacionais de saúde, com potencial resolutivo da maior parte dos agravos em saúde de uma população, em caráter de fácil acesso, universal e equitativo, coordenando o cuidado do usuário em toda a rede de saúde nacional, com custo-efetividade para o Estado (WHO, 1978). Nos países em desenvolvimento, deve configurar-se também como parte integrante dos processos de enfrentamento das desigualdades socioeconômicas existentes, visando ao alcance de um melhor nível de saúde para famílias e comunidades, permitindo a vida social e economicamente produtiva de seus indivíduos (STARFIELD, 2002). Em seu relatório final, foi definida a meta “Saúde para todos

no ano de 2000”, concluindo que a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como a chave para o alcance de grau aceitável de saúde para todos os povos (WHO, 1978). Seu conceito foi definido como:

Atenção Essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WHO, 1978, p.03).

Entre seus objetivos, estão a formulação de uma estratégia mundial de enfrentamento das necessidades em saúde nos âmbitos individual e coletivo, incorporando, além da dimensão biológica, o enfrentamento dos determinantes sociais, econômicos, psicológicos e espirituais em saúde, com garantia de ampla cobertura e acesso universais, participação comunitária na tomada de decisões e uso racional de tecnologias cientificamente adequadas, sendo estas estratégias primordiais para organização dos sistemas de atenção à saúde e para obtenção de efetiva promoção em saúde em todas as sociedades (STARFIELD, 2002).

No Brasil, com a construção da assistência médica de cunho previdenciário, na qual apenas contribuintes e seus dependentes possuíam garantias de assistências à saúde por meio dos serviços do Instituto Nacional de Assistência à Pervidência Social, com ações predominantemente caráter médico-hospitalares, com foco curativista e cuidado pontual (MENDES, 2013). Com o processo de redemocratização do país durante a década de 1980, a promulgação da Constituição Federal Brasileira assegurou, em seu artigo 196, que:

[...] a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988b, p. 130).

Esta definição contrapõe-se ao modelo biomédico (flexneriano) vigente até então, norteando-se pelo paradigma da integralidade (LAMPERT, 2002), e foi o marco inicial da criação do Sistema Único de Saúde, com a proposta de reger-se pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade, integralidade em todos os serviços ofertados. O SUS caracteriza-se ainda pelo dever em garantir a saúde de forma integral ao indivíduo, proporcionar atendimento de qualidade e que responda às principais demandas da população, assumindo

também o papel de ordenador da formação de recursos humanos adequados para a assistência à saúde brasileira, como assinalado no Artigo número 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988b).

Com o fortalecimento e avanço do processo implantação do SUS em âmbito nacional, ganhou notoriedade e destaque o papel da Atenção Primária à Saúde como ordenadora das redes de atenção e reorganização dos sistemas de saúde municipais, configurando-se como células-base da rede de saúde do SUS (BRASIL, 2010c). Criado em 1994, o Programa Saúde da Família inovou na forma de oferta de serviços primários em saúde, com características peculiares na carteira de serviços da atenção primária no país, entre eles a adscrição de clientela baseada em território, incorporação de agentes comunitários de saúde, participação e atuação em conjunto com equipes de saúde bucal e outras categorias profissionais em equipes multidisciplinares (BRASIL, 2006h). Seu sucesso em ofertar assistência em saúde primária de qualidade culminou, no ano de 1998, a mudança para a denominação Estratégia Saúde da Família, adquirindo estatura de não mais um programa focal em saúde, mas uma estratégia nacional e permanente para a assistência em saúde no país. (BRASIL, 1998i)

Em vistas da consolidação e padronização organizacional da Atenção Primária à Saúde brasileira, a ser ofertada por meio da Estratégia Saúde da Família, foi publicada, no ano de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde, que definiu esta atenção em saúde como:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. [...] é realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes (...) e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização (BRASIL, 2006h, p. 08).

1.1.2 Formação Profissional Médica no Brasil e estruturação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina

Historicamente, a formação médica no Brasil e na maior parte dos países, encontrava-se, até poucos anos atrás, voltada para o tradicional “modelo biomédico”, caracterizado pelo conhecimento eminentemente anátomo-clínico dos agravos de saúde, com forte referencial para tratamento das doenças quando já instaladas no organismo. A forte concepção que as doenças

se configuravam com manifestações, por meio de sinais e sintomas, decorrentes da presença de anormalidades teciduais provocadas pela ação de agentes agressores específicos prevalecia. Ao longo dos séculos XIX e XX, os estudos voltados para a compreensão e intervenção nos processos biológicos determinantes das doenças ganhou notório impulso, alavancado pelas recém-descobertas microbiológicas de Louis Pasteur (1822-1895) e Robert Koch (1843-1910), reforçando a concepção da origem celular das doenças e o aprimoramento das terapêuticas cujo foco centrava-se na remoção de seus agentes agressores (BARROS, 2002).

Neste contexto de avanços no campo das pesquisas biomédicas em saúde, é publicado nos Estados Unidos, o Relatório Flexner (1910), de autoria do educador norte-americano Abraham Flexner da Universidade Johns Hopkins. Este dirigiu um programa de avaliação da educação médica nos Estados Unidos e propôs, no relatório que leva igualmente seu nome, um modelo de padronização do ensino médico, sendo amplamente divulgado e utilizado internacionalmente (ALMEIDA, 2010), tendo, entre suas principais propostas, o estímulo à docência e tempo integral, ao ensino laboral, expansão do ensino clínico predominantemente em hospitais, estímulo à especialização médica e ênfase em pesquisa biológica (FLEXNER, 1910). Este relatório provocou uma revolução na educação médica, com forte reorientação das suas bases científicas e de ensino, trazendo benefícios inegáveis para a medicina (JANAUDIS, 2010), entre eles o estabelecimento de conexão causal das doenças infecciosas, o rápido crescimento das pesquisas de tratamentos que combatem diretamente o agente etiológico agressor e maior eficácia das medidas de profilaxia (MALAQUIAS, 2016). Entretanto, perdas vieram com a proposta de Flexner. O reforço e a clara centralização na busca pelo conhecimento eminentemente biológico do processo saúde-doença, em caráter reducionista do indivíduo, dividindo órgãos, tecidos, mente e corpo a serem estudados e tratados de forma isolada, provocaram a conseqüente perda da visão integral do ser humano e a inevitável fragmentação da assistência médica, tornando-se inerente estímulo às superespecializações dos egressos (LAMPERT, 2002). Este processo conduziu ao exponencial crescimento da compreensão e interesse científico do campo predominantemente biológico da pessoa, vista como portadora de patologias cujos agentes agressores teciduais ou celulares deveriam ser removidos, desencadeando a supervalorização das ciências com tecnologias avançadas e onerosas (DeMARCO, 2003). Acreditava-se ainda que para obter a qualidade do ensino no campo da medicina, as ciências básicas deveriam ganhar força e maior espaço na academia, fomentando a criação de departamentos de conhecimentos médicos focais nas universidades (FLEXNER, 1910). Esse cenário conduziu a fragmentação do ensino médico em subáreas especializadas,

com eliminação do perfil generalista na academia e forte incentivo para as futuras especializações focais pelo médico. O modelo de formação e assistência intitulado “biomédico” transformou-se no norteador da prática profissional em medicina em todo o mundo (CECCIM; FEUERWEKER, 2004). Durante o desenvolvimento dos processos formativos da graduação, os docentes assumiam o papel como únicos detentores do conhecimento e transmissores de maneira vertical dos saberes em saúde aos acadêmicos (OLIVEIRA, 2008).

As tendências emergentes de ensino do início do século XX influenciaram e reorientaram significativamente a prática médica das décadas seguintes, favorecendo e influenciando igualmente uma atenção em saúde fragmentada do ser humano e em caráter curativista. A construção de saber médico superespecializado e com disciplinas fragmentadas não pode ser desprezado em suas conquistas e avanços científicos, tornando-se força motriz ao imprimir uma concepção tecnicista às ações médicas e ampliação da compreensão da fisiopatologia dos agravos e do conhecimento de dimensões específicas na etiologia das doenças (CECCIM; FEUERWEKER, 2004). Entretanto, é certo que favorece a perda da integralidade do cuidado e visão do contexto em que se insere o indivíduo, sua família e comunidade, com prejuízo das ações de caráter generalista das multidimensões de ordem biológicas, psicológicas, sociais e espirituais que envolvem o indivíduo sob assistência, deixando de contemplar a atual necessidade de assistência em saúde da população (LAMPERT, 2002; GONZALEZ; ALMEIDA, 2010).

Este cenário de formação e prática médica ao longo do século XX conduziu a alienação do médico em relação ao sofrimento da pessoa enferma (DeMARCO, 2003), em sua maioria abdicando-se da busca do conhecimento e intervenção sobre as particularidades sociais, psicológicas e espirituais inerentes ao indivíduo que permeiam e o envolvem no processo de adoecimento.

Na graduação médica, esse processo desenvolveu-se de forma a incentivar a fragmentação de grandes áreas de conhecimento médico em múltiplas especialidades e disciplinas de áreas de conhecimento focais, compostas em currículos divididos em ciclo básico e clínico, realizados predominantemente em laboratórios e hospitais, centrados no caráter biológico da doença, com pouca ou inexistente interação com o social e o comunitário, não sendo considerados como parte do processo saúde-doença (LAMPERT, 2002; PAGLIOSA; Da ROS, 2008; ALMEIDA, 2001). Incluía-se, após a graduação, o incentivo para especializações precoces e focalizadas em áreas específicas de atuação, contribuindo para esta perpetuação da

fragmentação da assistência e perda da visão integral do indivíduo. (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010).

No Brasil e no mundo, as rápidas transformações das sociedades em seus aspectos culturais e sociais, notoriamente aumento da urbanização, redução da taxa de natalidade, aumento da morbidade e envelhecimento da população (MACINKO *et al.*, 2006), provocaram a necessidade de ajustes para atender as novas demandas assistenciais em saúde, sendo a Atenção Básica uma resposta para essas demandas emergentes no campo da saúde (STARFIELD, 2002; ANDERSON *et al.*, 2007). Recursos humanos necessários para sua expansão e qualidade da assistência na Atenção Básica tornam-se fundamentais, e constituem etapa estruturante de fortalecimento da ESF. Universidades e faculdades públicas e privadas assumem importância neste processo. Considera-se ainda que a educação superior não apresenta somente o objetivo de instrução e capacitação profissional, mas tem igual importância o comprometimento com estratégias de adaptação a estas novas demandas emergentes (CARACCIO *et al.*, 2014). Para a formação profissional médica, deseja-se que os egressos sejam capazes em responder às novas demandas em saúde, formados no modelo da integralidade, e, assim, virem ao encontro das necessidades da população (LAMPERT, 2002), tornando-se agentes transformadores da realidade na qual estão inseridos, sendo hábeis em intervir nas múltiplas dimensões dos condicionantes da saúde humana – biológica, social, psicológica, familiar, espiritual - contribuindo com a construção de um padrão de oferta com alta resolutividade e qualidade de serviços para a população. Outro importante papel das Instituições de Educação Superior é a contribuição permanente na elaboração de políticas públicas de saúde abrangentes, por meio de pesquisas que possam refletir as reais necessidades em saúde das populações assistidas em âmbito individual e comunitário, almejando a construção de uma sociedade mais justa e fraterna.

A partir destas significativas mudanças nacionais e internacionais no campo da assistência, organização dos serviços de saúde e educação médica ocorridas nas últimas décadas, os Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil pactuaram ações em conjunto a fim de propiciar a aprovação e instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais para os 14 cursos da área da saúde, publicadas no Diário Oficial da União em 03 de Janeiro de 2001 (BRASIL, 2001f), indicando a necessidade de ajustes na formação de recursos humanos para atuação nos serviços públicos de saúde.

As Diretrizes Curriculares Nacionais consistem em um referencial para a organização da formação em saúde no Brasil contemporâneo, em consonância com os princípios norteadores

do Sistema Único de Saúde e com as necessidades da população, particularmente da Atenção Primária em Saúde, ainda em franco processo de expansão. Promove igualmente uma ruptura do modelo de formação médica flexneriana hegemônica no país, reafirmando o papel do profissional de saúde perante o SUS, com práticas voltadas para as necessidades integrais dos indivíduos (BRASIL, 2014e). Reforça ainda a oferta do ensino preferencialmente em cenários da Atenção Primária, conjuntamente às equipes multiprofissionais, prestando serviços de saúde de forma integral a indivíduos e famílias da comunidade ao qual estão inseridas. Há ainda o incentivo para implantação e utilização de metodologias de aprendizagem com participação ativa do estudante, visando a construção do conhecimento baseados na observação necessidades locais em saúde (BRASIL, 2001f), em caráter reflexivo das ações a serem prestadas.

No ano de 2013, é sancionada Lei Federal número 12.871, instituindo o Programa Mais Médicos. Configura-se, entre outros objetivos, voltar-se à ampliação da oferta de serviços primários em saúde, como ferramenta ordenadora da formação médica brasileira, ao instituir, em seu corpo legislativo, o aprimoramento da formação médica no país, incentivando maior treinamento prático durante o processo de formação médica, com foco preferencial na Atenção Básica. Entre suas medidas, destaca-se a ampliação da inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sob a ótica da realidade da saúde da população brasileira; fortalecimento da política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; aperfeiçoamento dos médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do país na organização e no funcionamento do SUS; estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país; promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento e provisão de médicos na área de atenção básica em saúde (BRASIL, 2013i).

Em sequência à lei do Mais Médicos promulgada no ano anterior, em 2014 as DCN para os cursos de graduação em Medicina foram reafirmadas e publicadas pelo Ministério da Educação (MEC), mantendo as propostas já estabelecidas em 2001 e, orientando-se pela Lei do Programa Mais Médicos. Reforçou o caráter da Atenção Básica como cenário preferencial de práticas formativas no SUS, em vista de seu alto potencial resolutivo, e por configurar-se como porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde nacional. Para o alcance destes objetivos, é preconizada a inserção do estudante de medicina na rede de serviços de saúde desde as séries iniciais da formação, a ser mantida ao longo de todo o curso em formatos de eixos de inserção comunitária, oportunizando a vivência de problemas reais e recorrentes da

comunidade, propiciando ao discente assumir responsabilidades e conhecimento crescentes ao longo da graduação; realizar ações de gerenciamento e administração dos serviços de saúde; ampliação da carga horária de estágio curricular obrigatório em regime de internato a serem desenvolvidas na Atenção Básica e Urgências, devendo estes cenários corresponderem a 30% do total das atividades de internato, centralizando de forma mais intensa o ensino para a Atenção Básica e em Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2014g) A formação médica assume o potencial de desenvolver o caráter generalista, humanista, com postura crítica e reflexiva dos processos de trabalho, incorporando responsabilidade social, defesa da cidadania, dignidade humana e saúde integral dos indivíduos atendidos. É ainda proposta a obrigatoriedade da implantação das modificações previstas na DCN de 2001 nas Instituições de Ensino Superior de todo o país, estabelecendo o prazo do ano de 2018 para o cumprimento total das suas normativas (BRASIL, 2014e).

1.1.3 A Medicina de Família e Comunidade no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, em seu artigo vigésimo quarto, estabelece o entendimento de que a Medicina Geral de Família e Comunidade é a especialidade mais apropriada para a prestação de cuidados no âmbito da atenção primária à saúde (BRASIL, 2014g). O forte incentivo para aplicação de conceitos e práticas da medicina de família e comunidade na estrutura curricular das escolas médicas, envolvendo o estudante, desde os semestres iniciais do curso, na vivência da assistência comunitária, possibilita o desenvolvimento a perspectiva do cuidado ampliado, humanizado, reflexivo e integral em saúde (ANDERSON *et al.*, 2007; RONCOLETTA, 2010).

Incorporando os princípios que regem o sistema nacional de saúde do país, focados na integralidade da assistência e contextualização da atenção em saúde às necessidades individuais e comunitárias regionais, a especialidade Medicina de Família e Comunidade traduz-se pela incorporação plena dos princípios propostos pelo SUS.

Segundo proposta pelo WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), a seguinte definição para o Médico de Família e Comunidade foi estabelecida no ano de 1997:

É o profissional responsável em proporcionar atenção integral e continuada a todo indivíduo que solicite assistência médica, podendo mobilizar para isto outros profissionais da saúde, que prestarão seus serviços quando for

necessário. Aceita qualquer pessoa que solicite atenção, ao contrário de outros profissionais ou especialistas, que limitam a acessibilidade de seus serviços pela idade, sexo e/ou diagnóstico dos pacientes. Atende o indivíduo no contexto da família e a família no contexto da comunidade de que está inserido. É competente clinicamente para proporcionar a maior parte da atenção que necessita o indivíduo, considerando sua situação cultural, sócio-econômica e psicológica “. Diz ainda a definição proposta que “o médico de família e comunidade é o especialista que atende os problemas relacionados com o processo saúde-enfermidade, de forma integral, contínua e sobre um enfoque de risco, no âmbito individual e familiar. Com uma visão holística leva em consideração o contexto biológico, psicológico e social, reconhecendo que a enfermidade está fortemente ligada à personalidade e à experiência de vida da pessoa. Entende a enfermidade como parte do processo vital humano, incluindo as dimensões relacionais, ambientais e espirituais e reconhecendo a singularidade de cada pessoa em cada contexto na qual sua vida transcorra” (WONCA, 1997).

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade médica que abrange oferta de cuidados gerais às pessoas saudáveis ou doentes, nas condições prevalentes de saúde de uma população, independente de sexo, faixa etária ou órgão acometido. Diferentemente do antigo generalista atuante, o médico de família e comunidade possui um conjunto de conhecimentos próprios e um campo de atuação específica, a Atenção Primária (McWHINNEY, 1997). Reconhecida pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina desde 1976, foi uma das primeiras especialidades médicas oficializadas pela Comissão Nacional de Residência Médica desde 1981. Rege-se pelos atributos da integralidade da assistência, sejam eles biológicos, psicológicos ou socioculturais dos indivíduos assistidos, pela longitudinalidade do cuidado, coordenação dos serviços de saúde a serem ofertados e garantia da acessibilidade à todos, saudáveis ou doentes, que necessitem de atenção em saúde. Têm ainda a Atenção Primária como campo preferencial de atuação dentro dos sistemas de saúde, sendo componente primordial deste sistema (STARFIELD, 2002).

Baseados em seus princípios e recomendações formalizados pelo WONCA e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, a especialidade Medicina de Família e Comunidade tem por objetivos:

1. atuar na APS de forma preferencial, a partir de uma abordagem que integra conhecimentos biológicos, socioculturais e psicológicos na compreensão do processo saúde-adoecimento e no cuidado a ser ofertado;
2. desenvolver ações integradas de promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito individual e coletivo;
3. priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para comunidade;

4. coordenar os cuidados prestados em saúde para indivíduos, famílias e comunidades, referenciando, sempre que necessário, para outros níveis do sistema;
5. atender, com qualidade e resolutividade, cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a uma população, em perfil generalista, independente de sexo ou faixa etária;
6. desenvolver, planejar, executar e gerenciar, junto à equipe multiprofissional de saúde, programas integrais de atenção em saúde;
7. capacidade de utilizar metodologias de autoaprendizagem.

Por ter foco privilegiado na APS, é considerada especialidade médica estratégica na conformação e fortalecimento dos sistemas de saúde. No Brasil, após a implantação do Programa Saúde da Família, a Medicina de Família e Comunidade passou a ter grande visibilidade e tornar-se centro das atenções na assistência e formação médica, contribuindo para a reestruturação da própria medicina, adquirindo papel estratégico na construção de novos paradigmas em saúde (SBMFC, 2004).

Por suas atribuições, objetivos preconizados e campo de atuação preferencial na Atenção Básica, a especialidade Medicina de Família e Comunidade torna-se importante no processo de reorientação da formação médica preconizada pelas DCN para a graduação em medicina no país, havendo clara superposição de seus princípios e práticas frente às recomendações propostas pelas DCN, com forte potencial na transformação do sistema nacional de saúde, ainda fragmentado, para integral e integrado, com foco na abordagem generalista e humana, propiciando qualidade na assistência e facilitando o acesso por meio da APS, racionalizando o uso dos limitados recursos financeiros em saúde (ANDERSON *et al.*, 2007).

Em pesquisa realizada com estudantes da faculdade de medicina da Universidade Federal de Goiás em 2013, cuja matriz curricular adota o modelo flexneriano, verificou-se que, a despeito de importância da especialidade de Medicina de Família para o sistema público de saúde do país, somente 12,1% dos concluintes do curso manifestavam o desejo de se tornarem médicos generalistas e 71,6% dos estudantes da instituição não pretendem trabalhar na Estratégia Saúde da Família (FILISBINO; MORAES, 2013). Resultado semelhante é encontrado por inquérito em estudantes de medicina do quinto e sexto ano do curso de medicina que adotavam matrizes curriculares prévias às DCNs nas cidades de Salvador e Rio de Janeiro, nas quais a medicina de família não encontrava-se entre as 10 primeiras opções de especialização por parte dos estudantes (SOUZA, 2014; MACHADO *et al.*, 1997).

Nesse sentido, foram realizadas revisão bibliográfica recente, compreendendo os anos de 2006 à 2018, sobre os descritores: “Formação” ou “Graduação” e “Medicina de Família e Comunidade” nas bases nacionais e internacionais da Biblioteca Virtual em Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (BIREME / OPAS), a fim de encontrar estudos que apontassem variáveis presentes na graduação médica relacionadas com a escolha pela especialização em Medicina de Família e Comunidade. Foram encontradas 45 referências publicadas entre 2008 e 2017 no idioma português, das quais 9 correspondiam aos objetivos deste estudo. Foram excluídos artigos que, apesar de apresentarem as palavras-chave mencionadas, não abordavam fatores influenciadores das matrizes curriculares dos cursos de graduação na influência pela escolha futura da especialidade.

Independente da matriz curricular vivenciada pelos acadêmicos, os motivos encontrados pela desmotivação em seguir carreira na Medicina de Família e Comunidade mais frequentemente encontrados foram baixa remuneração no âmbito da APS brasileira e pouco prestígio da especialidade no país (SCHEFFER *et al.*, 2018). Dos fatores determinantes na graduação, foram encontrados correlação direta com presença de estágios obrigatórios em APS e experiências longitudinais na APS ao longo da graduação como potencializadores pela escolha da MFC, mas não sendo capaz, por si só, de provocar a escolha pelo trabalho e especialização na APS. Por outro lado, entre os fatores desestimulantes na graduação, nota-se com frequência os relatos sobre a carência de conhecimentos inerentes à especialidade nas instituições de ensino e influência da cultura médica na região. Observa-se ainda que cerca de 80 a 90% não pretendem trabalhar com medicina generalista de forma definitiva e como carreira profissional continuada (MAEYAMA; ROS, 2018; COSTA *et al.*, 2014; NETO *et al.*, 2009; MELLO *et al.*, 2009).

Acrescenta-se ainda que, a despeito dos fatores negativos já consolidados na literatura pela influência e escolha pela medicina de família e comunidade como carreira médica, a percepção do estudante sobre a especialidade e valorização da mesma tendem a ser reforçadas de forma significativa quando ocorrem vivências curriculares relacionados à Atenção Básica e experiências práticas relacionadas à especialidade (OLID, *et al.*, 2012).

Pela publicação das novas DCN de 2014, almeja-se reorientar e reforçar o perfil do graduando na escolha pela especialidade Medicina de Família e Comunidade e sua opção por atuação nos serviços primários de saúde do SUS, como traz em seu artigo número 24, tornando-se estratégia na busca em formar profissionais para o SUS, qualificando e aumentando a resolubilidade do próprio SUS, por meio da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2010f;

BRASIL, 2014e; STARFIELD, 2002;), conforme preconizado pela OMS em Alma-Ata do alcance de saúde para todos por meio do desenvolvimento da APS (WHO, 1978).

1.1 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar os fatores relacionados ao ensino de medicina na escolha pela Medicina de Família e Comunidade e das especialidades focais pelos concluintes de uma Instituição de Ensino Superior privada do Distrito Federal.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Identificar o perfil do estudante concluinte de uma Instituição de Ensino Superior privada do Distrito Federal que adota as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais.

2. Analisar a relação entre a matriz curricular, a vivência na graduação e escolha das especialidades pelos seus estudantes concluintes.

3. Identificar os fatores do currículo do curso de medicina de uma Instituição de Ensino Superior privada do Distrito Federal que adota as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais na influência pela escolha pela Medicina de Família e Comunidade e das especialidades focais pelos concluintes.

1.3 METODOLOGIA

1.3.1 Contextualização da Pesquisa

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, no ano de 2018, o Distrito Federal apresentava 69% cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família compostas com médico generalista ou de família e comunidade. Esse dado representa a necessidade de avanços na ampliação e criação de novas equipes de Saúde da Família, visando responder ao princípio doutrinário da universalidade do acesso. Para o alcance de plena cobertura dos serviços de Atenção Primária em 100% da população residente, no ano de 2018, isto representaria consistir 229 novas equipes de saúde da família no DF, que até o

dado momento não apresentam médicos em sua composição. Reforça assim a necessidade de recursos humanos formados e capacitados para assistência no nível primário em saúde local

Atualmente, existem no Distrito Federal cinco faculdades de medicina, entre elas duas instituições públicas e três privadas, sendo estas últimas três escolas privadas responsáveis pela formação de aproximadamente 74,4% dos concluintes do curso de medicina em Brasília-DF (CFM, 2017).

O Projeto Pedagógico do Curso de medicina da instituição na qual a pesquisa foi desenvolvida apresenta organização curricular que aborda uma íntima articulação entre teoria e prática, desenvolvidos em módulos horizontais de Interação Comunitária, Habilidades Profissionais e Módulos Tutoriais, já previstas pelas DCN de 2001 (BRASIL, 2001f). Do primeiro ao oitavo semestre do curso, estes eixos estão delineadas por atividades práticas integradas com o sistema de saúde local, em âmbito comunitário e regional, nos seus mais diversos cenários de assistência à saúde da comunidade local, promovendo a participação de discentes e docentes nos processos de territorialização em saúde, assistência integral às famílias em todas as fases de seus ciclos de desenvolvimento humano e as doenças prevalentes na comunidade local, por meio de visitas domiciliares e atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde conveniadas.

Fundamenta-se como abordagem pedagógica da Instituição, o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com adoção de pedagogia basicamente interativa e reflexiva (BORDENAVE; PEREIRA, 2002), em consonância com as propostas das DCN (BRASIL, 2001f; BRASIL, 2014g). As metodologias ativas de ensino-aprendizagem são formas didático-pedagógicas de orientar o aprendizado pela busca da solução dos problemas reais vivenciados pela comunidade ou por meio de simulações realísticas realizadas no campus universitário, em pequenos grupos de estudantes e sob a supervisão de um docente, cujo papel é observar e direcionar o raciocínio dos acadêmicos para a solução do caso proposto ou incentivando-os na busca de fontes bibliográficas de estudo para o mesmo (CARABETTA, 2016). No âmbito da graduação de medicina, dão-se por meio de situações e casos clínicos, procedimentos ou treinamento de habilidades médicas gerais (BRASIL, 2014g). O estudante passa a ser o centro do processo de ensino-aprendizagem, tornando-se protagonista de seu próprio processo de formação, conforme reafirmado pelas Diretrizes Curriculares (BRASIL, 2014g).

A utilização de aprendizagem baseada em problemas norteia todas as disciplinas do curso, que são desenvolvidas por meio de três eixos horizontais do primeiro ao oitavo semestre do curso de graduação, excluindo-se o internato, a saber: Interação Comunitária, Habilidades

Médicas e Módulos Tutoriais /Morfofuncionais. Sua disposição organizacional pode ser assim representada:

Quadro 1-Matriz Curricular do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior Privada do Distrito Federal

Período	Interação Comunitária	Módulos Tutoriais	Habilidades Médicas	Morfofuncional
1	Território	Metabolismo	Anamnese e Exame físico	I
2	Redes de Atenção	Imunologia	Epidemiologia	II
3	Saúde da Criança	Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento IV Percepção e Consciência	Criança	III
4	Saúde da Mulher	Fere, Inflamação e Proliferação Celular Saúde da Mulher	Mulher	IV
5	Saúde do Adolescente	Dor Torácica e Dor Abdominal Perda de Sangue	Adolescente	
6	Saúde do Idoso	Dor Fadiga e Perda de Peso Envelhecimento	Idoso	
7	Saúde do Homem	Desordens Nutricionais Emergências Motricidade e Locomoção	Homem	
8	Saúde Mental	Distúrbios Sensoriais e Comportamentais Cuidados Paliativos	Mental	
9		Internato - Saúde Mental Internato - Saúde da Mulher Internato - Gestão da Saúde		160 h 380 h 160h
10		Internato – Clínica Cirúrgica Internato – Urgência e Emergência		280 h 440 h
11		Internato – Saúde do Adulto Internato – Saúde da Criança		380 h 380 h
12		Internato – Medicina de Família e Comunidade Internato - Eletivo		440 h 300 h

Fonte: Matriz Curricular do Curso de Medicina da IES no DF

Por meio do eixo de interação comunitária, são desenvolvidas práticas comunitárias em equipes multiprofissionais de saúde da família, cujo foco constitui a abordagem de situações clínicas prevalentes nos diversos ciclos de vida do ser humano. Cada semestre do curso apresenta um grupo populacional específico a ser assistido no âmbito da APS, por meio de consultas ambulatoriais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) locais e por meio de visitas domiciliares. Inicialmente simuladas em ambiente protegido de laboratório, as visitas domiciliares adquirem carga horária predominante para as vivências práticas, por parte do estudante, para os problemas reais e comuns existentes na comunidade assistida pela IES, sintonizando com as necessidades sociais locais. Essa interação academia-comunidade nos cenários de prática de uma cidade satélite do Distrito Federal, onde a IES está inserida, provoca e incentiva a busca de soluções em saúde com os recursos disponíveis nas próprias Unidades Básicas conveniadas e/ou na própria comunidade, viabilizando a abordagem interdisciplinar das questões em saúde envolvidas, tratando de maneira integral e reflexiva seus temas e conteúdos (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011; LUCK, 2004; BRASIL, 2001f). A interação comunitária ao longo de todos os semestres do curso reforça a Atenção Básica como campo preferencial para práticas de ensino (BRASIL, 2014e), tornando-se recomendação da diretriz normativa somente no ano de 2014. Destaca-se que na matriz curricular da instituição já havia sido implantada, desde o início do estabelecimento de seu curso de medicina no ano de 2002, o eixo longitudinal de práticas e inserção estudantil comunitárias do primeiro ao sexto ano do curso.

Os Módulos Tutoriais e Morfofuncionais são uma forma de organização curricular dos conteúdos teóricos do curso de medicina. Igualmente baseados em módulos de ensino dos problemas prevalentes em cada ciclo de vida (infância, adolescência, idade adulta, gestantes, idoso), abordando os agravos biológicos, psicológicos e sociais comuns e frequentes da comunidade em cada fase do desenvolvimento humano, evitam a fragmentação do ensino em conteúdos de especialidades focais. Seu foco é o ensino do diagnóstico e tratamento das principais patologias de cada ciclo de vida, propondo a integração dos temas teóricos e propiciando a integralidade do aprendizado e assistência (BRASIL, 2001f).

O terceiro eixo do curso de graduação em medicina da IES é denominada Habilidades Médicas. Ocorre igualmente por meio da metodologia de ensino ativa baseada em problemas e é ancorado no modelo biopsicossocial de reflexão dos problemas experimentados. (BRASIL, 2001f; BRASIL, 2014e). Este eixo caracteriza-se pela adição de capacidades cognitivas e técnicas ao modelo diagnóstico hipotético-dedutivo, aplicando e treinando diversas técnicas

semiológicas, complementando os raciocínios diagnósticos trabalhados nos módulos de tutoriais, com predominância para casos clínicos simulados da Atenção Básica.

A última etapa de curso configura-se com o internato médico. Trata-se de regime curricular obrigatório de estágio sob supervisão docente nos últimos 4 semestres do curso. A extensão de 30% da carga horária de estágio curricular obrigatório em regime de internato na Atenção Básica e rede de urgências incentiva, em grande parte, a prática e o perfil de formação com visão integral do ser humano (BRASIL, 2014g). É ainda coordenada por docentes da Instituição especialistas em Medicina de Família e Comunidade, igualmente preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2014g) e já em curso na IES, com nítida redução das práticas de treinamento hospitalares, mantendo o caráter reflexivo sobre sua própria atuação e sobre as particularidades e necessidades inerentes ao indivíduo e comunidade assistida (BRASIL, 2001f).

As Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS), cenários de inserção precoce e continuada de graduandos em medicina desde os primeiros períodos do curso, por meio das equipes multiprofissionais de Estratégia Saúde da Família (ESF), apresentam o potencial em proporcionar relevância para o ensino da medicina cuja matriz busca adaptar-se às prerrogativas propostas pelas DCN. Na medida em que a ESF é considerada o modelo de reorganização da Atenção Primária à Saúde e princípio ordenador de toda a rede do SUS, tê-lo como campo de ensino fomenta seu fortalecimento e interesse acadêmico (BRASIL, 2006e; BRASIL, 2010c).

O curso de Medicina, por meio do seu projeto pedagógico proposto, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) de regionalização e hierarquização dos serviços, e em acordo com as propostas das DCN de 2001 e 2014, oportuniza ao estudante de medicina conluente as competências clínicas, habilidades psicomotoras e atitudinais desejadas para o trabalho na Atenção Básica em Saúde, reorientando a IES pela busca da adequação de ensino-assistência ao perfil epidemiológico e sociocultural da região de abrangência do curso, por meio da inserção comunitária continuada discente-docente.

Necessário se faz registrar que, apesar da complexidade e obstáculos inerentes do contexto da IES em questão para a adaptação da matriz curricular de graduação, outrora com componentes flexnerianos, em uma nova matriz alinhada às novas propostas de formação médica exigidas pelo MEC por meio da DCN, a implantação e implementação das mesmas já se configura, tanto do ponto de vista do projeto pedagógico do curso, bem como em suas vivências reais de práticas, concretizadas e incorporadas aos processos de ensino, por meio da adoção de metodologias ativas, internato abrangente em APS e de Gestão em Saúde, disciplinas

com atividades de reflexão das necessidades comunitárias e presença de docentes especialistas em MFC, conforme preconizado pela DCN de 2014 (BRASIL, 2014g), visando, dessa maneira e segundo a diretriz, reforçar de forma plena a reorientação o ensino da graduação para os princípios desta especialidade (BRASIL, 2014g).

1.3.2 Referencial Metodológico

No presente estudo optou-se por utilizar a abordagem quali-quantitativa como metodologia. A metodologia qualitativa-quantitativa proporciona a possibilidade em conhecer a subjetividade dos atores envolvidos e seus comportamentos (BARDIN, 2011; GIL, 2008). Nesta pesquisa, configura-se também como metodologia para quantificar as escolhas feitas pela medicina generalista ou de família e comunidade e analisar as vivências acadêmicas dos estudantes no processo de formação médica inserida na Atenção Básica à Saúde.

O estudo apresenta característica descritiva e analítica, observacional transversal. Caracteriza-se pela não intervenção nos indivíduos envolvidos da pesquisa, mas partindo da análise, de forma simultânea, dos fatores influenciadores de uma matriz com forte inserção em práticas e cenários voltados para a Atenção Básica à Saúde e repercussões na escolha da especialização futura por parte do estudante.

Utilizou-se pesquisa por meio de questões abertas e fechadas, objetivando a compreensão da prevalência dos eventos a serem aferidos e a subjetividade dos atores envolvidos, coletando dados objetivos e facilitando a interação com os informantes. A obtenção de informações de forma menos rígida e com respostas não condicionadas a uma padronização de alternativas facilitam a percepção das vivências dos processos em estudo. Foram avaliados na pesquisa os estudantes concluintes do sexto ano do curso de graduação em medicina de uma IES privada do Distrito Federal, coletados no próprio campus da instituição pelo pesquisador durante o primeiro semestre letivo de 2018, possibilitando a compreensão real das práticas acadêmicas curriculares realizadas na Atenção Básica à Saúde e seu grau de implantação.

Os participantes foram escolhidos por conveniência, sendo selecionados os estudantes concluintes do sexto ano do curso de medicina de uma Instituição de Ensino Superior Privada do Distrito Federal, que adota as propostas preconizadas pelas DCN 2001 e 2014, durante o ano letivo de 2018, quando da ocasião de término das atividades curriculares previstas no curso e após ocorrência de todos os processos avaliativos do curso. Foram incluídos aqueles alunos concluintes que, durante o processo de coleta dos dados, já haviam vivenciados todos os

processos de formação acadêmica na instituição, totalizando 66 alunos concluintes. Foram excluídos aqueles alunos que se encontravam em situação de reprovação de alguma disciplina anterior ao internato e aqueles que livremente recusaram a participação. Os estudantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, seguido de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

1.3.3 Campo de Estudo

O campo de estudo da pesquisa realizou-se no *campus* universitário na cidade satélite do Gama-DF, local de instalação do curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior privada do Distrito Federal

Essa instituição de ensino superior privada existente desde 1987, possui oferta de vários cursos superiores, predominantemente na área de saúde e localizada na cidade do Gama-DF. Seu curso de medicina foi autorizado para funcionamento no ano de 2002, com disponibilidade semestral de 80 vagas, mediante processo seletivo em vestibular a qualquer pessoa interessada em graduar-se em medicina. Possui em seu quadro 140 professores, com 70% sendo formado por mestres ou doutores. Sua estrutura física é composta de 12 laboratórios, entre eles habilidades, morfofuncional e análises clínicas, e como cenários de práticas reais, utiliza unidades da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal conveniadas, entre elas as Unidades Básicas de Saúde, Policlínica e o Hospital Regional do Gama-DF.

Quando da época da criação do curso de medicina da IES, o Distrito Federal possuía uma população de aproximadamente 2 milhões de habitantes (IBGE, 2001) e, na ocasião, havia somente uma instituição de ensino superior formadora de médicos em todo o Distrito Federal, subsidiando ao MEC a autorização pela criação deste curso e dos demais cursos de medicina hoje implantados na capital federal em outras IES estabelecidas, baseadas na relação médico/habitante na região e necessidades sanitárias locais (BRASIL, 2001f).

Almejando a expansão da oferta de serviços de Atenção Básica em todo o território nacional, a lei do Programa Mais Médicos, sancionada em 2013, prevê ampliação da oferta de vagas para a graduação médica, preferencialmente em áreas com carência de serviços básicos de saúde ou com menor relação médico/habitante, buscando o crescimento numérico e melhor distribuição de profissionais médicos no país, com objetivo principal em aumentar a oferta de serviços em Atenção Básica no SUS, a partir das ações formativas, de pesquisa e extensão (BRASIL, 2013i). Esta estratégia passa, necessariamente, pela expansão do número de vagas

dos cursos de medicina já estabelecidos no país e criação de novos cursos em locais prioritários. No Distrito Federal, este processo deu-se por ampliação exclusiva de vagas nas IES privadas, sendo a instituição avaliada na pesquisa a maior contemplada com a ampliação de vagas.

Em vista do objeto de estudo tratar da formação de profissionais em saúde, influências da matriz organizacional curricular que incorpora as recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais, e sua escolha posterior por parte dos concluintes pela atuação profissional na APS, o campo de estudo foi limitado a esta IES cuja matriz curricular, já no momento da pesquisa, havia incorporado e aproximado de forma clara a maior parte das mudanças propostas e recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais publicadas nos anos de 2001 e 2014.

A Instituição possui longa trajetória de 30 anos na formação de recursos humanos na área da saúde e, particularmente no Distrito Federal, conjuntamente com outras duas IES privadas existentes, é a responsável pela formação da maior parte dos profissionais médicos em Brasília, correspondendo a cerca de 75% do total dos egressos de medicina.

1.3.4 Procedimentos

O campo de trabalho e coleta das informações da pesquisa deu-se no *campus* universitário da IES.

Na primeira etapa, realizou-se pesquisa documental sobre a legislação organizacional e normativa para os cursos de medicina estabelecidos no país.

Na segunda etapa, a pesquisa documental deu-se sobre o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da IES, vigente no ano de 2018. O documento foi solicitado e disponibilizado pela coordenação do curso, autorizando a participação da instituição por meio do termo de Anuência (APÊNDICE B). Busca-se conhecer de forma profunda as dificuldades e avanços da incorporação das normativas das DCN na matriz curricular do curso.

Na terceira etapa, foram elaboradas as categorias de análise da pesquisa e construção dos questionários do tipo semiestruturado, a serem realizadas com os estudantes concluintes do sexto ano do curso, ao término do ano letivo de 2018.

Na quarta etapa, foram selecionados os estudantes participantes concluintes do sexto ano do curso de medicina, seguido de preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) para a participação na pesquisa

A quinta etapa correspondeu à aplicação dos questionários ao grupo selecionado. Após o aceite por parte do coordenador, foi agendado, em um horário conveniente, a aplicação do questionário. Os estudantes responderam ao TCLE e ao questionário após o término das atividades tutoriais teóricas semanais existentes na sexta série do curso de medicina, realizado no campus da própria instituição de uma cidade-satélite do Distrito Federal, quando da ocasião do término de semestre letivo do ano de 2018, bem como de todas as avaliações prevista do curso.

A sexta e última etapa da pesquisa deu-se pela análise de conteúdo dos dados coletados e observação do fenômeno em questão nos participantes selecionados, seguida de divulgação ampla dos resultados e discussão do mesmo.

1.3.5 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e análise de conteúdo. Foram feitas representações em gráficos e tabelas com as escolhas pelas especializações feitas pelos concluintes do curso e a frequência de ocorrência das vivências na Atenção Básica durante a graduação que apresentam potencial influenciador pela escolha na especialização em medicina de família e comunidade e demais áreas.

As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população e o estabelecimento de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação (GIL, 2008). Já a análise de conteúdo é considerada uma metodologia que parte da perspectiva quantitativa, analisando numericamente a frequência de ocorrência de determinados termos, construções e referências em um dado texto. A análise de conteúdo de Bardin constitui-se em técnicas pelas quais busca-se descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Desta forma, é composta por um conjunto de análises das comunicações e indicadores expostos, utilizando para tal, procedimentos sistemáticos de descrição dos conteúdos das mensagens, capazes em proporcionar a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e saberes, inferência essa que recorre a indicadores quantitativos ou qualitativos.

As categorias de análise foram divididas em cinco partes, a saber:

1) Fatores pessoais do concluinte do curso de medicina (idade, sexo, graduação prévia, renda familiar, existência de parentes de primeiro grau médicos e existência de especialidade médica a ser seguida após a formatura) e influência na escolha pela especialização em Medicina de Família e Comunidade e outras especialidades.

Nesta categoria, avaliamos fatores externos à matriz curricular que podem ter influência na escolha pela futura especialização. Foram consideradas e listadas aqui somente especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

2) Inserção precoce dos alunos em práticas na APS e influência na escolha pela especialização em Medicina de Família e Comunidade.

Esta categoria foi dividida em subcategorias, de forma a avaliar o grau de influência dos diversos cenários de práticas na APS, como práticas integrativas em grupos, realizações de assistência domiciliar, atividades ambulatoriais na ESF, atendimentos compartilhados com equipes multiprofissionais nas UBS e inserção precoce destes cenários desde as primeiras séries do curso.

3) Existência de estágio curricular em regime de internato abrangente em APS (30% do estágio total, segundo recomendação das Diretrizes Curriculares Nacionais) e influência na escolha pela especialização em Medicina de Família e Comunidade.

Foram avaliados importância de contribuição do internato de APS com carga horária ampliada na escolha pela atuação generalista ou em Medicina de Família e Comunidade.

4) Presença de docentes especialistas em Medicina de Família como coordenadores das vivências práticas comunitárias e influência na escolha pela especialização em Medicina de Família e Comunidade.

Nesta categoria, foram avaliadas a capacidade dos docentes da IES, na visão dos discentes, para fomentar a formação geral em saúde com foco generalista, a saber, desenvolvimento de capacidade reflexiva dos problemas vivenciados, capacidade em resolver 85% dos problemas de saúde prevalentes da população de uma cidade satélite do Distrito Federal, abordagem integral e centrada na pessoa e atividades de gerenciamento junto à equipe de saúde

5) Autopercepção das habilidades adquiridas, durante o curso de graduação, com enfoque para a prática generalista voltadas para a Atenção Básica.

Nesta última categoria, os egressos avaliaram o produto final das habilidades e atitudes almejadas e preconizadas pelas DCN dos anos 2001 e 2014.

1.3.6 Aspectos Éticos

Obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) localizado na cidade de Brasília-DF, mediante CAAE número 92507118700008027 na data de 06 de agosto de 2018, sob o Parecer número 2.802.801 (ANEXO A). Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) para autorização da coleta dos dados. Foram cumpridos todos princípios éticos dispostos na Resolução 466/2012 do CNS/MS.

Os riscos aos participantes da pesquisa são classificados como risco mínimo, devido ao fato de caracterizar-se pela aplicação dos questionários e não haver nenhuma manipulação de conduta ou intervenção nas variáveis sociais, educacionais ou comportamentais dos participantes do estudo. O risco limita-se a constrangimento em responder ao questionário proposto pelo docente do curso e pesquisador, em vista de tratar-se de uma autoavaliação de conhecimentos adquiridos e capacidade técnica adquirida na graduação como egresso médico, bem como pela avaliação da matriz curricular da qual cursaram.

Os benefícios apresentam potencial em adquirir uma maior da compreensão da experiência acadêmica dos estudantes de medicina na Atenção Primária à Saúde, e, igualmente, configurar-se como um estímulo para a autorreflexão individual dos egressos sobre suas capacidades profissionais de caráter generalistas adquiridas ao longo da graduação. Como consequência deste processo, busca-se futura ampliação da vivência curricular dos cursos de medicina na APS, cujo potencial é favorecer a formação de profissionais médicos melhores preparados para atendimento de forma integral e mais humanizada (MAEYAMA; ROS, 2018), sintonizados às necessidades sanitárias nacionais.

Foram obedecidos os princípios éticos, buscando-se evitar qualquer risco ou constrangimento aos participantes da pesquisa, em acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 466/2012 (BRASIL, 2012j). Os custos da pesquisa foram assumidos pelo próprio pesquisador e sem ônus para as instituições FIOCRUZ ou para o curso de medicina da IES.

2 RESULTADOS

Participaram do estudo 66 estudantes concluintes do sexto ano do curso de medicina, com 14 alunos não respondendo ao questionário (17,5% da amostra). A amostra foi composta majoritariamente por estudantes solteiros (88%), seguido de casados ou em união estável com seus cônjuges (10,5%) e divorciados (1,5%). Destes, 48% são do sexo feminino e 52% do masculino. São famílias compostas por renda familiar mensal declarada acima de 16 salários mínimos (46,6%), de 11 a 15 salários mínimos (24,2%), de 6 a 10 salários mínimos (18,7%) e abaixo de 5 salários mínimos (10,5%). Na sequência da obtenção de dados externos à matriz curricular que podem ter influência na escolha pela futura especialização. Interessante notar que, em sua maioria (84,8%), não possuíam pais médicos, diminuindo o grau de influência familiar pela escolha de especialização futura. Entretanto, 51% dos estudantes referiram existência de outros familiares médicos.

Dentre os participantes, o maior motivo da escolha por parte dos egressos, pelo curso de medicina e pela carreira médica elencado foi “desejo de infância”, com 23 respostas (37,1% do total), seguido do motivo de “desejo em ajudar ao próximo”, com 18 respostas (29%), “interesse pelas ciências do estudo do corpo humano”, com 8 respostas afirmativas (12,9%), “incentivo dos pais”, com 7 respostas (11,3%) e “estabilidade financeira e/ou qualidade de vida”, com outras 6 respostas (9,6%). Nota-se, portanto, a ausência de influência das especialidades médicas, entre elas a Atenção Primária e Medicina de Família, como motivador inicial pela escolha do curso de medicina neste estudo.

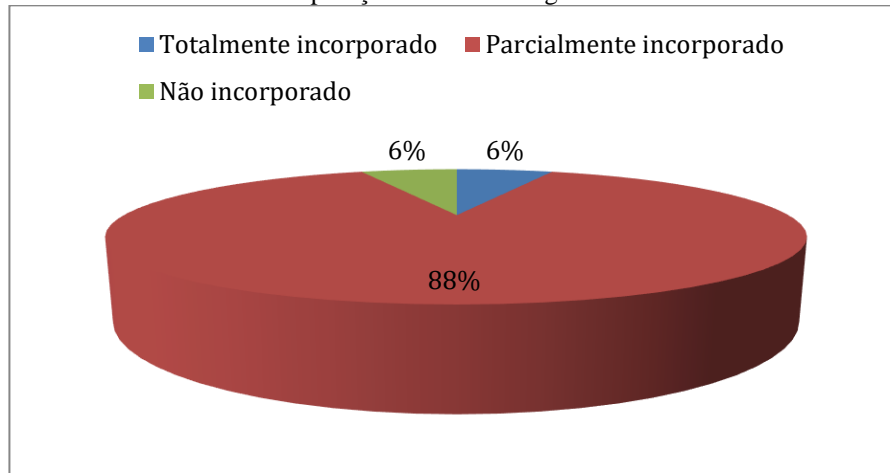
Na sequência, os questionamentos foram organizados conforme as categorias de análise descritas na metodologia relacionados à matriz curricular, a fim de avaliar os múltiplos aspectos da mesma voltadas e preconizadas para o estímulo da Atenção Primária à Saúde.

A segunda categoria avaliada deu-se sobre a inserção precoce dos alunos em práticas na Atenção Primária à Saúde no âmbito do curso de graduação. Dentro desta categoria, dividimos em subcategorias que caracterizam os aspectos das práticas na APS ao longo das primeiras 4 séries de graduação (pré-internato), preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos anos 2001 e 2014:

Capacidade Reflexiva do Aprendizagem e Prática Clínica: os alunos foram avaliados sobre a incorporação de metodologias ativas de aprendizagem em práticas na APS, que foi respondida como parcialmente incorporado por 88% dos estudantes (Gráfico 1). A predominância desse resultado obtido vêm mostrar, em suma, até qual ponto as metodologias

ativas de problematização são incorporadas na graduação em medicina após a publicação das normativas curriculares de 2001 e 2014 e sua capacidade em tornar os conteúdos significativos para os alunos, por meio do incentivo da reflexão sobre as realidades de saúde vivenciadas no âmbito do ensino e assistência.

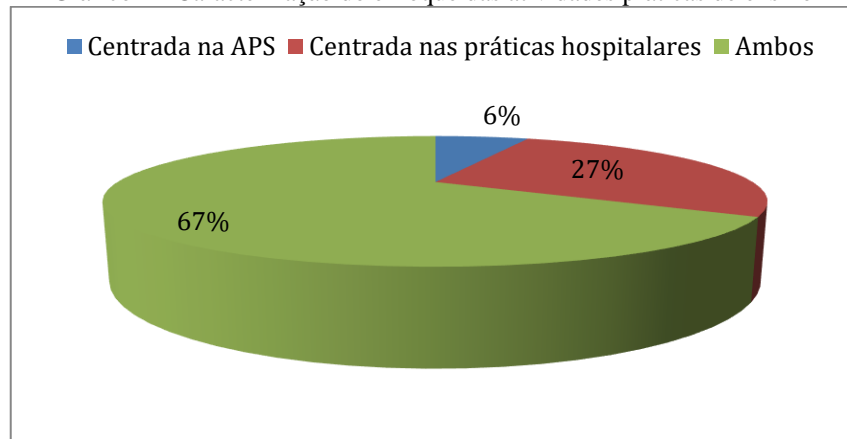
Gráfico 1 - Incorporação das metodologias ativas de ensino



Fonte: Questionário da pesquisa “Mudanças Curriculares da Graduação em Medicina”

Sobre os cenários de prática, os alunos identificaram o enfoque das práticas da graduação do primeiro ao quarto ano do curso, etapa pré-internato médico, avaliadas como predomínio em cenários da APS, hospitais ou sem predomínio de uma sobre a outra, obtendo a resposta de 67% dos respondentes acusando a ausência de predomínio de um cenário de prática sobre o outro ao longo da graduação (Gráfico 2). Evidencia-se aqui um equilíbrio, para a maior parte dos alunos, das experiências vivenciadas nos diferentes cenários de prática, refletindo ainda a presença importante do ambiente hospitalar nas práticas formativas de um curso de medicina, mas abrindo importante espaço para os cenários de cuidados primários em saúde, outrora limitados ou inexistentes.

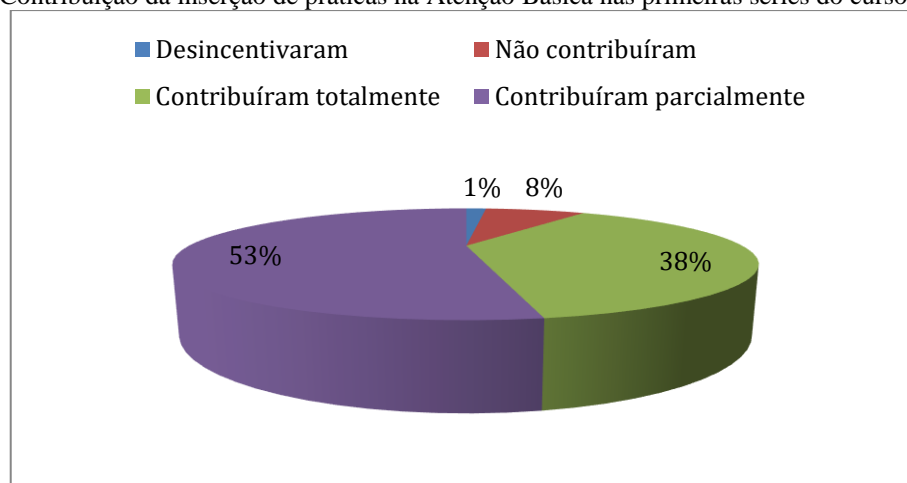
Gráfico 2 - Caracterização do enfoque das atividades práticas de ensino



Fonte: Questionário da pesquisa “Mudanças Curriculares da Graduação em Medicina”

No questionamento seguinte, ainda dentro da subcategoria cenários de prática, foram levantadas o grau de contribuição de práticas iniciais nas primeiras séries do curso em cenários de Atenção Básica para a formação generalista. Para 53% dos respondentes, as práticas contribuíram parcialmente para a formação generalista. No entanto, 38% da amostra acreditam que contribuíram totalmente para o perfil de egresso generalista (Gráfico 3) .

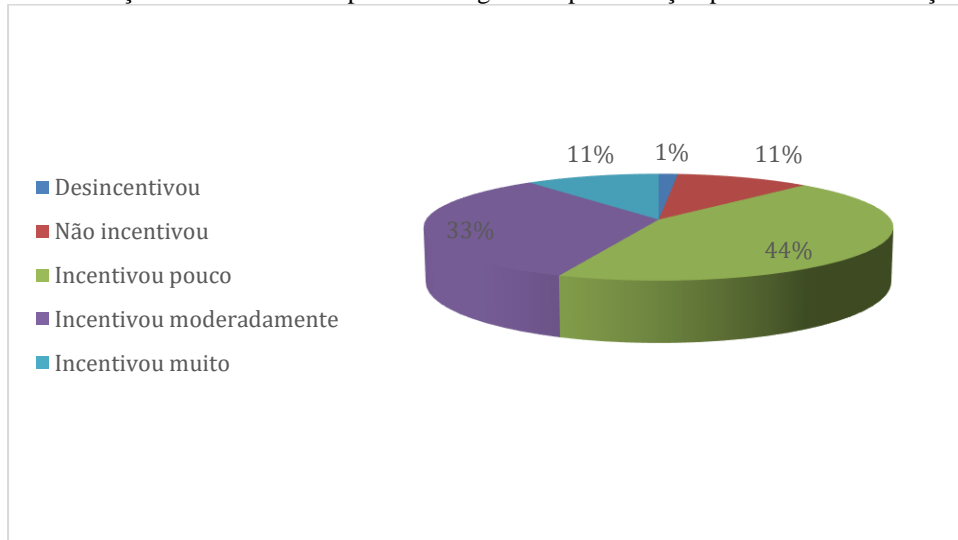
Gráfico 3-Contribuição da inserção de práticas na Atenção Básica nas primeiras séries do curso de medicina



Fonte: Questionário da pesquisa “Mudanças Curriculares da Graduação em Medicina”

Natureza do trabalho: em relação à segunda subcategoria do questionamento, foram avaliados o incentivo de práticas integrativas na graduação para o interesse futuro em Medicina de Família (Gráfico 4), obtendo 56% das respostas dos concluintes afirmando que o incentivo foi pequeno ou desincentivador de tais atividades para o fomento e o fortalecimento do interesse pela especialidade, contra 44% dos respondentes afirmando que as práticas integrativas incentivaram muito ou moderadamente.

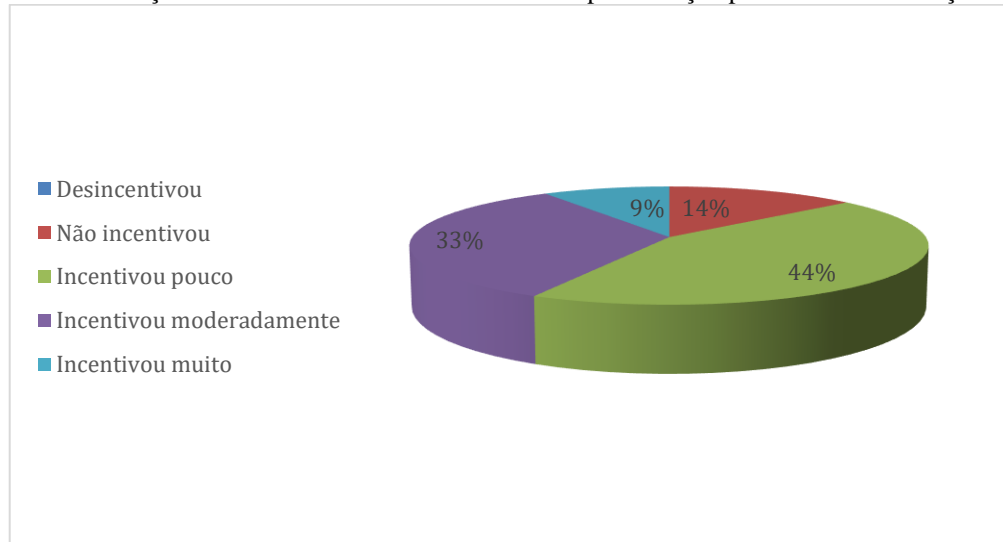
Gráfico 4-Avaliação do incentivo das práticas integrativas para atuação profissional na Atenção Básica



Fonte: Questionário da pesquisa “Mudanças Curriculares da Graduação em Medicina”

Nesta mesma subcategoria natureza do trabalho, foram avaliados o incentivo de práticas de visitas domiciliares no âmbito da Atenção Primária ao longo da graduação (Gráfico 5), sendo que 58% dos concluintes afirmaram que as mesmas pouco ou não incentivam o interesse em medicina de família.

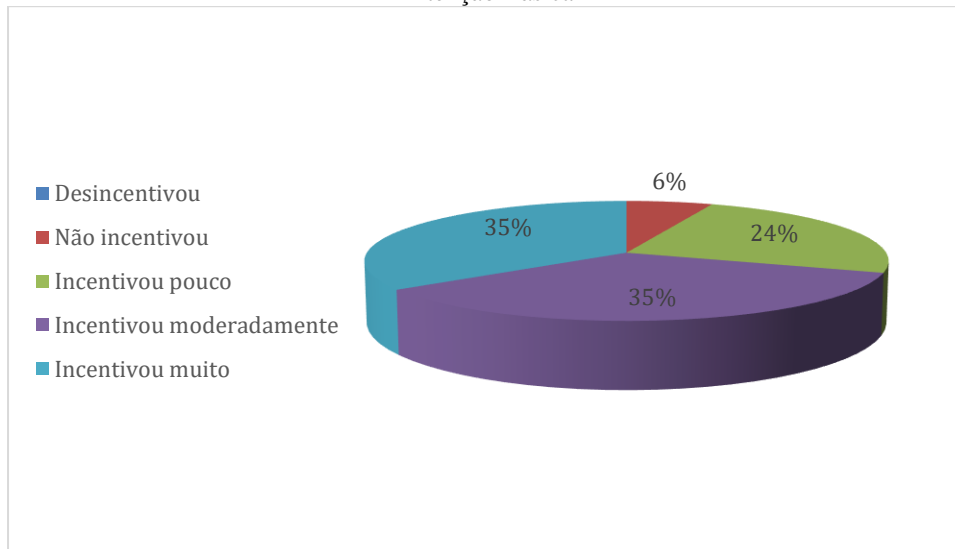
Gráfico 5-Avaliação do incentivo das visitas domiciliares para atuação profissional na Atenção Básica



Fonte: Questionário da pesquisa “Mudanças Curriculares da Graduação em Medicina”

O questionamento seguinte, dessa mesma subcategoria, deu-se, agora, sobre o incentivo das práticas ambulatoriais realizadas na APS como potencial fortalecedor do interesse pela Medicina de Família (Gráfico 6). Obtemos o resultado de 56% dos entrevistados referindo tais práticas como moderadamente ou fortemente incentivadora para a prática profissional futura na APS.

Gráfico 6-Avaliação do incentivo dos atendimentos ambulatoriais na graduação para atuação profissional na Atenção Básica

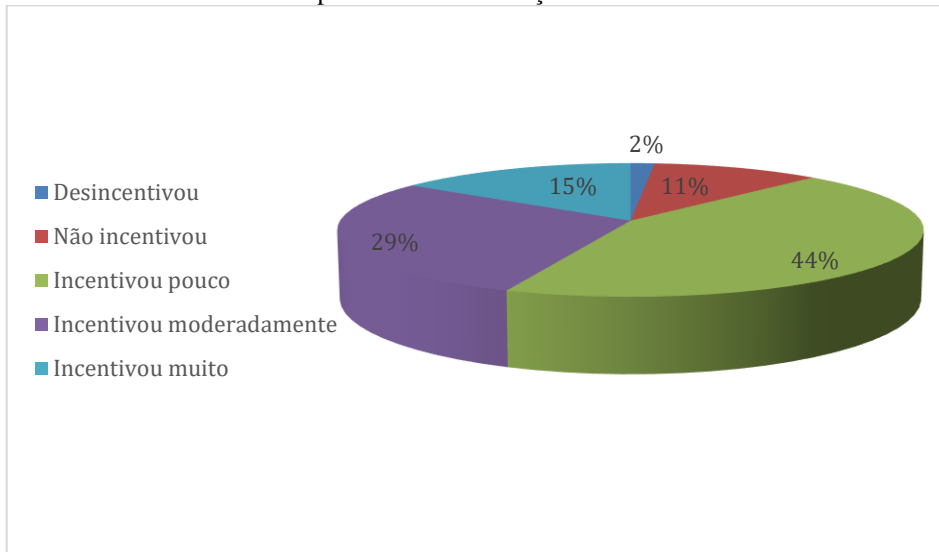


Fonte: Questionário da pesquisa “Mudanças Curriculares da Graduação em Medicina”

Adicionalmente, foram verificadas se outras vivências acadêmicas, não listadas nas questões fechadas, foram incentivadoras para a prática médica futura na Atenção Básica (Gráfico 7). Os 23 alunos da amostra indicaram outras vivências do curso de graduação com papel de potencial influenciador para a escolha futura da APS. Os demais não souberam elencar outras vivências acadêmicas possíveis de APS além das já vivenciadas. Dos 23 alunos que responderam, encontramos 10 respostas (43,45%) indicando que as práticas no formato de visitas técnicas às UBS aplicadas nas disciplinas do curso foram incentivadoras, seguido de participação em feiras e ligas acadêmicas de saúde (13%) e visitas a instituições filantrópicas (13%) como cenários importantes para o enfoque generalista. Outros cenários menos citados como fomentadores do incentivo para atuação generalista foram práticas hospitalares (8,6%) e o vivência no internato de Gestão (4,3%).

No último questionário da subcategoria “natureza de trabalho”, foram avaliadas a capacidade de incentivo para a atuação futura na APS pelas de atividades desenvolvidas junto às equipes multidisciplinares ao longo da graduação, sendo que 57% dos respondentes foram desfavoráveis para estas atividades como fortalecedoras do interesse pela MFC e da APS.

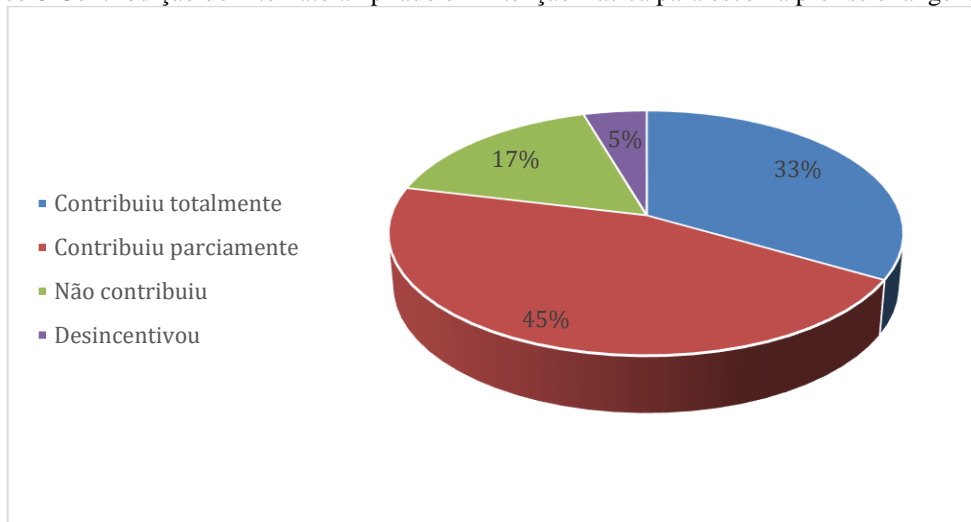
Gráfico 7-Avaliação do incentivo do contato com equipes multidisciplinares na graduação para atuação profissional na Atenção Básica



Fonte: Questionário da pesquisa “Mudanças Curriculares da Graduação em Medicina”

Na terceira categoria de análise avaliada, abordaram-se as vivências acadêmicas de um estágio curricular em regime de internato (Gráfico 8), em caráter com abrangência em carga horária desenvolvida na APS (configura-se aproximadamente 30% da carga horária total do estágio curricular de internato, conjuntamente com a área de Medicina de Urgência) e sua influência pela posterior escolha pela especialização em Medicina de Família e Comunidade. Nota-se, aqui, entre as categorias analisadas anteriormente, ganho de interesse pelo campo da APS, com 78% dos estudantes participantes afirmando a contribuição deste internato como sendo total ou parcial pela MFC.

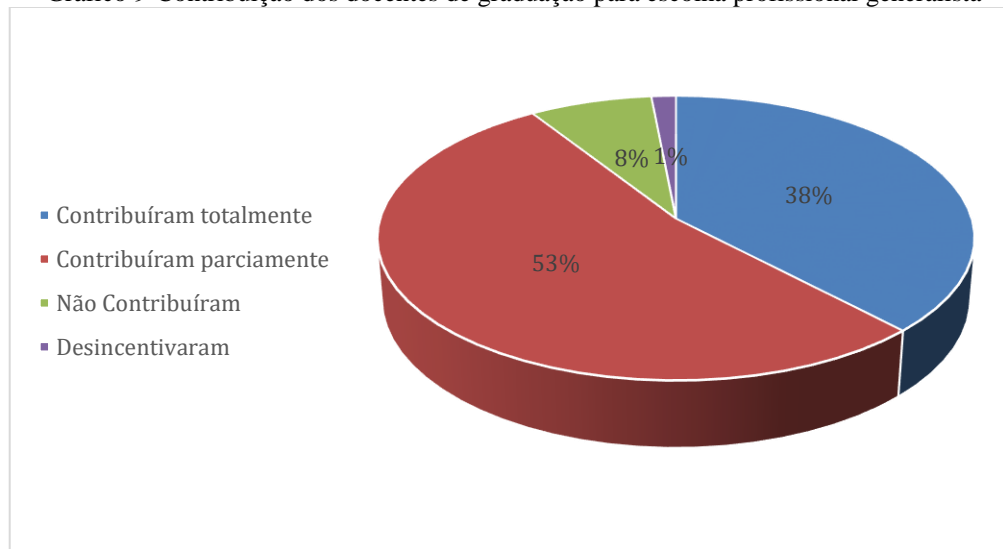
Gráfico 8-Contribuição do internato ampliado em Atenção Básica para escolha profissional generalista



Fonte: Questionário da pesquisa “Mudanças Curriculares da Graduação em Medicina”

A quarta categoria de análise diz respeito ao incentivo que os docentes, especialistas e não especialistas em medicina de família e comunidade, e atuantes em todos os eixos educacionais do cursos – tutorias, habilidades médicas, interação comunitária e internato médico (Gráfico 9), obtiveram no incentivo da prática profissional futura dos concluintes da graduação em medicina generalista. Os resultados das respostas obtivas foram 91% como caracterizando o incentivo docente como total ou parcial, contra 9% de opiniões como não contribuíram ou desincentivaram.

Gráfico 9-Contribuição dos docentes de graduação para escolha profissional generalista



Fonte: Questionário da pesquisa “Mudanças Curriculares da Graduação em Medicina”

Os discentes concluintes foram questionados acerca da auto percepção das habilidades adquiridas voltadas para a prática generalista e desenvolvidas nesta matriz curricular de graduação (Quadro 2). Almeja-se evidenciar, de modo direto, o produto final das habilidades e atitudes almejadas e preconizadas pela publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para curso de graduação de medicina nos anos 2001 e 2014.

Para fins didáticos, tais habilidades a serem adquiridas ao final da graduação em medicina, de cursos cujas matrizes foram orientadas já pelas diretrizes normativas atuais vigentes, foram organizadas em produtos a serem alcançados pelos estudantes após 12 semestres de curso, categorizados em escalas de modo a permitir a síntese das percepções dos discentes sobre aspectos trabalhados nesta matriz, com potencial em influenciar a prática clínica generalista após a formatura.

As respostas foram dadas na escala de 1 a 10, sendo 1 ponto como considerado sendo “incapaz”, entre 2 a 4 pontos como “pouco capaz”, 5 a 6 pontos como “capaz”, 7 a 9 pontos como “muito capaz”, e 10 pontos “habilidoso”.

O percentual de cada resposta nos quesitos de “Habilidades” foram listados no quadro abaixo.

Quadro 2-Avaliação da habilidade dos concluintes do curso de medicina em desempenhar as ações

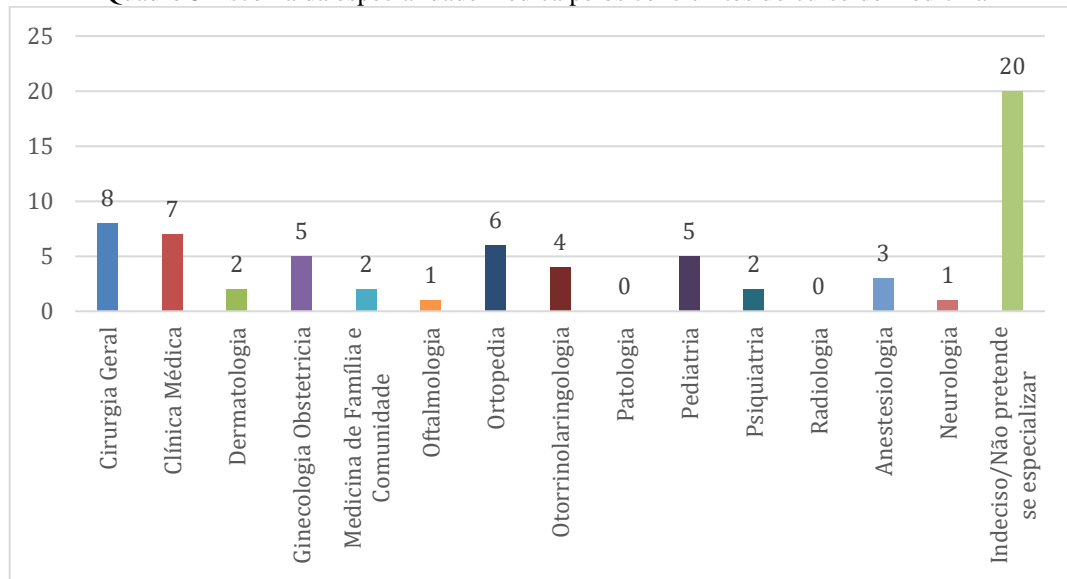
Item	Incapaz	Pouco Capaz	Capaz	Muito Capaz	Habilidoso
Abordar integral mente os fatos biopsicossociais do adoecimento	0%	1%	29%	50%	12%
Habilidade em buscar ativamente o conhecimento	5%	9%	24%	32%	30%
Resolver 85% das demandas em saúde	2%	9%	27%	44%	18%
Coordenar assistência à saúde individual e coletiva	5%	3%	15%	45%	32%
Fazer uma abordagem centrada na pessoa	2%	3%	18%	48%	29%
Realizar ações de promoção em saúde	2%	0%	26%	52%	20%
Gerenciar as equipes multiprofissionais	4%	8%	38%	35%	15%

Fonte: Questionário da pesquisa “Mudanças Curriculares da Graduação em Medicina”

Ao término do levantamento de dados acerca de aspectos vivenciados da matriz curricular voltadas para o ensino na Atenção Primária, bem como a avaliação do grau de autopercepção e aquisição de habilidades generalistas almejadas a serem alcançadas ao final do processo formativo, por parte dos discentes e preconizado pelas publicações das DCN de 2001 e 2014, deu-se a análise final da escolha profissional futura em especialização pelo grupo de alunos egressos da instituição (Quadro 3).

Entre os 66 estudantes participantes do estudo, obtemos respostas de 4 alunos (6,1% do total) que manifestaram o não desejo em especializarem-se após a formatura, sem especificarem o motivo de tal escolha, contra os demais 62 alunos (93,9% do total) que manifestaram desejo em prosseguir estudos na especialização por meio do ingresso nos programas de pós-graduação *lato sensu* em residência médica. Deste último grupo de estudantes que optaram em continuar os estudos após a formatura, o levantamento das escolhas das especialidades elencadas e sua distribuição de frequência deu-se da seguinte maneira conforme ilustrado abaixo:

Quadro 3-Escolha da especialidade médica pelos concluintes do curso de medicina



Fonte: Questionário da pesquisa “Mudanças Curriculares da Graduação em Medicina”

Aqui, observa-se que, as especialidades que englobam práticas cirúrgicas e predominantemente hospitalares de atenção secundária (Cirurgia Geral, Dermatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Neurologia e Anestesiologia) corresponderam 65,2% entre aqueles que manifestaram desejo em especializar-se após a formatura. Os desejosos em especializar-se em Medicina de Família e Comunidade foram 4,3% dos concluintes participantes entre aqueles que optaram em seguir os estudos de pós-graduação/residência médica.

A análise qualitativa final dos fatores e vivências curriculares que incentivaram ou desincentivaram a escolha pela Medicina de Família e Comunidade ao longo do curso de graduação, cuja matriz curricular caracteriza-se por forte referencial pelos cenários e práticas envolvendo a APS, foram aqui relatados por meio da síntese das percepções das mesmas, associado ao número de evocações das idéias relatadas dos próprios egressos do curso, seguido de exemplos de expressões das idéias (Quadro 4). Foram observadas semelhanças nas falas e relatos dos estudantes de medicina concluintes, com a presença de seis fatores motivadores para o trabalho e especialização futura em Atenção Primária, e sete outros fatores tidos como desmotivadores para o mesmo.

Quadro 4-Fatores motivadores para a escolha da especialização em Atenção Primária

Motivadores	Subcategoria	Frase ilustrativa	Percepções Principais
	Longitudinalidade da assistência e criação de vínculo com a comunidade (23)	<i>“acompanhamento do paciente” “acompanhar a comunidade ao longo do tempo”</i>	Capacidade em construir uma boa assistência baseada no vínculo ao longo do tempo
	Compromisso Social (21)	<i>“há muitas pessoas desinformadas e que necessitam de ajuda”</i>	Engajamento social, sacrificando alguns interesses pessoais em prol do próximo
	Estágios e práticas da graduação (14)	<i>“Internato ampliado em saúde da família” “contato precoce com a comunidade desde o início do curso”</i>	Importância da ampliação das vivências práticas na APS ao longo de toda a graduação
	Integralidade da Assistência (5)	<i>“importância que a APS exerce na prevenção de doenças” “possibilidade em estreitar a relação médico-paciente” “cuidar de todos da mesma família” “cuidar de múltiplas doenças ao mesmo tempo” “alta resolutividade”</i>	Utilização de vasta gama de conhecimentos. Permite desenvolver múltiplas capacidades profissionais.
	Modelo profissional (2)	<i>“Bons professores na graduação” “capacidade em integrar-se com equipe multidisciplinar”</i>	Importância do exemplo na formação e escolha profissional
	Qualidade de Vida (1)	<i>“conciliar vida profissional e familiar”</i>	Jornada de trabalho equilibrada que viabiliza o convívio familiar.

Quadro 5-Fatores desmotivadores para a escolha da especialização em Atenção Primária

Desmotivadores	Condições de trabalho (22)	<p><i>“falta de recursos materiais”</i></p> <p><i>“condições de trabalho precárias”</i></p> <p><i>“sucateamento da saúde pública”</i></p>	Faltou recursos nas UBS para uma adequada assistência clínica e resolutividade dos problemas prevalentes da APS
	Trabalho em equipe (17)	<p><i>“limitação e baixa autonomia com o trabalho em equipe”</i></p> <p><i>“desintegração entre os profissionais da equipe”</i></p>	Pouco treinamento em habilidades de comunicação e resolução de conflitos
	Financeiro (16)	<p><i>“falta de retorno financeiro”</i></p> <p><i>“não valorização do trabalho médico”</i></p> <p><i>“falta de financiamento do governo”</i></p> <p><i>“mercado de trabalho pequeno e poucos concursos na área”</i></p>	Valorização do retorno financeiro em relação à outras vantagens ofertadas pelos serviços da APS. Desestímulo pelo trabalho no âmbito do SUS
	Pressão assistencial (3)	<p><i>“grande de quantidade de pacientes para atender”</i></p> <p><i>“atender adultos e crianças ao mesmo tempo”</i></p>	Dificuldades em manejar múltiplos problemas ao mesmo tempo e realizar a coordenação do cuidado
	Status profissional (3)	<p><i>“desvalorização do médico de família”</i></p> <p><i>“especialidade nova”</i></p>	Visão acadêmica pouco estimulante sobre a Medicina de Família e Comunidade
	Carreira Médica (3)	<p><i>“não ter oportunidade para ascensão”</i></p> <p><i>“necessidade de 40h no setor público”</i></p> <p><i>“não realizar procedimentos complexos”</i></p> <p><i>“não tratar doenças mais complexas”</i></p>	Status profissional pela incorporação de realização de procedimentos complexos e atividades hospitalocêntricas. Falta de plano de carreira de Estado na maior parte de Estados e Municípios do Brasil.
	Matriz Curricular (2)	<p><i>“visitas domiciliares pouco objetivas”</i></p>	Falta de clareza dos objetivos educacionais das visitas domiciliares por parte dos docentes e discentes

Fonte: Questionário da pesquisa “Mudanças Curriculares da Graduação em Medicina”

3 DISCUSSÃO

O fortalecimento dos sistemas de saúde nacionais que se baseiam em uma APS abrangente e com oferta de serviços de qualidade, passa, necessariamente, pela formação de profissionais de saúde preparados para a assistência neste nível de atenção, capazes em realizar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em caráter integral, resolutivo, humanista e capazes em se relacionar com equipe multiprofissional e em rede, com visão crítica e realista das necessidades em saúde da comunidade (STARFILED, 2002; MENDES, 2010). A reorientação do SUS pela Atenção Primária e a continuidade de sua expansão em quantidade e qualidade, necessita, contudo, em avaliar caminhos possíveis para adequação, treinamento e provisão profissional, notoriamente o profissional médico. Os resultados desse estudo apontam, no universo estudado, diferenças entre os perfis dos estudantes, habilidades adquiridas e suas escolhas de especialização profissionais futuras. Nota-se, entretanto, fatores importantes de semelhanças em suas habilidades e reflexões da matriz curricular que cursaram, sendo esta orientada pelas propostas das DCN 2001 e 2014.

Pode-se, contudo, observar que o perfil socioeconômico dos egressos do curso de medicina da IES pesquisada são representados, em sua maioria, por pessoas solteiras, com leve predominância de homens em relação às mulheres, possuindo renda média mensal familiar equilibrada em torno de 15 a 20 salários mínimos, sem a presença de pais médicos entre eles. Tais características são semelhantes aos egressos de outros cursos de medicina no Brasil ao longo desta mesma década (MORAES *et al.*, 2016; CATELLANOS *et al.*, 2009; PURIM *et al.*, 2016), com evidência do aumento de mulheres formadas em medicina e manutenção de pessoas com maior poder aquisitivo até o término do curso, sem diferenças significativas entre acadêmicos provindos de cursos cujas matrizes apresentam o modelo tradicional ou chamado “flexneriano”, e aqueles que adotam as últimas recomendações das DCN dos anos 2001 e 2014 (MAGALHÃES *et al.*, 2014). A ausência de pais médicos entre a maioria dos acadêmicos egressos (84,8%), torna a influência familiar pela escolha na especialização com menor grau de importância na amostra.

De acordo com o último censo médico do país, realizado pelo Conselho Federal de Medicina em 2018 (CFM, 2018), existem 451777 médicos registrados em todo o território nacional, sendo 5486 registrados como especialistas em Medicina de Família e Comunidade, total este correspondendo a 1,2% de médicos atuantes no país. No presente estudo, do ponto de vista da escolha por especialização futura, os formandos da instituição demonstraram interesse, em sua maioria (65,2%), em especialidades cujas práticas dão-se predominantemente em

ambientes hospitalares, com incorporação de tecnologia dura e/ou em ambulatórios especializados de Atenção Secundária. A especialidade Medicina de Família e Comunidade não se encontrou entre as primeiras 8 escolhas por especialização dos egressos, resultado semelhante encontrado em outros estudos desta natureza em egressos de matrizes curriculares tradicionais pré-modificações propostas pelas DCNs (FILISBINO; MORAES, 2013; SOUZA, 2014; MACHADO *et al.*, 1997; CRUZ *et al.*, 2010). Entretanto, importante fazer notar discreto aumento no interesse pela Medicina de Família e Comunidade em comparação ao percentual de médicos desta especialidade registrados em exercício no país, correspondendo por 4,3% dos concluintes desejosos em especializar-se após a graduação, porcentagem esta que, apesar de ainda pequena e aquém das necessidades da atenção básica nacional e distrital, é superior à média obtida nos demais estudos citados e da proporção do número de médicos especialistas em Atenção Primária registrados no país.

Foram verificados por meio das respostas escritas dos egressos que, entre os fatores curriculares motivadores, encontravam-se em destaque a longitudinalidade do acompanhamento, a integralidade da assistência e o compromisso social com as populações assistidas, relatadas como influência positiva pela escolha pela Medicina de Família e da Atenção Básica.

Igualmente tal resultado é refletido na segunda categoria “Natureza de Trabalho” do questionamento fechado, pela avaliação positiva da vivência extensiva e abrangente de práticas acadêmicas na comunidade próxima à Instituição, notavelmente por meio das práticas ambulatoriais de APS desenvolvidas no eixo de Interação Comunitária ao longo dos oito primeiros semestre do curso (70% de relatos como incentivo moderado ou forte), e finalizados com o estágio de internato em APS prolongado nestas mesmas UBS e comunidades assistidas desde o início do curso (78% consideravam como contribuição total ou parcial). Cenários de continuidade do cuidado, na qual é favorecida a oportunidade de retornos das pessoas atendidas, avaliação da história natural da doença e sua progressão, contribuem para o interesse pela assistência dos cuidados primários. Soma-se à isso, a possibilidade do estudante em lidar com queixas inespecíficas e pouco diferenciadas, situações prevalentes na APS, o que, de certa forma, favorece aos mesmos importarem-se e investigarem o que o paciente apresenta como novo e desconhecido (RONCOLETTA, 2010; DEMARZO *et al.*, 2012).

Na terceira categoria sobre “Estágio Curricular em Regime de Internato abrangente na APS”, a prática desenvolvida de forma mais intensa e diária ao longo de 4 meses seguidos nas UBS, após as experiências iniciais das primeiras 4 séries do curso, torna o estudante mais

familiarizado com as doenças de ocorrência comuns na comunidade, conduzindo a um processo de maior segurança, interesse e agilidade no manejo clínico de tais comorbidades, fortalecendo a autonomia na prática dos cuidados primários (RONCOLETTA, 2010 ; COSTA *et al.*, 2014).

Ao entrar em contato com as famílias e comunidades, as múltiplas variáveis, dinamicidades e aspectos do adoecer existentes apresentam potencial para um ensino focado nas necessidades reais identificadas. Para superar a fragmentação do conhecimento acadêmico e tornar o estudante agente ativo da busca de soluções dos problemas biopsicossociais propostos, a metodologia ativa requer das instituições a sólida preparação docente para a superação de barreiras epistemológicas existentes na formação do professor, com claro entendimento das especificidades do currículo e aprendizagem operativa, instigando os alunos na solução dos desafios e promoção da assistência com reflexão (CARABETTA, 2016).

Na categoria “Incentivo dos Docentes pela APS”, destaque para 91% dos participantes afirmando que o incentivo docente pela Atenção Básica deu-se de forma positiva, oposto de resultado em estudos cujos cursos de medicina adotavam matrizes sem as recomendações propostas nas duas últimas DCNs (NETO *et al.*, 2009; ANDERSON, 2007). Há demonstração do empenho dos docentes, mesmo aqueles não especialistas em MFC ou não atuantes na APS, em fomentar a visão generalista das situações vivenciadas no cotidiano acadêmico. A maior parte dos docentes, com formação em outras áreas do conhecimento médico e sem formação específica na Atenção Básica, foi capaz em integrar conteúdos de outras disciplinas inseridas dentro de uma mesma série do curso, alcançando o objetivo da interdisciplinariedade dos conteúdos e práticas, com incorporação de discussões clínicas voltadas para as necessidades gerais das pessoas atendidas nas Unidades-Escola conveniadas da IES em questão analisada, reforçado pelo número elevado de respostas positivas pelo incentivo docente na APS.

Tal processo reforça, igualmente, a intensificação da relação médico-paciente e compromisso com o doente, e menor foco na doença em si (DEMARZO *et al.*, 2012; BRANDÃO *et al.*, 2013), evidenciando que a existência de inserção em cenários de APS em todas as séries do curso, e somados à influência por parte dos docentes, é importante para a percepção positiva da especialidade Medicina de Família e Comunidade (MFC), bem como para o alcance da articulação necessária entre teoria e prática na APS dentro de um curso de medicina. O papel do incentivo docente, por meio da reflexão na comunidade e adoção de metodologias ativas de ensino, com o professores exercendo papel de indutor do estudo e aquisição de conhecimentos, é um dos principais objetivos na reorientação das diretrizes curriculares (BRASIL, 2014i). Não há, porém, entendimento pelos acadêmicos que o docente

tenha um papel decisivo na indução da escolha futura pela especialização em MFC e trabalho profissional na APS.

Outros fatores de importante incentivo identificados nos estudantes por seus escritos como fomentadores do estímulo em MFC foram, no questionamento aberto, a observação de relatos acerca da perspectiva de qualidade de vida futura possíveis em serem desfrutadas na carreira na Atenção Primária em comparação às rotinas de trabalho das demais especialidades, com relatos pela percepção de maior disponibilidade em conciliar vida pessoal e profissional do médico. Apesar do estudo ter se dedicado à influência das mudanças curriculares, esses fatores reforçam a existência de incentivos externos à matriz. Reforça-se, contudo, que tal fator é considerado com extracurricular.

Notou-se maior número de percepções negativas nas vivências de graduação dos estudantes em relação aos fatores positivos na Atenção Básica. Destacam-se os relatos de sucateamento dos cenários de práticas acadêmicas (tanto infraestruturais quanto logísticas), sendo o maior número de queixas dos estudantes (60% dos questionários). Segue-se em frequência de percepções negativas, com importante manifestação dos acadêmicos nas perguntas abertas, as dificuldades em realizar e desenvolver um trabalho em equipe multiprofissional (25% de relatos como desincentivadores). Os motivos relatados foram a ausência de treinamento adequado para o trabalho em equipe com outras categorias profissionais (atividade esta inerente na APS dentro das próprias equipes de ESF e nos núcleos de apoio ao saúde da Família - NASF), percepções de possíveis limitações e perda da autonomia do profissional médico ao trabalhar com outros profissionais no âmbito da APS, resultado este igualmente encontrado em outros estudos (CRUZ *et al.*, 2010; AUTÔNOMO *et al.*, 2015), demonstrando dificuldades dos acadêmicos ao lidar com complexidades existentes dos relacionamentos internos entre os membros da equipe e ausência em promoção das potencialidades de cada membro da equipe de Saúde da Família na elaboração de um projeto terapêutico singular e integrado à pessoa e comunidade assistida.

Para corrigir tal lacuna, não basta apenas inserir o estudante nas diversas modalidades de cenários e trabalhos do âmbito da APS, mas conduzir este processo de integração ensino-serviço-comunidade de forma plural, adequando-o ao modelo de profissional que se deseja formar, com maior atenção dada à aquisição de capacidade gestora, em face aos problemas reais encontrados, bem como treinamentos em habilidades de condução dos relacionamentos interprofissionais dentro dos processos de trabalho da APS, com suas dificuldades inerentes do cotidiano. Avançar em modelos pedagógicos que incluam maior número de docentes e

atividades integradas com docentes e alunos de outras categorias profissionais, superando obstáculos das dificuldades dos docentes no relacionamento interprofissional e da hegemonia médica no curso, tendem a melhorar os processos de trabalho (SILVA, 2011).

Em menor frequência, dentro do questionamento aberto dos fatores desincentivadores, foram citados ainda o baixo retorno financeiro em comparação com as demais especialidades médicas, seguido da percepção de diminuta possibilidade de ascensão na carreira profissional da APS. Esse resultado coaduna com outros estudos nacionais cujos médicos são egressos de cursos cujas matrizes curriculares não realizaram as transformações propostas pelas DCNs, tanto instituições públicas quanto privadas (ISSA *et al.*, 2016; CAVALCANTE *et al.*, 2009), sendo todos estes fatores citados considerados como extracurriculares.

Dos demais fatores passíveis em serem influenciados pelas mudanças propostas pelas DCN de 2001 e 2014 e identificados como negativos, observam-se, nas respostas dos acadêmicos, o desprestígio da MFC como especialidade entre o meio médico. Possíveis explicações podem ser aqui levantadas baseados em relatos dos mesmos estudantes. Apesar do extensivo eixo curricular de interação comunitária ao longo dos 4 primeiros anos de curso e do incentivo de docentes, destacam-se relatos de um entendimento desfigurado do papel do especialista em APS como coordenador dos problemas de saúde, manejando apenas problemas simples ou de menor complexidade terapêutica, somado à falta de clareza nos objetivos da APS como ordenadora das redes do SUS. Possíveis fatores relacionados com o resultado são a presença, ainda em grande parte do currículo da graduação, de práticas fortemente centradas no âmbito hospitalar, que são associadas à maior incorporação de tecnologias duras e a descaracterização dos sujeitos assistidos, muitas vezes assistidos em suas singularidades de contexto familiar, social e ambiental próprio nas práticas dos cenários da APS, mas que, durante as práticas hospitalares, tendem a se fragmentar em múltiplas especialidades, hipervalorizando as necessidades pontuais e potencialmente mais graves, em detrimento da visão integral (GOMES *et al.*, 2012).

Entre os fatores negativos dos questionamentos fechados, destaca-se os dois aspectos da categoria “Natureza de Trabalho”, as práticas integrativas e assistência domiciliar.

O baixo incentivo da incorporação de práticas integrativas, a saber, acupuntura, fitoterapia na comunidade, terapia comunitária integrativa com idosos e gestantes e shantala (66% como desincentivadores ou pouco incentivadoras), e reafirmação da imagem negativa das práticas de assistência domiciliar pelo fomento em Medicina de Família (58% como desincentivadores ou pouco incentivadoras). Essas práticas, desenvolvidas em diversas

disciplinas do curso, apresentam um caráter integrados dos eixos de Interação Comunitária, Habilidades Médicas e Tutoriais, com potencial em promover a visão integral necessária a ser adquirida por um egresso generalista para a futura assistência em saúde. A idéia que as referidas práticas poderiam ser feitas por profissionais de saúde que não sejam médicos, em vista da presença de docentes de outras categorias profissionais responsáveis por conduzir grande parte dos grupos de educação em saúde e ações de promoção à saúde, contribui para o predomínio do desinteresse de tais ações, com conseqüente menor atratividade pela Atenção Primária (RONCOLETTA, 2010; SILVA, 2011).

As atividades de assistência domiciliar fazem parte do processo de ensino no eixo de integração ensino-serviço-comunidade. São caracterizadas por requerirem, de maneira recorrente, maior envolvimento com as pessoas doentes e seus familiares, maior exigência da abordagem dos múltiplos aspectos do adoecer e necessidade de construção humanizada do processo de cuidado continuado, demandando maior grau de esforço dos acadêmicos para a realização dos atendimentos no domicílio, podendo conduzir a um aspecto de atividade desafiadora e desgastante (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011; CARACCIO *et al.*, 2014).

Tais dados fazem alusão a ausência de objetivos educacionais claros por parte dos docentes e/ou diagnósticos e terapêuticos nas práticas que envolviam esta forma de cuidado com as pessoas, limitando-se a realizar diagnóstico de realidade do indivíduo, mas com pouca resolutividade nos mesmos. Nota-se que a idéia da possibilidade da assistência domiciliar e aplicação e organização de práticas integrativas serem realizadas também por diversas categorias profissionais de saúde na APS, conduzem a um menor interesse do graduando pelo rol de ações que envolvem a integralidade da assistência na Atenção Básica à Saúde.

Nos questionamentos sobre a autoavaliação de habilidades e atitudes generalistas obtidas durante o processo formativo da graduação, foram notadas maiores deficiências nos quesitos “habilidade em buscar ativamente o conhecimento” (14% dos alunos considerando-se incapazes ou pouco capazes), refletindo a multiplicidade de conteúdos e temas a serem atualizados e revisados pelo profissional para um trabalho de excelência da APS. Seguimos, em menor frequência, os quesitos “gerenciar equipes multiprofissionais” (12% como pouco capaz ou incapaz) e “coordenação do cuidado” (12% como pouco capaz ou incapaz), referindo-se ao cuidado longitudinal das múltiplas comorbidades apresentadas por um mesmo indivíduo e trabalho em equipe, gerando sentimento de frustração e abandono do interesse pela APS.

A integralidade da assistência (representada por práticas integrativas e assistenciais em âmbito ambulatorial e domiciliar com promoção, prevenção, tratamento e reabilitação),

considerado atributo essencial na APS, bem como a capacidade do trabalho em equipe como forma de trabalho preferencial da ESF e preconizados pelas DCN como habilidades a serem adquiridas pelo egresso de medicina, foram nesta pesquisa identificados como os piores itens avaliados dentro das habilidades adquiridas pelo egresso. São consideradas como um dos principais eixos de formação pelas DCN 2014, e a deficiência na formação de habilidades para um atendimento integral de indivíduos e comunidade por um médico generalista, representa uma importante lacuna da formação voltada para a APS, podendo refletir, de forma indireta, na escolha por outra especialidade da qual se sentem mais preparados e seguros (BITTENCOURT-COSTA, 2014).

Os resultados levaram à compreensão das experiências dos estudantes de graduação em medicina. Tais experiências, experimentadas ao longo de todo o curso médico, cuja matriz curricular é voltada para práticas e inserção inicial e abrangente nos cenários da Atenção Básica à Saúde, fortemente orientados pelas normativas do Ministério da Educação em 2001 e ampliados em 2014, refletem na escolha futura pela área de especialização, seja ela voltada para a continuidade do trabalho na Atenção Básica (representados pela escolha em Medicina de Família e Comunidade) ou opção por áreas focais com atuação predominantemente hospitalocêntrica.

A pesquisa forneceu subsídios para a discussão e o aprimoramento das políticas de educação em saúde. Foi demonstrado lacunas da formação médica na atenção básica que ainda existem dentro da organização curricular dos cursos de medicina estabelecidos, cujas matrizes já incorporaram as últimas recomendações propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação. Notoriamente destacam-se como deficiências nesse processo de formação preferencial para a Atenção Básica, o desenvolvimento da integralidade da assistência e trabalho em equipe, como possíveis causas a dificuldade pela busca ativa de conhecimentos diversificados e exercício da educação continuada e abrangente, somados à pouca incorporação e treinamento em práticas que promovam esse atributo essencial da APS e seus relacionamentos interprofissionais.

Segundo dados do Ministério da Saúde de 2016, aproximadamente 90% da população brasileira é usuária do SUS. Esse dado demonstra a importância da formação médica neste cenário, visando contínua melhora da eficiência e qualidade da assistência prestada. Objetivo primordial da DCN 2001 e 2014, o incremento de maior número de médicos atuantes na APS, com perfil generalista e reflexivo, requer ajustes na forma como tal processo é construído na

graduação. As experiências do ensino da MFC e da APS nos currículos médicos são recentes e enfrentam desafios variados.

Com fins de desenvolver um novo olhar para a APS e seu potencial resolutivo fora do ambiente hospitalar, torna-se necessário aumento do número de docentes especialistas em MFC, adequando lacunas dos objetivos de aprendizagem identificadas na prática na APS, sendo ainda um desafio a ser enfrentado. Entre os motivos, a baixa formação de docentes na área e o predomínio de profissionais com especialidades focais no ensino da medicina propicia visão mais superficial dos objetivos da APS e das habilidades específicas a serem adquiridas para atuação no mesmo. A ampliação da formação e adesão de docentes MFC é peça fundamental nesse processo.

Em suas práticas e conteúdos disciplinares, necessário é ampliar, por parte das instituições e professores, o conhecimento dos objetivos educacionais propostos com a interação na comunidade e sua importância na prática médica, evidenciando de forma mais concreta a relevância e resolutividade das tecnologias leves no cuidado clínico, a despeito de toda tecnologia dura existente.

Do ponto de vista de contribuição para as políticas educacionais, importante peso se faz em ajustar os campos de prática com condições adequadas às necessidades e resolutividade exigidas para a APS, seu cuidado e ensino, tornando as UBS conveniadas aptas para os objetivos educacionais apresentados, com insumos, espaço físico e presença de profissionais em número adequado. Para tal, maior aproximação entre Instituição de Ensino e gestores podem facilitar esse processo, sobretudo em cenário de subfinanciamento crônico.

Deve-se, ainda, ampliar o caráter e olhar do compromisso social da inserção do estudante no cenário de APS, reforçando a visão piscossocial do adoecimento, verificado no estudo como fonte de interesse pelos acadêmicos. Igualmente, a efetividade do incentivo pela APS observada no desenvolvimento longitudinal da assistência prestada na comunidade, sejam no âmbito ambulatorial nas séries iniciais do curso ou no internato, reforçam o despertar do interesse para atuação profissional futura em MFC.

Em vistas à excelência no ensino, a inserção dos alunos em UBS com equipes de saúde da família do primeiro ao oitavo semestre, a ampliação do treinamento em regime de internato e a utilização de metodologias problematizadoras no processo de ensino e elaboração de projetos terapêuticos focados nas necessidades sociais configura estratégia segura para o engajamento da formação médica no SUS e para o SUS.

As limitações desse trabalho devem ser apresentadas. Trata-se de um estudo cujo

objetivo foi a análise de aspectos influenciadores e inovadores inerentes de uma matriz curricular de graduação e orientada pela Atenção Básica, na escolha futura de seus egressos pela prática médica generalista (Clínica Geral/Medicina de Família na APS). Entretanto, não houve estratificação de egressos por ano de formatura, somado à impossibilidade em avaliar futuras mudanças na escolha da especialização após a formatura dos estudantes por ocasião da inserção e influência do mercado de trabalho após o egresso. É comum a associação de outras variáveis na escolha pela especialização, entre elas a situação econômica do país, renda, condições trabalho e satisfação, com algumas destas variáveis já sendo citadas pelos estudantes concluintes neste estudo como determinantes da escolha, fugindo do objetivo deste estudo em avaliar o grau de influência de fatores curriculares da graduação na escolha futura pela especialização. É notável também que, devido à natureza qualitativa de muitos dados obtidos neste estudo e sua limitação da amostragem, há prejuízo da generalização mais ampla destes dados em âmbito nacional. Porém, cumpre destacar que o percentual de participantes foi capaz de fornecer dados importantes para a descrição do panorama dos desafios de implantação das DCN nos cursos de medicina e seu real efeito no fomento para a escolha pela especialização e trabalho na Atenção Básica, guardadas as devidas precauções para outras regiões do país.

Os achados deste estudo sugerem que muito se avançou em aquisição de cenários voltados para a Atenção Básica na graduação, treinamentos de habilidades médicas generalistas, com metodologias reflexivas e compromissadas com as necessidades comunitárias locais, com presença de docentes especializados em Atenção Primária, considerados importantes meios para do egresso para a APS, sendo todas essas mudanças vistas como positivas pelos próprios estudantes.

Entretanto, a despeito dos avanços citados, a pesquisa também sugere que as mudanças curriculares propostas não foram capazes em influenciar e incrementar o aumento expressivo pela procura da formação médica futura especializada em Medicina de Família e Comunidade ou Medicina Geral de Família e Comunidade, a despeito dos esforços da IES em se adaptar às normativas das DCN.

Verificou-se que, entre as razões para a pouca atratividade da MFC, estão em predomínio fatores extracurriculares, com destaque para percepções de desprestígio no meio profissional e influência da cultura médica vigente pelos acadêmicos egressos de medicina, por especialidades notoriamente hospitalocêntricas e que apresentam a incorporação de tecnologias duras em suas rotinas como grandes influenciadoras do processo de escolha, bem como possibilidade de maior autonomia profissional em relação aos serviços realizados na Atenção

Primária. Mesmo em países que contam com atenção primária fortemente estabelecidas e ordenadoras das redes de atenção, a exemplo do Reino Unido e Canadá, esse fenômeno é identificado (OLID *et al.*, 2012; CRUZ *et al.*, 2010). Neste presente estudo, não foram constatadas influências paternas nas escolhas das especializações futuras.

Outra importante razão pela exclusão da MFC entre as principais escolhas por parte dos egressos dá-se pelo motivo de expectativa por maior renda financeira em outros campos de especialização médica, notoriamente as hospitalocêntricas. A ausência de uma política pública de maior valorização da carreira médica na Atenção Básica em Saúde, em especial para os médicos especializados em Medicina de Família e Comunidade, a fim de equiparação com demais campos de atuação médica e o mercado privado, contribui para o desequilíbrio entre a oferta e procura por médicos neste nível de atendimento primário, fato esse que reflete a desproporção da distribuição de profissionais médicos entre os níveis de assistência, com a presença de número quatro vezes maior de profissionais médicos atuantes nos serviços secundários privados (SCHEFFER *et al.*, 2018; CAVALCANTE *et al.*, 2009).

O déficit de médicos especialistas para o nível primário de cuidados em saúde, cuja especialidade de eleição é representada pela Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2014i), primordial para o fortalecimento dos sistemas universais de saúde, em comparação com demais especialidades existentes (WONCA, 2010), somados às necessidades sanitárias do país para a expansão e qualificação do SUS e da Estratégia Saúde da Família, sejam em âmbito distrital e nacional, configuram-se, ainda, como um desafio na agenda de gestores e educadores da saúde, no sentido de redimensionar maiores estímulos para a escolha e formação futura para a Saúde da Família. O presente estudo demonstrou que a transformação da formação médica em um currículo cuja inserção precoce e ampliada na ESF, por meio de um ensino reflexivo e voltado às necessidades reais da comunidade assistida, não foi capaz de estimular significativo aumento pelo interesse na especialidade e trabalho futuro na APS.

Não obstante, novos caminhos precisam ser ainda repensados para o fortalecimento da APS na graduação em vistas de facilitar o interesse pela área, especialmente pelo desenvolvimento de competências para o trabalho integrativo em equipe e incorporação de objetivos educacionais voltados para a capacidade pela coordenação das necessidades em saúde, fortemente demandadas nos atendimentos da APS. Para tal, torna-se importante o apontamento de novas propostas para o fortalecimento do interesse pela APS, da visão da especialidade MFC, superação de desafios estruturais e de adequação nos serviços de saúde da família no Brasil e a criação, dentro dos cursos de graduação, de meios de monitoramento e

avaliação permanente dos processos de implantação das novas diretrizes curriculares de medicina, de educação permanente de docentes para um alinhamento mais próximo com a realidade da APS/MFC, com fim último o desenvolvimento com efetividade das três grandes competências de formação propostas e esperadas - gestão, educação em saúde e integralidade da assistência (COSTA *et al.*, 2014).

Assim, pode-se inferir que o perfil da escolha pela especialização pelos formandos do curso de medicina da IES privada do DF foi semelhante ao perfil de escolha de especializações dos egressos de outros cursos de graduação do país que não adotam, ou adotam parcialmente, as recomendações propostas pelas normativas das Diretrizes Curriculares de Medicina dos anos 2001 e 2014, apesar de aumento no interesse pela especialização em Medicina de Família e Comunidade em relação à proporção do número de especialistas nacionais e escolha pela especialização em outros cursos de medicina do país (CRUZ *et al.*, 2010; CYRINO, 2014).

Conclui-se que a escolha pela MFC, como outras carreiras profissionais, depende de diversos fatores, intrínsecos e extrínsecos à graduação médica. Nesse processo, não é somente o conhecimento formal da profissão que conduz à escolha, mas os processos e agentes envolvidos na sua criação e aplicação (FREIDSON, 1986). A busca por formas de incentivo e incremento na formação e carreira médica na Atenção Primária à Saúde deve ser constantemente reavaliada e otimizada, a fim de obtermos o crescimento necessário para este nível de atenção. Destacam-se, entre eles, uma organização de uma matriz curricular de cursos de medicina capazes em expor a especialidade generalista aos estudantes, de forma organizada, longitudinal e abrangente, com docentes envolvidos e habilitados neste nível de atenção, inseridos em um sistema de saúde com forte referencial na APS, com claros objetivos educacionais de cada conteúdo e práticas que envolvam a Medicina de Família, reforçando, contudo, a capacidade em lidar com conflitos profissionais e a construção de um trabalho integrativo com os demais membros da equipe, com delimitação clara de papéis de cada um de seus membros. Deve ainda somar-se ao processo fatores extrínsecos, tais como políticas públicas valorativas que encorajam a escolha pela carreira em MFC, entre elas a existência e estruturação de um plano de cargos, carreiras e salários em estados e municípios e estruturação das Unidades de Básicas de Saúde (NAIMER *et al.*, 2018; ISSA *et al.*, 2016; NEY, RODRIGUES, 2012) reforçando a possibilidade de estabilidade empregatícia e de ascensão profissional na Atenção Básica, em moldes semelhantes à outros cargos médicos existentes na esfera pública e privada, sem deixar, contudo, de modernizar e estruturar a rede do SUS, combatendo o sucateamento e subfinanciamento (MENDES, 2013 ; SANTOS, 2018; OCKÉ-

RESI, 2018).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios da formação médica moderna, em especial voltados para formação na Atenção Básica, são numerosos e diversos. Há ausência de docentes especialistas em Atenção Básica em número suficiente para as necessidades de formação médica nacional, carências na cobertura do programa de Saúde da Família em várias regiões do DF e do Brasil, somados ao sucateamento e baixo financiamento do Sistema Único de Saúde, tornando outrossim, dificultosa a formação neste cenário e com menor poder atrativo para a escolha futura dos egressos dos cursos de medicina pela Medicina de Família e Atenção Básica em Saúde.

Sabe-se que a escolha da carreira médica é condicionada a um conjunto de variáveis pessoais, ambientais e acadêmicas vivenciadas.

No Brasil, alguns trabalhos relacionados à assistência médica na APS/Estratégia Saúde da Família, deixam transparecer identificações com esse contexto de baixa adesão aos serviços primários por parte dos egressos (ISSA *et al.*, 2016; CRUZ *et al.*, 2010; NEY, RODRIGUES, 2012), resultado igualmente visto neste estudo, a despeito do forte referencial curricular adotado pela Instituição de Ensino Superior do Distrito Federal para a APS em caráter transversal e longitudinal da matriz acadêmica, com existência de estrutura universitária e docente-assistencial predominantemente voltados para a especialidade, proposto pelas DCNs 2001 e ampliada nas diretrizes de 2014.

Dessa forma, ao lançar um olhar retrospectivo sobre esta experiência na matriz curricular da graduação médica, percebe-se a necessidade da mesma ser capaz em promover a integração dos saberes, almejando a interdisciplinaridade, de forma contextualizada à realidade comunitária em seus problemas mais prevalentes, propiciando aos discentes o desenvolvimento de habilidades e competências gerais à formação em saúde (DEMARZO *et al.*, 2012) e estímulo à familiarização com o processo de trabalho na APS, de forma ativa e crítica, buscando a familiaridade com aspectos desconhecidos até então.

No presente estudo, chama atenção que, em relação à Medicina de Família e Comunidade, os principais fatores relacionados pela não escolha do seguimento da carreira na Atenção Primária têm sido, sobretudo, a falta de adequadas condições de trabalho dos serviços de APS do SUS, dificuldades e ausência de treinamento adequado para a lide nos relacionamentos interpessoais e interprofissionais dentro de equipe multiprofissional, além de desproporção nos rendimentos salariais dos médicos neste nível de atenção em comparação com a média obtida nos demais níveis assistenciais (secundários e terciários). Apesar da constatação que, embora a MFC seja conhecida, mais valorizada e implementada nos cursos de

graduação, a desvalorização perante o mercado de trabalho impacta negativamente, reduzindo seu poder incentivador curricular para os futuros médicos.

A partir do trabalho desenvolvido, observa-se que as questões outrora apresentadas em artigos pesquisados acerca do provimento profissional na APS e estímulo pela Medicina de Família e Comunidade, confirmam as dificuldades de reversão de sua baixa adesão.

No âmbito da graduação médica, o destaque negativo para tal incentivo deu-se sobremaneira às condições de trabalho encontradas pelos acadêmicos na APS, associadas às dificuldades no treinamento e desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe e das ferramentas de assistência comunitária em saúde no âmbito universitário.

Os desafios para o fortalecimento e expansão desta especialidade estão presentes na assistência à saúde em diversos países, sejam desenvolvidos ou em desenvolvimento, encontrando-se ainda, em nosso país, aquém das necessidades para a consolidação da Atenção Primária do SUS. A inserção e o treinamento dos princípios e práticas da medicina de família durante a graduação, nos seus diferentes campos de atuação, torna-se etapa fundamental para o conhecimento em Atenção Básica por parte dos estudantes, devendo ser incentivada por meio de uma proposta de incorporação da integralidade e interdisciplinaridade na assistência, reflexivo às necessidades comunitárias vivenciadas e com treinamento no alto potencial resolutivo.

Lacunadas observadas no presente estudo conduzem a reflexões sobre possíveis soluções para a reorientação do ensino da APS na graduação, tais como melhorias estruturais físicas e ampliação de recursos diagnósticos na APS, maior incorporação docente de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, o incentivo de todo o corpo de docentes pela visão e abordagem integrada e generalista dos problemas estudados, associados ao incremento de práticas ambulatoriais nas UBS ao longo de todos os semestres e desenvolvidas de forma a propiciar o acompanhamento longitudinal das pessoas até o fim do curso. Todas essas medidas são marcas da reorientação curricular nacional proposta, cujos resultados fortalecem o aumento do número de médicos na APS do país. Faz-se imperativo ainda, a permanente reavaliação dos processos de ensino e seus resultados dentro das instituições (COSTA *et al.*, 2012).

Nesse sentido, futuras diretrizes educacionais e pesquisas ligadas ao fomento da MFC no Brasil podem ser ampliadas, visando ao maior incentivo da especialidade em outras instituições de graduação médica que incorporam as recomendações das DCNs, em realidades diferentes do Distrito Federal, acompanhadas do aumento da produção de novos estudos

nacionais de avaliação, possibilitando, outrossim, a adequação e potencial incremento de novas políticas públicas para incentivo pela escolha em Medicina de Família e Comunidade na graduação. Em síntese, espera-se também que a divulgação dos referidos resultados desta pesquisa e suas discussões possam, no âmbito das escolas médicas, contribuir para o processo de adequação das DCNs e fomentar ajustes para alcance de seus objetivos.

Entretanto, o processo de incentivo médico pela APS não pode estacionar na graduação, sob risco de não alcançarmos o fortalecimento da Saúde da Família e do próprio SUS, que se propõe a ter universalidade e integralidade como seus pilares doutrinários. Cabe às autoridades públicas, ao lidarem com a carência destes especialistas, sobretudo em áreas mais pobres e remotas do país, elaborarem meios de oferta e incentivos permanentes nos campos técnicos e financeiros, sejam em estruturação de plano de carreira, fomento ao ensino na graduação, pesquisa e extensão na APS, bem como melhorias estruturais da rede, tais como a construção e adequação de UBS e serviços de apoio diagnóstico, com potencial capaz em conduzir a qualificação dos serviços primários do SUS e, de fato, tornar-se a porta de entrada resolutiva, com valorização dos profissionais que nele se propõem a atuarem e dedicarem, reduzindo as influências negativas externas sobre a APS nacional, conduzindo a um efetivo e ampliado incremento do poder atrativo da Medicina de Família na academia e igualmente após a formatura (MENDES, 2013; ANDERSON *et al.*, 2007).

A Medicina de Família e Comunidade, por meio da sua sociedade de especialidade, resgata o compromisso com a prática de uma medicina integral, na qual as necessidades prevalentes e urgentes dos usuários possam ser sanadas e resolvidas próximas ao domicílio, em caráter longitudinal, racionalizando custos e evitando intervenções médicas desnecessárias por meio da coordenação do cuidado, garantindo, inerentemente, a qualidade clínica na assistência em saúde para indivíduos e comunidades assistidas. Apresenta potencial em auxiliar a transformação da realidade da formação médica e do sistema de saúde nacional, ainda fragmentado e alheio às principais necessidades da população, em outro integral e integrado, com abordagem generalista e centrada na pessoa, eliminando barreiras de acesso, com forte sistema de registro de informações, racionalizando custos e com foco na qualidade da assistência (CAMERON, 2000). Apesar dos enormes desafios, entende-se que o ensino na graduação configura-se estratégia inicial e fundamental no processo de reordenação do perfil e carreira dos profissionais médicos nacionais, devendo, outrora, estarem condicionados à incentivos de outras naturezas para o fomento da formação em Medicina de Família em qualidade e quantidade necessárias, com o firme propósito de colaborar com a qualificação e

ampliação do SUS, da APS brasileira, construindo um país socialmente mais justo e equânime.

Embora muito ainda seja necessário para alcançar os objetivos plenos das Diretrizes Curriculares de Medicina, um grande avanço foi iniciado. O discreto aumento do interesse pela atuação na APS dos egressos de um curso de medicina, cuja matriz curricular é reorientada pelas últimas Diretrizes Curriculares Nacionais, reforça a potencial função fomentadora das vivências acadêmicas para a escolha e prática da APS.

REFERÊNCIAS

Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910.

Neves N, et al. O Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações. *Gaz. méd. Bahia*;75(2):162-168, jul./dez. 2005.

Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec; 2002.

Moraes DW et al. Interest in research among medical students: Challenges for the undergraduate education. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2016, vol.62, n.7

Castellanos MEP, Silveira AFMH, Martins LC, Nascimento VB, Silva CS, Bortolotte FHB, et al. Perfil dos egressos da Faculdade de Medicina do ABC: o que eles pensam sobre atenção primária em saúde. *Arq. Bras. Ciem Saúde.* 2009;34(2):71-9. 117
SEP

Magalhães APS, et al. Perfil dos egressos de Medicina de uma Faculdade de Medicina de Juiz de Fora/MG. *Revista Ciências em Saúde*, abr. 2012; 2 (2): 1-13.

Cruz JA, et al. Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no Brasil. *Revista de Medicina*, v. 89, n. 1, p. 32-42, 19 mar. 2010.

Anderson MIP, Dermanzo MMP, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. *Rev. Bras. Med. Fam. e Com.* Rio de Janeiro, v.3, nº 11, p. 157-172, out /dez 2007.

Mendes AS. Os estudantes de Medicina: expectativas na escolha da especialidade. 2010. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Gestão de Recursos Humanos) – Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa, Portugal, 2010.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

Organização Mundial da Saúde. International Conference on Primary Health Care. Informe da Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde. Alma-Ata/URSS, 6-12 de september de 1978.

Brasil. Ministério da Saúde. Terceira Conferência Nacional de Saúde Anais Tema: Situação Sanitária da População Brasileira Apreciação geral do problema. Niterói: Secretaria Municipal de Saúde/Fundação Municipal de Saúde, ago.1963, 246 p.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Legislação em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde soc.* [online]. 2011, vol.20, n.4 [cited 2018-04-08], pp.867-874.

Van Stralen CJ et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2008.

Macinko J, Guanais FC, Souza MF Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil 1990–2002, *Journal of Epidemiology & Community Health* 2006;60:13-19.

Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29 (7): 1370-1380, jul. 2013.

Alfradique ME, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun. 2009.

Nedel FB, Fachinni LA, Martin M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2010, vol.19, n.1 [citado 2018-04-07], pp.61-75

Boing, AF et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009., *Rev. Saúde Pública São Paulo*, v. 46, n. 2, p. 359-366, 2012.

Castro RCL, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784. Set. 2012.

Janaudis MA. Princípios da Medicina de Família: quatro pilares que definem sua identidade. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 34(3):300-310, ago.2010.

Filisbino MA, Moraes VA. A Graduação Médica e a Prática Profissional na Perspectiva de Discentes. *Revista Brasileira de Educação Médica Goiás*; 37 (4): 540-548, 2013.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 6 jun. 2014; Seção 1, p.17.

Ceccim, RB, Feuerwerker LM. Mudanças na Graduação das Profissões de Saúde sob o Eixo da Integralidade. Cad. Saúde Pública.20(5):1400-10, 2004.

Freeman T. Manual de Medicina de Família. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. The importance of being different. Part I: The marginal status of family medicine. Part II: “Transcending the mind- body fault line”. Can Fam Physician. 1997; 43:193-5; 404-6.

McWhinney, I. A textbook of Family Medicine. New York: Oxford University Press, 1997.

Sociedade Brasileira de Medicina e Família e Comunidade – SBMFC. A Medicina de Família e Comunidade: O Que, Como, Quando, Onde, Por que. Um documento da Sociedade Brasileira de Família e Comunidade. 2004.

Organização Mundial da Saúde.. Organização Mundial dos Médicos de Família-Wonca. Tornar a prática e a educação médicas mais relevantes para as necessidades das pessoas: a 10. Contribuição do Médico de família. Ontário, Canadá, nov. 1994.

Kuschnir R; Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2307-2316, Aug. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso>. access on 01 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>.

Lavras C. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. Saúde Soc. 2011; 20(4):867-74.

Maia, JA. Metodologias problematizadoras em currículos de graduação médica. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, pp. 566-574, 2014b.

Olid AS, et al. Medical students ‘perceptions and attitudes about family practice: a qualitative research synthesis. BMC Medical Education, 12:81, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 220-E, de 17 novembro 1998.

Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. Saude soc., São Paulo , v. 11, n. 1, p. 67-84, July 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>.

Almeida-Filho NM. Reconhecer Flexner: Inquérito sobre Produção de Mitos na Educação Médica no Brasil Contemporâneo. Cad. Saúde Pública, v.26 (12): 2234-2249, 2010.

Malaquias AG. O micróbio protagonista: notas sobre a divulgação da bacteriologia na Gazeta Médica da Bahia, século XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.3, jul.-set. 2016, p.733-756

DeMarco MA. *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo; 2003.

Pagliosa FL, Da ROS MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2008; 32:492-499.

Almeida MJ. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2001; 25:42-52

Oliveira NA et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: Um Debate Crucial no Contexto do Promed. *Rev. Bras. Educ. Med.* 32(3):333-46, 2008.

Gonzales AP, Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000200012>.

Caraccio FCC, et al. The experience of a public institution in the training of health professionals to work in primary care. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 May 29]; 19(7):2133-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702133&lng=en&nrm=iso

Brasil. Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial:2013 out.

Roncoletta AFT O impacto da Medicina de Família na graduação médica: aprendizado centrado na continuidade e atenção primária. A experiência do Ambulatório de Medicina de Família no PROMOVE. *Revista O Mundo da Saúde*, v. 34, p. 375-383, 2010.

Souza LCL. *Fatores relacionados à escolha da especialidade médica*. 2014. Monografia. Faculdade de Medicina da Bahia. Universidade Federal da Bahia.

Machado MH, coord. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p. ISBN: 85-85471-05-0.

Scheffer M. et al. *Demografia Médica no Brasil*. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Conselho Federal de Medicina, 2018

Mayeama MA., Ros MA. Estilos de pensamento na escolha da especialidade médica e sua correlação com as políticas de provimento para a atenção básica à saúde: Um estudo de caso. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 42:2, 89-99, 2018.

Costa JRB, Romano VF, Costa RR et al. A transformação curricular e a escolha da

especialidade médica. *Rev. bras. educ. med.* 2014; 38(1):47-58.

Neto PGC, Lira GV, Miranda AS. Interesse dos Estudantes pela Medicina de Família: Estado da Questão e Agenda de Pesquisa. *Revista Brasileira de Educação Médica* 33 (2): 198-204, 2009.

Mello GA, et al. Médico de Família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 33 (3): 475-482, 2009

Bordenave, JD; Pereira AM. *Estratégias de ensino-aprendizagem – Petrópolis, RJ: Vozes, 2002*

Carabetta JR. Metodologia ativa na educação médica. *Revista de Medicina*, 2016, 95(3), 113-121.

Gaíva MAM, Siqueira VCA. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. *Ciê. Cuid. Saúde.* 2011; 10(4): 697-704

Luck, H *Ação Integrada: Administração Supervisão e Orientação Educacional.* 22 Ed. Petrópolis 2004.

Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011. 279 p.

Gil AC *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.* São Paulo: Atlas; 2008. 206 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

Mendes EV. Health care net works. *Ciência&Saúde Coletiva.* 2010 [Cited Apr 21] 15(5):2297-2305.

Conselho Federal de Medicina; *Concentração de Médicos no Brasil em 2020.* Demografia Médica. Brasília, 2017.

Demarzo MMP, et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2012; 36:143–148.

Brandão ERM, ROCHA SV, Silva SS. Práticas de Integração Ensino-Serviço-Comunidade: Reorientando a Formação Médica. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2013; 37:573–577.

Autônomo FROM, Hortale VA, Santos GB, Botti SHO. A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária - Análise das Publicações Brasileiras. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2015;39: 316–327.

Silva RHA. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). *Educar em Revista*, 2011

Issa AHTM, et al. A escolha pela medicina de família entre estudantes de medicina no mundo tropical: uma revisão de literatura. *Revista Educação em Saúde*, v. 4, p. 117, 2016.

Cavalcante NPG, Lira GV, Miranda AS. Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33(2): 198-204.

Gomes AP, et al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2012; 36(4):541-549

Cyrino AP, et al. Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde. São Paulo: Cultura acadêmica, 2014, cap. 1, 25-48.

Freidson, E. *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge.* Chicago, The University of Chicago Press, 1986

Bittencourt-Costa, JR et al. A Transformação Curricular e a Escolha da Especialidade Médica. *Revista Brasileira Educação Médica* 2014; 38(1):47-58.

Naimer S, Presse Y, Weissman C. Medical student's perceptions of career in family medicine. *Israel Journal of Health Policy Research*, 7: 1, 2018.

Santos NRD. *Ciência & Saúde Coletiva* [Cien. Saúde Colet.], ISSN: 1678-4561, 2018 jun.; Vol. 23 (6), pp. 1729-1736; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis* [online]. 2012, vol.22, n.4

Ockê-Resi CO. *Revista Ciência & Saúde Coletiva.* jun2018, Vol. 23 Issue 6, p2035-2042. 16p.

Costa NMSC, Cardoso CGLV, Costa DC. Concepções sobre o bom professor de medicina. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2012; 36(4):499-505.

Cameron, I. Role and image of family physicians. *Can. Fam. Physician.* 2000, 46:284-289.

Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central – FACIPLAC. Projeto Pedagógico de Medicina. Brasília, 2011.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Em acordo com as normas da Resolução número 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Prezado participante,

o senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“MUDANÇAS CURRICULARES DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA: REPERCUSSÕES PARA A ESCOLHA PELA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE”**, desenvolvida por Conrado Carvalho Horta Barbosa, discente do curso de pós-graduação *Stricto Sensu* da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) - Mestrado em Saúde da Família - , sob orientação da professor Dra. Maria Fabiana Damásio.

O objetivo principal é analisar os fatores determinantes do ensino de medicina na escolha da especialidade em Medicina de Família e Comunidade pelos concluintes do curso de graduação em Medicina das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central do Distrito Federal, almejando promover futuras modificações dos processos formativos que habilitem o profissional médico para atuação interdisciplinar, sincronizado aos princípios do Sistema Único de Saúde e com perfil para alcançar a estratégia da atenção integral à saúde.

O convite para sua participação deve-se ao seu perfil de aluno de medicina concluinte da Instituição em questão e ter vivência como estudante de um curso cuja matriz curricular, já no momento da pesquisa, incorpora grande parte das mudanças sugeridas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação para graduação em medicina publicadas nos anos de 2001 e 2014.

Sua participação é voluntária, sem caráter obrigatório, tendo plena autonomia para decidir ou não pela participação, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso opte pela não participação ou desistência da mesma, garantindo a confidencialidade e privacidade das informações prestadas por você. Os riscos da pesquisa são classificados como risco mínimo, devido ao fato de caracterizar-se pela aplicação de questionários e não haver nenhuma manipulação de conduta ou intervenção nas variáveis sociais, educacionais ou comportamentais. Limitam-se, entretanto, a constrangimento em responder ao questionário proposto, em vista de tratar-se de uma autoavaliação de conhecimentos adquiridos e capacidade técnica adquirida na graduação como egresso médico, bem como pela avaliação da matriz curricular da qual cursaram. Qualquer informação que possa identificá-lo será omitida na divulgação dos resultados da pesquisa.

Os benefícios apresentam potencial em adquirir uma maior compreensão da experiência acadêmica na Atenção Primária à Saúde, e, igualmente, configurar-se como um estímulo para a autorreflexão individual de suas capacidades profissionais de caráter generalistas adquiridas ao longo da graduação. Como consequência deste processo, busca-se futura ampliação da vivência curricular dos cursos de medicina na APS, cujo potencial é favorecer a formação de profissionais médicos melhores preparados para atendimento de forma integral e mais humanizada, em sintonia às necessidades sanitárias nacionais.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico, sob guarda do pesquisador, pelo período de 5 anos após o término da pesquisa.

Rúbrica do pesquisador_____

Rúbrica do participante_____

Sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário ao pesquisador do projeto, cujo tempo aproximado é de 15 minutos. Os questionários serão armazenados em arquivos digitais e físicos, com acesso somente por parte do pesquisador e orientadora, com garantia de sigilo da identidade dos participantes da pesquisa.

Os resultados serão divulgados durante a dissertação e artigos científicos.

Os participantes receberão uma via deste termo, constando todos os dados do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP – FIOCRUZ). Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas assinaturas na última página.

Ocorrendo dúvidas quanto à condução da pesquisa, poderá haver contato com o CEP da ENSP/FIOCRUZ, instância esta que têm como objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, garantindo o cumprimento dos padrões éticos em pesquisa, monitorando o andamento do projeto e da proteção aos direitos dos participantes.

E-Mail CEP ENSP/FIOCRUZ – cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Avenida L3 Norte, S/N - Campus Universitário Darcy Ribeiro, DF, 70910-900

(Assinatura do pesquisador – Conrado Carvalho Horta Barbosa)

Telefone do pesquisador Conrado – (61) 99802-1985

E-Mail do pesquisador Conrado – conradochb@yahoo.com.br

Endereço institucional do pesquisador Conrado – Unidade Básica de Saúde número 01, Quadra 408, Área Especial 01, Samambaia-DF

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

Rúbrica do pesquisador_____

Rúbrica do participante_____

APÊNDICE B – Termo de Anuência

ε



FACULDADES INTEGRADAS DA UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Autorizado pela Portaria nº 79, de 16/01/2002, publicado no DOU 18/01/2002, Edição nº 13, Seção 1, página 28.
Reconhecido pela portaria nº 2.377, de 29/12/2010, publicado no DOU 30/12/2010, Edição nº 250, Seção 1, página 91.

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "MUDANÇAS CURRICULARES DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA: REPERCUSSÕES PARA A ESCOLHA PELA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE", sob a coordenação e a responsabilidade do (a) Prof (a). Conrado Carvalho Horta Barbosa, docente do curso de medicina das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central, a qual terá o apoio desta Instituição.

Brasília-DF, 05 de Julho de 2018.

Flávio José Dutra de Moura
Coordenador do Curso de Medicina
Matrícula: 101809

Prof. Dr. Flávio José Dutra de Moura
Coordenador do curso de medicina da FACIPLAC

APÊNDICE C - Questionário

Questionário

Este questionário faz parte da pesquisa sobre os impactos das mudanças curriculares em um Curso de Medicina da escolha feita por estudantes pela especialização em Medicina de Família e Comunidade conforme apresentado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Responda às questões refletindo sobre sua trajetória ao longo do curso de medicina.

Este questionário é formado por questões abertas e fechadas. Favor preencher-lo conforme indicado por cada questão.

1. O que é o motivo da escolha do Curso de Medicina?

Nas questões de 2 a 4, assinale com "X" de acordo com a sua percepção durante a sua formação em Medicina pela FCIPLAC quanto à:

2. Uso de metodologias ativas de ensino (Problem Based Learning, Team Based Learning, Problematização)

	Totalmente incorporado nas disciplinas do curso
	Parcialmente incorporado nas disciplinas do curso
	Não incorporadas em nenhuma disciplina do curso

3. Enfoque das atividades práticas de ensino.

	Centrado na Atenção Primária de Saúde (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Clínicas da Família)
	Centrada em práticas hospitalares
	Ambos

4. Contribuição da inserção de práticas na Atenção Primária de Saúde nas primeiras séries do curso na formação do generalista.

	Contribuíram totalmente		Não contribuíram
	Contribuíram parcialmente		Desincativaram

5. Avalie os seguintes cenários de prática de graduação quanto ao incentivo à atuação futura na Atenção Primária de Saúde.

a. Práticas Integrativas em escolas, creches e outras instituições de apoio social.

Desincativou	Não incentivou	Incentivou pouco	Incentivou moderadamente	Incentivou muito

b. Visitas domiciliares em famílias e comunidades.

Desincativou	Não incentivou	Incentivou pouco	Incentivou moderadamente	Incentivou muito

c. Atendimento ambulatoriais nas Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde ou espaços na comunidade

Desincativou	Não incentivou	Incentivou pouco	Incentivou moderadamente	Incentivou muito

d. Contato com as equipes multidisciplinares durante a graduação

Desincativou	Não incentivou	Incentivou pouco	Incentivou moderadamente	Incentivou muito

6. Liste aqui outros cenários de prática que incentivaram a atuação futura na atenção primária e não foram listados acima.

--

Nas questões de 7 a 8, assinale com um "X" de acordo com a percepção durante a sua formação em Medicina pela FACIPLAC, quanto a:

7. Contribuição da carga horária ampliada do Internado de Atenção Primária e Saúde da Família na formação do generalista

<input type="checkbox"/>	Contribuíram totalmente	<input type="checkbox"/>	Não contribuíram
<input type="checkbox"/>	Contribuíram parcialmente	<input type="checkbox"/>	Desincentivaram

8. Contribuição dos docentes para a prática do generalista

<input type="checkbox"/>	Contribuiu totalmente	<input type="checkbox"/>	Não contribuiu
<input type="checkbox"/>	Contribuiu parcialmente	<input type="checkbox"/>	Desincentivou

9. Dados pessoais

Idade (em anos)

Estado Civil

Solteiro

Casado

Divorciado

União Estável

Sexo

Feminino

Masculino

Renda familiar (em salários-mín)

1 a 5

6 a 10

11 a 15

16 a 20

Acima de 20

Pais médicos?

Sim

Não

Outros familiares médicos

Sim

Não

13. Já escolheu a especialidade a seguir?

Sim
 Não

a. **Abordagem integral dos conhecimentos biológicos, socioculturais e psicológicos na compreensão do processo saúde-doença.**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Se SIM, qual especialidade pretende seguir?

b. **Cirurgia Geral**
 Buscar ativamente o conhecimento de forma continuada, baseado na metodologia ativa de ensino na Graduação

Clinica Médica	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dermatologia									

c. **Ginecologia e Obstetrícia**
Medicina de Família e Comunidade
 Atuação generalista com capacidade de resolver 85% dos problemas de saúde de uma população com qualidade e resolutividade

Oftalmologia	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ortopedia									

d. **Otorrinolaringologia**
 Coordenar os cuidados prestados em saúde para indivíduos, famílias e comunidades, sabendo referenciar, sempre que necessário, para outros níveis de atenção dentro do SUS.

Patologia	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pediatria									

e. **Psiquiatria**
Radiologia
 Desenvolver prática médica reflexiva centrada na pessoa, na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para a comunidade assistida.

Outro	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Especificar:							

Responda as questões 13 e 14 independentemente da especialidade que pretende seguir.

14. Liste os aspectos da matriz curricular durante a vivência da graduação que o motivaram a escolher a medicina de família e comunidade como especialidade.

g. **Desenvolver, planejar, executar e gerenciar, junto a equipe multiprofissional de saúde, programas de atenção integral em saúde**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. Pretende trabalhar em atenção primária em saúde?

15. Liste os aspectos que o desmotivaram a escolher a medicina de família e comunidade como especialidade.

Não
 Somente se não passar na residência médica

12. Pretende cursar residência/especialização?

Sim
 Não
 Indeciso

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MUDANÇAS CURRICULARES DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA: REPERCUSSÕES PARA A ESCOLHA PELA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Pesquisador: CONRADO CARVALHO HORTA BARBOSA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 92507118.7.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.802.801

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo de características descritiva-analítica, observacional transversal. Caracteriza-se pela não intervenção nos indivíduos envolvidos da pesquisa, mas partindo da análise, de forma simultânea, dos fatores influenciadores de uma matriz com forte inserção em práticas e cenários voltados para a Atenção Básica à Saúde e repercussões na escolha da especialização futura por parte do estudante de medicina. Sendo assim, o pesquisador adotará uma revisão bibliográfica sobre formação médica vigente e a Diretriz Curricular Nacional para o curso de medicina, pesquisa documental do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de uma Instituição de Ensino Superior Privada do Distrito Federal e aplicação de questionários com questões fechadas e abertas com os concluintes do sexto ano desta instituição. Os dados serão submetidos à análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os fatores relacionados ao ensino de medicina na escolha pela Medicina de Família e Comunidade e das especialidades focais, feita pelos concluintes de uma Instituição de Ensino Superior privada do Distrito Federal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: são classificados como risco mínimo, devido ao fato de caracterizar-se pela aplicação de

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 2.802.801

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1077236.pdf	01/08/2018 17:40:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProfSaude.doc	01/08/2018 17:39:56	CONRADO CARVALHO HORTA BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/08/2018 17:38:33	CONRADO CARVALHO HORTA BARBOSA	Aceito
Outros	Termo_Anuencia.pdf	19/07/2018 13:06:18	CONRADO CARVALHO HORTA BARBOSA	Aceito
Folha de Rosto	DocumentoPlataformaBrasil.pdf	28/06/2018 14:07:59	CONRADO CARVALHO HORTA BARBOSA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	instrumento_atualizado.pdf	04/06/2018 18:55:27	CONRADO CARVALHO HORTA BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 06 de Agosto de 2018

Assinado por:
BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador)

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br