

Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo

Profile and Professional Career of Graduates from the São Paulo State Family and Community Medicine Residency Programs

Elisa Toffoli Rodrigues^I
Aldaísa Cassanho Forster^{II}
Luciane Loures dos Santos^{II}
Janise Braga Barros Ferreira^{II}
João Werner Falk^{III}
Amaury Lelis Dal Fabbro^I

RESUMO

O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil e a trajetória profissional dos egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, que caracterizou o perfil dos 129 médicos residentes egressos de 17 Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) do Estado de São Paulo que finalizaram a residência entre 2000 e 2009. **Resultados:** Dos 234 residentes, (129) 55,1% responderam ao questionário da pesquisa. A maioria (96,9%) era brasileira, natural do Estado de São Paulo (71,2%); 58,1% eram mulheres; 88,4% referiram ter até 39 anos; 89,1% moravam em grandes centros urbanos, tendendo a se fixar mais no Estado de São Paulo (80,0%), onde realizaram a residência médica. Os médicos atuavam na área de Medicina de Família e Comunidade (74,0%), 49,6% ligados à Estratégia Saúde da Família. A permanência na área foi mais favorável entre aqueles que, ao terminarem a graduação, desejavam ser médicos de família (77,6%) em relação aos que não o desejavam (63,6%). Quase a metade dos egressos informou ter dois ou três postos de trabalho e 99,2% continuaram sua formação acadêmica após o término da residência. Observou-se interesse na docência por 48,1% dos entrevistados, que referiram atuar no ensino de graduação e pós-graduação stricto e lato sensu, como programas de residência médica, enquanto um terço referiu atividades de pesquisa. **Conclusão:** O entendimento mais aprofundado de quem são e de onde se encontram os profissionais preparados para atuar na Atenção Primária à Saúde pode contribuir para a construção da identidade dos médicos de família e, conseqüentemente, para o fortalecimento dessa especialidade médica. Os resultados do estudo apontaram uma perspectiva favorável da especialidade Medicina Geral de Família e Comunidade no Estado de São Paulo, que não pode ser generalizada para a realidade de um sistema de saúde tão desigual no País, mesmo considerando as melhorias promovidas pelas recentes medidas de regulação da gestão do SUS. A literatura consultada e comentada possibilita ver a potencialidade no campo da formação dos especialistas, mas a graduação tem uma latência maior para mostrar a efetividade dessas alterações.

PALAVRAS-CHAVE

- Medicina Geral de Família e Comunidade.
- Educação Médica.
- Estratégia Saúde da Família.
- Atenção Primária à Saúde.
- Sistema Único de Saúde.

^I Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

^{II} Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Rio Grande de Sul, RS, Brasil.

ABSTRACT

KEYWORDS

- Family Practice; Education.
- Medical; Family Health Strategy.
- Primary Health Care.
- Unified Health System.

*The aim of this study was to characterize the profile and professional career of graduates from the São Paulo State residency programs in Family and Community Medicine. **Methods:** A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, which characterized the profile of the 234 graduating medical residents from 17 São Paulo State residency programs in Family and Community Medicine (PRMFC) who completed residency between 2000 and 2009. **Results:** Of the 234 residents, 55.1% responded to the survey questionnaire, the majority (96.9%) were Brazilian, born in the state of São Paulo (71.2%), 58.1% were women; 88.4% were 39 years of age or younger, 89.1% lived in large urban centers and they tended to settle in the state of São Paulo (80.0%), where the residency was conducted. The doctors worked in the area of Family and Community Medicine (74.0%); 49.6% related to the Family Health Strategy. Staying in the area was favored more by those who, upon graduating, wanted to be family doctors (77.6%) than those who did not (63.6%). Almost half of the graduates reported having two or three jobs and 99.2% continued their education after the residence. Interest in teaching was observed among 48.1% of the respondents who reported teaching in undergraduate and graduate courses, including medical residency programs, while a third of the respondents reported conducting research activities. **Conclusion:** A better understanding of the profile and whereabouts of trained primary health care professionals can contribute towards constructing an identity for family doctors, thereby strengthening this medical specialty. The study results indicate a favorable outlook for the Community and Family Medicine speciality in São Paulo, however this cannot be generalized for such an unequal health system in Brazil, even considering the improvements brought about by recent SUS management regulation measures. The literature reviewed and discussed shed light on the potential in the field of specialist training, but for undergraduate training, the effectiveness of these changes takes longer to become apparent.*

Recebido em: 29/11/2016

Aprovado em: 03/07/2017

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é o ponto da rede atenção à saúde (RAS) que oferece a entrada no sistema para novas necessidades e seguimento para problemas crônicos, e fornece atenção sobre a pessoa, independentemente da presença de enfermidades no decorrer do tempo e para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras. Nestes casos, tem o papel de coordenação e integração do cuidado dos seus usuários para que sejam acompanhados também em outros pontos da RAS. Os países que adotaram a APS como eixo estruturante do sistema de saúde mostram mais equidade e acesso à saúde, melhores indicadores e menores gastos com a saúde¹.

No Brasil, a APS tem crescido desde sua implantação em 1994², sendo que em 2016 alcançou uma cobertura de aproximadamente 124 milhões de pessoas (64,3% do total de brasileiros)³ em um país continental e com descentralização para o nível local, o que significa um grande desafio para consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a denominação da APS no País no sentido do cuidado de saúde, ou melhor, de uma filosofia de atenção à saúde^{1,2}.

Segundo esse diagnóstico, há uma baixa qualificação dos profissionais para desenvolver a ESF^{4,5}. Esses dados são preocupantes, pois, para que seja efetivo, o sistema de saúde deve se basear na APS e ter o maior padrão de excelência possível, com a presença de profissionais qualificados formados com esse fim⁶.

A qualificação dos profissionais para atuação na APS inicia-se na graduação, onde estudantes de Medicina precisam ser expostos precocemente aos locais de APS para conhecer os problemas de saúde mais frequentes no âmbito individual e comunitário⁷. Nesse tocante, Martín-Zurro⁷ recorda a recomendação da Universidade de Laval (Québec, 1976) sobre a necessidade de uma reforma curricular (profunda) para a formação médica. Ressalta os quesitos, imprescindíveis e tão atuais, que a universidade elencou para orientar a formação médica em APS: 1) corresponsabilidade do estado de saúde do indivíduo em seu contexto social; 2) plano de cuidado combinando três importantes aspectos: necessidades da comunidade, evolução da ciência e disponibilidade de recursos; 3) "contribuir com a educação para a saúde da população"; 4) apoiar-se no método científico, no âmbito da equipe de saúde, para atender os problemas de saúde.

A realização de residência médica é uma vertente de qualificação dos profissionais, considerada o padrão ouro para a especialização médica, e é caracterizada pelo treinamento em serviço sob supervisão de profissionais qualificados⁸. Para a concretização de bons Programas de Residência Médica (PRM), deve-se investir na melhoria e estruturação dos serviços da rede de saúde; na organização de apoio; na capacitação e remuneração de preceptores, supervisores de PRM e coordenadores das Comissões de Residência Médica, entre outros fatores^{9,10}. Em relação ao financiamento das bolsas de residência, não há dados muito precisos no Brasil, mas estima-se que o custo anual para o setor público seja de R\$ 385 milhões, sendo que, destes, 48% são provenientes do setor federal (Ministério da Educação e Ministério da Saúde) e 52% dos setores estaduais e municipais. Não há informações específicas sobre o financiamento do setor privado¹¹, porém a maioria das vagas em instituições privadas é custeada pelo poder público, ressaltando, assim, o notório financiamento público na formação médica especializada¹².

Os primeiros PRM de Medicina Geral Comunitária (MGC), nome dado à Medicina de Família e Comunidade inicialmente, surgiram em 1976, nas cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Vitória de Santo Antão (na Grande Recife), este último extinto em 1986¹³⁻¹⁷. Na época, a especialidade era pouco conhecida, a residência não era regulamentada, e quase não havia mercado de trabalho para os egressos¹⁵⁻¹⁷.

Em 1978, ocorreu a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, que reforçou a importância da APS nos sistemas de saúde do mundo todo¹⁷ e foi importante para a consolidação dos PRM no Brasil.

A Comissão Nacional de Residência Médica, por meio da Resolução 07/81¹⁸, formalizou a especialidade como MGC e reconheceu seus PRM. Em 1986, o CFM, por sua vez, reafirmou a MGC como especialidade médica e a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária como sua representante^{19,20}.

A criação do Programa de Saúde da Família (PSF), a sua reformulação para Estratégia Saúde da Família nos anos 2000, a consequente demanda municipal por profissionais médicos em APS e o desenvolvimento da especialidade foram aspectos favoráveis ao surgimento de novos programas de residência PRMFC^{14,17}.

Percebe-se, nos anos 2000, um saldo francamente favorável à especialidade: aumento significativo das vagas dos PRM em Medicina de Família e Comunidade (MFC)²¹, mudança da entidade nacional para Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)¹⁷, criação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), com incentivo à formação

de médicos em especialidades e regiões consideradas prioritárias, ampliando o número de programas de residência em MFC²².

Atualmente, discute-se a importância da formação em Medicina de Família e Comunidade, e a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, obriga à realização do primeiro ano da residência em MFC para o ingresso em outras especialidades médicas básicas, o que causará um impacto na organização dos programas de residência médica em todo o País²³.

Como reflexo das políticas de reordenação da formação médica, observa-se um aumento do número de vagas ofertadas para o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade. Em 2011, esse número representava menos de 6% de todas as vagas oferecidas no Brasil (452), mas nos últimos cinco anos esse valor triplicou: foram cerca de 1.500 vagas em 2015, sendo previsto que alcance 2.700 vagas em 2017^{24,25}.

Ainda que tenha dobrado o número de instituições com PRM de MFC (de 8 para 16) no período de 2002 a 2009²⁶, para um total de 22 PRM, observou-se que 71,0% das vagas da MFC estavam ociosas¹¹.

No Brasil, os médicos de família estão concentrados nos estados de Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, os quais também possuem grande concentração das outras especialidades, e nos estados de Santa Catarina e Ceará²⁴.

Considerando o universo total de médicos especialistas no Brasil em 2011 (204.563 profissionais) titulados pelas 53 especialidades reconhecidas, observa-se que apenas 1,3% (2.632) tinham título de especialista em MFC, ocupando o 16º lugar em número de especialistas²⁴.

Direcionando o olhar para o Estado de São Paulo, nota-se sua característica histórica de importante polo formador de especialistas para todos os segmentos de atenção à saúde e para todo o Brasil. Isto se deve em parte à magnitude dos seus PRM, que contribuíram para uma alta concentração de médicos no estado (5,58 médicos por 1.000 habitantes), seguida por sua capital (4,33 médicos por 1.000 habitantes) em relação à média brasileira (1,95)²⁴.

Assim, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil e a trajetória profissional dos egressos dos Programas de Residência em MFC do Estado de São Paulo.

MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa que caracterizou o perfil dos 129 médicos residentes egressos dos 17 Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) do Estado de São Paulo que finalizaram a residência entre 2000 e 2009.

A identificação dos egressos de PRMFC se deu por meio do cadastro no Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Médica. O convite para participação na pesquisa ocorreu por *e-mail*, correspondência, telefone ou redes sociais, de acordo com o tipo de contato disponível. Foram realizados, no mínimo, três convites para cada egresso no período de junho a agosto de 2012, sendo excluídos aqueles que responderam parcialmente ao questionário. A cada convite eram enviados uma carta explicativa e o *link* para acesso ao questionário da pesquisa e ao termo de consentimento livre e esclarecido.

O questionário semiestruturado, adaptado de Farias¹⁴, continha questões sobre perfil sociodemográfico, local da graduação, atuação profissional e atividades relacionadas à formação em MFC. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (frequências relativas e absolutas). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (OF. 455/2011- CEP/CSE-FMRP-USP)²⁷.

RESULTADOS

Dos 234 residentes egressos dos 17 PRMFC/SP, 129 (55,1%) responderam ao questionário, 18 não foram localizados e 17 foram excluídos porque não preencheram completamente o questionário ou não fizeram residência em São Paulo.

Quanto ao perfil dos egressos: a maioria (96,9%) era brasileira, natural dos estados de São Paulo (71,2%), Minas Gerais (8,8%) e Rio de Janeiro (5,6%); 58,1% eram mulheres; 88,4% referiram ter até 39 anos; 63,6% viviam em união estável; 56,6% do total não tinham filhos.

Com relação à formação, das 43 instituições brasileiras, 72,9% dos participantes fizeram sua graduação em 23 instituições dos estados de São Paulo, Minas Gerais (10,9%), Rio de Janeiro (7%) e demais estados do Brasil, conforme mostra a Tabela 1.

Quase 80% residiam no estado de São Paulo, em municípios de grande porte ou em zona metropolitana (89,1%), sendo que 35,7% moravam no município de São Paulo ou na Grande São Paulo (Tabela 1).

TABELA 1
Características sociodemográficas dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, segundo o sexo, Estado de São Paulo, 2000 a 2009

Características sociodemográficas	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo	54	41,9	75	58,1	129	100
Idade média – anos (desvio padrão)	35,66 (± 5,06)		33,73 (± 3,75)		34,54 (± 4,43)	
Faixa etária	N	%	N	%	N	%
Menos de 30 anos	0	0,0	6	8,0	6	4,7
30 a 39 anos	45	83,3	63	84,0	108	83,7
40 a 49 anos	7	13,0	5	6,7	12	9,3
50 anos ou mais	2	3,7	1	1,3	3	2,3
Total	54	100,0	75	100,0	129	100,0
Estado civil						
Casados/união estável	36	66,7	46	61,3	82	63,6
Solteiros, separados ou viúvos	18	33,3	29	38,7	47	36,4
Filhos						
Sem filhos	26	48,1	47	62,7	73	56,6
Com filhos	28	51,9	28	37,3	56	43,4
Local de moradia						
São Paulo ou Grande São Paulo	15	27,8	31	41,3	46	35,7
Outras capitais	7	13,0	11	14,7	18	14,0
Interior de São Paulo	30	55,6	26	26,0	56	43,4
Interior de outros estados	2	3,7	7	9,3	9	7,0
Município de residência						
≤ 100 mil habitantes	5	9,3	9	12,0	14	10,9
De 100 mil a 500 mil habitantes	17	31,5	13	17,3	30	23,3
> 500 mil habitantes	32	59,3	53	70,7	85	65,9
Local da graduação						
Estado de São Paulo	38	70,4	56	74,7	94	72,9
Outros estados	16	29,6	19	25,3	35	27,1

Os participantes eram provenientes de 13 PRMFC/SP, sendo 61,5% de instituições públicas, 23,1% filantrópicas e 15,4% privadas. O número de MFC formados entre 2000 e 2009 variou de 1 a 77, sendo que 11 instituições formaram até 10 médicos de família e 6 formaram mais de 10. A taxa de resposta, por programa de residência, variou de 16,7% a 100%, com média de 56,1%. Em relação ao ano de conclusão da residência, houve representantes de todos os anos, com tendência de aumento do número de participantes da pesquisa entre 2000 e 2009, acompanhando o crescimento das vagas disponíveis.

Por ocasião do estudo, a maioria dos entrevistados (98,4%) referiu trabalhar na área da saúde, 74% tinham a MFC como área de atuação, sendo que 26% também atuavam em outras áreas. Os locais de trabalho mais citados foram a ESF (49,6%), Urgência e Emergência (26,7%), consultório particular (19,7%) e Unidade Básica de Saúde (UBS), no modelo tradicional (19,7%). As atividades de gestão/gerência tiveram um percentual de respostas de 18,9%. Quando questionados sobre outros locais prévios de atuação após a residência, 70,5% referiram já ter trabalhado na ESF, 54,3% na gestão/gerência e 35,7% em UBS tradicionais.

Dos egressos que desejavam ser médicos de família após a conclusão da graduação em Medicina (65,9%), 77,6% (66/85) atuavam na MFC. Entre os que não queriam ser médicos de família, 63,6% (28/44) trabalhavam na MFC. Ou seja, houve uma tendência maior daqueles que desejavam ser médicos de família e comunidade a permanecer na área.

Um terço dos egressos referiu ter um emprego, e quase metade informou ter dois ou três postos de trabalho (48,9%). Em relação à renda, 55,1% recebiam até R\$ 9.000,00 por mês. Entretanto, afirmaram que o valor satisfatório para renda mensal do MFC deveria variar entre R\$ 7.500,00 e R\$ 30.000,00, sendo que 96,1% referiram achar satisfatória uma renda igual ou superior a R\$ 10.000,00, e 31,8% igual ou superior a R\$ 20.000,00.

A maioria dos participantes (99,2%) continuou sua formação acadêmica após o término da residência em MFC: 57% realizaram pós-graduação *lato sensu*, 31,8% *stricto sensu* e 10,1% fizeram outra residência médica. (Tabela 2), entre elas Geriatria (4) e Psiquiatria (2). A pós-graduação *lato sensu* mais referida foi Acupuntura, com 25,7% (19/74), seguida de Geriatria com 14,9% (11/74), Medicina do Trabalho e Gestão em Saúde, cada uma com 9,5% (7/74), Homeopatia com 8,1% (6/74), Psiquiatria com 4,1% (3/74) e Terapia Familiar e de Casal, e Saúde Coletiva, com 2,7% (2/74) cada. Possuíam título de especialista 48,1% dos entrevistados, sendo que 41,9% em MFC.

Dos médicos de família e comunidade que desenvolviam atividades de docência (48,1%), os níveis de atuação referidos foram a graduação (69,4%), residência médica (50%) e cursos de pós-graduação *lato sensu* (19,4%) e *stricto sensu* (17,7%).

TABELA 2
Egressos de Residência em Medicina de Família e Comunidade, 2000-2009, segundo trajetória acadêmica após o término da Residência em MFC

	N	%
Fez ou faz outra residência ou pós-graduação	128	99,2
Fez ou faz 2ª residência médica	13	10,1
Fez ou faz 1ª especialização <i>lato sensu</i>	74	57,4
Fez ou faz 2ª especialização <i>lato sensu</i>	48	37,2
Fez ou faz pós-graduação <i>stricto sensu</i>	41	31,8
Mestrado	38	29,5
Doutorado	10	7,8
Possui título de especialista	62	48,1
Título em Medicina de Família e Comunidade	54	41,9
Atua na docência	62	48,1

A atividade de pesquisa na área da saúde foi referida por 33,3% (43/129) dos egressos, sendo que um terço realiza pesquisa há um ano ou menos, outro terço entre um e cinco anos, e o terço restante entre cinco ou mais anos.

No campo da docência, sobressai um grande interesse de 83,7% dos egressos em participar da formação de médicos de família, principalmente nas áreas de preceptoria ou supervisão de alunos e residentes, ministrar aulas ou ser professor de cursos de educação permanente e tutoria. Vários egressos (52,7%) já participavam de uma ou mais dessas atividades (Tabela 3).

TABELA 3
Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo interesse e participação em atividades relacionadas à formação de médicos de família

Atividade	Formação de Médicos de Família e Comunidade			
	Interesse em participar		Participação atual	
	N	%	N	%
Preceptoria/Supervisão de alunos/residentes	102	79,1	47	36,4
Ministrar aulas	79	61,2	37	28,7
Professor de curso de educação permanente	63	48,8	22	17,1
Tutoria	62	48,1	30	23,3
Elaboração de projetos pedagógicos	35	27,1	16	12,4
Cursos à distância	44	34,1	14	10,9
Elaboração de material didático	47	36,4	17	13,2

DISCUSSÃO

A resposta à pesquisa por 55,1% dos egressos dos PRM do Estado de São Paulo foi considerada satisfatória^{4,13,27}. A avaliação

do perfil e da inserção profissional de egressos de residência médica é fundamental para a formulação de políticas públicas no campo de formação de recursos humanos especializados na área da saúde. Ao se falar de médicos de família e comunidade, o desafio torna-se mais significativo, já que no Brasil existem poucos profissionais com formação específica para trabalhar na APS, apesar da grande quantidade de médicos lotados nesses serviços. Além disso, esta análise pode contribuir para o processo de reflexão acerca da qualidade do ensino das instituições formadoras.

Em 2011, entre os titulados em MFC no Estado de São Paulo, 54,2% eram do sexo feminino (1.426 médicas) e 45,8% do sexo masculino (1.206). Em relação à faixa etária, os médicos de família e comunidade apresentam uma das menores médias de idade (39,51 anos), bem abaixo da média da população médica do Brasil, que era de 46,03 anos²⁴. O perfil observado na pesquisa – predomínio de jovens e mulheres – é compatível com o dos profissionais que trabalham na ESF^{4,24,28}.

A fixação dos egressos em São Paulo e região metropolitana é semelhante à tendência global de os médicos residirem próximos a grandes centros urbanos e polos econômicos, locais de grande concentração de estabelecimentos de ensino e de saúde e, conseqüentemente, de maior oferta de postos de trabalho^{14,24}. A Região Sudeste destaca-se no cenário de distribuição dos médicos, com um padrão de maior concentração de médicos no País e a terceira maior razão de médicos – de 2,58 por 1.000 habitantes –, ocupada pelo Estado de São Paulo, que fica atrás apenas do Distrito Federal (4,02) e do Rio de Janeiro (3,57)^{24,26,29}.

A existência de programas de residência médica é um fator que contribui para a concentração do médico em determinado local^{10,26}. No estudo, 79,1% dos egressos residiam no Estado de São Paulo, coincidindo com o local de realização da residência. No Acre e em Roraima, observou-se a taxa de fixação de praticamente 100% dos médicos que não eram naturais dos estados, mas que fizeram a residência de Ginecologia e Obstetrícia, MFC ou Pediatria nesses estados¹⁰.

Observou-se que 83,3% dos homens e 76% das mulheres residiam no Estado de São Paulo, apontando uma tendência discreta de maior de fixação dos homens no local onde fizeram a residência, destoando da encontrada na literatura, em que as mulheres médicas emigram menos²⁶.

A procura pela residência de MFC ainda é baixa, observando-se ociosidade nas vagas ofertadas no Estado de São Paulo e no Brasil. A escolha pela atuação na APS entre estudantes de Medicina ou médicos tem diversos determinantes e inclui aspectos pessoais, profissionais, acadêmicos e ideológicos^{27,28,30}.

A carência de formação em APS na graduação, com ausência de estágios que permitam a vivência longitudinal do estudante na rede de saúde, pode ser um dos fatores que influenciam a (não) escolha pela MFC, destacados por Gonçalves *et al.*³¹. No estudo, os médicos referiram que o interesse pela Medicina de Família surgiu “por empatia pessoal com a saúde pública ou para obter um emprego para iniciar sua atuação profissional”. A falta de exigência de formação específica para trabalhar na APS também pode ser um dos motivos da baixa escolha por essa especialidade, que tem como um dos principais cenários de prática a ESF.

Dados da literatura internacional identificaram que os principais fatores para o desinteresse pela especialização em MFC foram: baixa remuneração; pouco prestígio da MFC; perfil tecnológico e científico das outras especialidades, o que influenciou o prestígio; pouca vivência da APS na graduação ou experiência de estágio com um profissional desmotivado e frustrado; amplitude do conhecimento para exercer a MFC e a ideia equivocada de que esta área é muito fácil para o estudante motivado; busca de especialidades com maior remuneração devido às dívidas adquiridas com a universidade durante a graduação⁶.

Vale destacar que 34,1% dos egressos dos PRM de São Paulo não desejavam ser médico de família e comunidade após a graduação, mas depois acabaram por escolher a residência nessa especialidade.

As diretrizes curriculares do curso médico (2014), com ênfase na área de APS (30% da carga horária de graduação na APS e na urgência e emergência), foram uma importante medida para a política de formação que os Ministérios da Educação e da Saúde definiram para as escolas médicas brasileiras³².

Pesquisa com estudantes de Medicina na Alemanha observou que futuros médicos que escolhem a área atenção primária (*General Practitioner* – GP) ou Medicina de Família referem fatores distintos daqueles que aspiram a outras especialidades, particularmente em termos de orientação para o paciente e outros aspectos individuais (ambiçãõ pessoal, perspectiva futura e trabalho-vida), sendo ressaltadas as condições favoráveis de trabalho em termos de equilíbrio entre vida familiar e profissional, aspecto a ser divulgado aos estudantes no início da faculdade³³.

A expansão da estratégia, gestão e responsabilidade pela APS aos municípios, definida pelas diretrizes organizativas do SUS, transferiu a eles a implementação da política de pessoal. Autores têm discutido situações desfavoráveis resultantes dessa implementação, tais como alta rotatividade do médico e do enfermeiro, vínculos precários de trabalho e falta de plano de carreira, baixa capacitação e sobrecarga de trabalho, exces-

siva interferência da política local, concentração dos médicos de família nos grandes municípios, sendo propostas algumas soluções mais bem articuladas com a agenda da política nacional em face da literatura internacional³⁴.

Assim, o fato de 50% dos egressos entrevistados terem dois ou três postos de trabalho pode explicar em parte por que os profissionais se concentram em grandes centros urbanos, onde existem mais opções de trabalho e menor influência da política local sobre os profissionais médicos.

O perfil dos egressos, em que 77,6% dos entrevistados eram vocacionados para a especialidade e atuavam na área de MFC, aponta resultados satisfatórios dos PRM no Estado de São Paulo. Ao governo federal compete orientar a política e promover incentivos na formação de profissionais especialistas de MFC para que estes representem uma proporção significativa do total de médicos^{35,36}.

Em 2011, Girardi *et al.*³⁷ dimensionaram a escassez de médicos de APS no Brasil, utilizando três razões: população por médico de APS (40 horas ambulatoriais); taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos; e porcentagem de domicílios na pobreza (domicílios com renda familiar *per capita* de até R\$ 137). Os resultados mostraram que a maioria dos municípios e das regiões com graus de escassez grave e alta de médicos de APS se localiza nas regiões Norte e Nordeste, sendo possível implementar ações para corrigir a equidade e acesso a serviços médicos e à equipe de SF (enfermagem e agentes comunitários de saúde).

A lei do Programa Mais Médicos, criada em 2013, se sustenta numa política abrangente, organizada em três eixos: investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde (especialmente UBS); ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em Medicina e residência médica no País; e, o último eixo, denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que objetiva a ocupação emergencial de postos de trabalho médicos na APS em áreas populacionais consideradas vulneráveis²³.

Recentes resultados do PMMB foram satisfatórios: 14.462 médicos foram alocados em 3.785 municípios, com áreas de vulnerabilidade e 51% dos municípios com escassez de médicos receberam profissionais, enquanto 91% daqueles da Região Norte com escassez foram contemplados. Perceberam-se também benefícios no processo de trabalho (promoção e prevenção) das equipes, com a integração dos médicos³⁶.

Por entenderem que o setor saúde não é um mercado como outro qualquer, alguns países desenvolvidos, como Austrália, França, Reino Unido e Suécia, frente a uma distribuição irregular da quantidade e qualidade de especialistas em seus territórios, vêm adotando políticas de regulação do univer-

so de médicos especialistas no conjunto das especialidades, controlando vagas e financiamento público para a residência médica em cada ano (estoques de médicos formados segundo especialidades), a favor de médicos generalistas³⁸.

Estatísticas da OECD³⁹ mostraram proporções de 40% ou mais de médicos generalistas no total de médicos em países tais como Austrália, França e Canadá, que adotaram diretrizes políticas de valorização da atenção primária em seus sistemas de saúde. A União Europeia aprovou uma regulamentação para que os países membros preenchessem os cargos de médicos generalistas no sistema de saúde somente com egressos dos programas de residência em APS/MFC, desde 1995⁴⁰. A valorização da APS nos sistemas de saúde promoveu o aumento da proporção de generalistas no total dos médicos, implicando uma alta cobertura populacional por médicos generalistas.

Os egressos entrevistados referiram que o local de trabalho mais frequente (atual e prévio) era a ESF. É importante destacar que o SUS ampliou muito o mercado de trabalho dos profissionais da saúde, tendo a ESF um papel fundamental nesse contexto, visto que fornece empregos não somente para médicos, mas também para enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos e outros. Pode-se afirmar que o SUS é um grande gerador de empregos para o setor da saúde e que a ESF é o principal campo de trabalho do médico de família e comunidade⁴¹.

Os resultados da presente pesquisa evidenciaram que pode haver uma tendência de os médicos de família e comunidade se especializarem em áreas que consideram a integralidade e a visão holística do cuidado, além de áreas relacionadas à gestão e à saúde pública, compatíveis com o foco da formação da especialidade.

Ainda, os médicos de família e comunidade podem ser considerados especialistas da integralidade, já que este princípio é um dos principais focos da formação desses profissionais. A residência de MFC visa formar um médico que seja responsável por proporcionar cuidados integrais personalizados, continuados e contextualizados à saúde; que tenha o olhar para além do indivíduo, cuidando também da família e da sociedade, integrando os aspectos socioambientais, psicológicos e biológicos na compreensão do processo saúde-doença; e que atue como um agente de mudança no campo da saúde⁴².

Deve-se destacar a atuação dos egressos de residência de MFC do Estado de São Paulo na docência (48,1%) ou em atividades relacionadas à formação de médicos de família (52,7%). Outros estudos¹⁴ mostraram envolvimento menor dos médicos de família e comunidade com as atividades de ensino: 44,4% dos médicos de família e comunidade atuavam

na docência, predominantemente em atividades relacionadas à residência médica (72,5%), seguida de cursos de especialização (60%) e graduação (50%).

A participação do médico especialista em MFC nos cursos de graduação em Medicina é uma das principais recomendações das “Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina”, sendo que o médico de família e comunidade deve estar presente, na graduação, principalmente nos anos intermediários e no internato, para que os estudantes vivenciem, entre outras peculiaridades da especialidade, a abordagem clínica individual na APS⁴³.

Estudos têm demonstrado que ter médicos de família e comunidade em cursos de graduação atuando como referências pode influenciar a escolha dos estudantes de Medicina por esta especialidade^{44,45}. Achados de estudo de revisão da literatura de Pfarrwaller *et al.*⁴⁶ mostraram que o desenvolvimento de estratégias – programas de ensino em APS longitudinais e multifacetados – contribui para o crescimento da proporção de estudantes de Medicina que escolhe as especialidades em APS.

Na residência de MFC, o papel do médico especialista em MFC (como preceptor ou professor) também tem fundamental importância. Estes médicos exemplificam a prática da MFC para os residentes e devem atuar na supervisão de consultas e/ou das atividades na área de abrangência da Unidade de Saúde, na orientação de pesquisas e na coordenação do cuidado na atenção primária e secundária, estabelecendo uma relação entre as instituições envolvidas no processo de ensino-aprendizagem dos médicos residentes⁴⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os médicos de família egressos de PRMFC do Estado de São Paulo são predominantemente jovens e mulheres, e moram em grandes centros urbanos, com tendência a se fixar mais no próprio Estado de São Paulo, local onde realizaram a residência médica.

O local de atuação dos egressos foi bastante diverso, considerando que a formação em MFC é ampla. Quase metade dos egressos atuava na docência ou em atividades relacionadas à formação médica, sendo, portanto, peças importantes para a formação específica de novos profissionais para atuar na APS. Ademais, acredita-se que a presença do profissional *expert* nos diversos cenários – universidades e outras instituições de ensino, unidades de saúde, consultórios e gestão – possa servir como referência para outros profissionais, atraindo-os para a saúde da família e APS.

Para tanto, é essencial que haja a valorização da MFC pelas instituições formadoras e um investimento proporcional

na APS por parte das esferas governamentais, condições essenciais para que os médicos de família e comunidade possam exercer plenamente a especialidade e colaborar de fato para a consolidação e o avanço do sistema público de saúde do País.

Em que pesem as limitações decorrentes do método adotado, acredita-se que estudos que aprofundem a trajetória profissional dos médicos de família e comunidade, identificando as motivações envolvidas na escolha profissional e nos rumos tomados por cada indivíduo após a conclusão da residência, possam contribuir para a melhoria dos PRMFC e dos cenários de atuação dessa especialidade médica, que se encontra alinhada às diretrizes do SUS, no tocante ao desenvolvimento de uma rede de atenção à saúde, ordenada pela APS.

Os resultados do estudo apontaram uma perspectiva favorável da especialidade Medicina de Família e Comunidade no Estado de São Paulo, que não pode ser generalizada para a realidade de um sistema de saúde tão desigual no País, mesmo considerando as recentes medidas de regulação promovidas pela gestão do SUS. A literatura consultada e comentada possibilita ver a potencialidade no campo da formação desses especialistas, mas a graduação tem uma latência maior de tempo para mostrar a efetividade dessas alterações.

REFERÊNCIAS

1. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília. 2012. [Capturado em 12082016] Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. 2016 [capturado 2016 julho 06]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
4. Souza MH; Hamann E M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciênc. Saúde Coletiva. 2010;14(Supl. 1):1325-1335.
5. Cavalcante Neto PG, Lira GV, Miranda AS. Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. Rev Bras Educ Med. 2009; 33:198-204.

6. Harzheim E, Vicente VC, Bonal Pitz P. (Coord.). La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2008.
7. Martín-Zurro A. Atención Primaria. In: Principios da la Atención Primaria de la Salud. Parte I. Martín-Zurro A; Cano Pérez JF [Org] Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 3ª edición Elsevier España, SL. Barcelona (España), 2011.
8. Brasil. Ministério da Educação. Decreto 80.281/77. Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica. [capturado 2016 out 25]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/247-programas-e-aco-es-1921564125/residencia-medica-2137156164/13087-decretos-residencia-medica>
9. Nunes MPT, Michel JLM, Haddad AE, Brenelli SL, Oliveira RAB. A Residência Médica, a preceptoria, a supervisão e a coordenação. Cad. ABEM. 2011;7: 35-40.
10. Nunes MPT, Michel JLM, Brenelli SL, Haddad AE, Mafra D, Ribeiro ECO, et al. Distribuição das vagas de Residência Médica e de médicos nas regiões do país. Cad. ABEM. 2011;7: 28-34.
11. Michel JLM, Junior AL, Santos RA, Oliveira RAB, Rebelatto JR, Nunes MPT. Residência Médica no Brasil: panorama geral das especialidades e áreas de atuação reconhecidas, situação de financiamento público e de vagas oferecidas. Cad. ABEM. 2011; 7 13-27.
12. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde. Belo Horizonte: 2009. 83 p.
13. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Formação e qualificação do Médico de Família e Comunidade através de programas de residência médica no Brasil, hoje: considerações, princípios e estratégias. [capturado 2011 ago 12]. Disponível em: http://sbmfc.org.br/media/file/documentos/formacao_qualificacao_mfc.pdf
14. Farias ER. Onde estão e o que fazem os egressos da residência de Medicina de Família e Comunidade do Murialdo? [dissertação]. Canoas: Universidade Luterana do Brasil, 2003.
15. Falk JW. A especialidade Medicina de Família e Comunidade no Brasil: aspectos conceituais, históricos e de avaliação da titulação dos profissionais. [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.
16. Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2004; 1:5-10.
17. Falk JW, Gusso G, Lopes JMC. Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão. In: Gusso G, Lopes JMC (Org.) Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.12-18.
18. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNRM nº 07/81. Inclui o Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária entre as especialidades Médicas credenciáveis pela CNRM. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 11.436, 17 de junho de 1981.
19. Conselho Federal de Medicina. Medicina Geral Comunitária. Brasília; 1986 [capturado em 2012 nov 24] Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/1986/29_1986.htm
20. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.232, de 11 de outubro de 1986. Reconhece a Medicina Geral Comunitária como especialidade médica para efeito de registro de qualificação de especialistas nos Conselhos de Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 29, 23 out. 1986.
21. Comissão Nacional de Residência Médica. Base de dados da CNRM. [capturado em 2012 dez 28]. Disponível em: http://siscnrm.mec.gov.br/publico/relatorios/?c=main&m=retornoDireto&co_consulta=2521&typeReturn=html&perfil=CNRM&par5=SP&par6=0&par7=0#this
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – PRÓ-RESIDÊNCIA. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 9, out. 2009.
23. BRASIL. Lei nº 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 932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 out. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 21 outubro 2016.
24. Chaves HL, Borges LB, Guimarães DC, Cavalcante LPG. et al. Vagas para Residência Médica no Brasil: Onde Estão e o que é avaliado. Rev Bras Educ Med. 2013; 37:557-565.
25. Menezes D. A ascensão da residência. Jornal Saúde da Família, Florianópolis, ed.35, p.6 -9, 2016.
26. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. (Coord.) Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do

- estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina. 2011. 118 p.
27. Rodrigues ET. Egressos de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do estado de São Paulo, 2000-2009. [Dissertação] Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2012.
28. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(18): 19-20.
29. Mazza T, Sampaio SAP. O programa estadual de residência médica em São Paulo: histórico e evolução entre 1979 e 2009. In: Sampaio, SAP. (Org.). Estudos e Reflexões sobre a formação de especialistas na área da saúde. São Paulo: Fundap; 2010.p.19-67.
30. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21:490-498.
31. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, EG Cyrino. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Educ Med* 2009; 33, 393-403.
32. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/ CES 3/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 de junho de 2014. Seção 1, p.8-11.
33. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis Rev Saúde Col*. 2012; 22 (4): 1293-1311.
34. Kiolbassa et al. Becoming a general practitioner – Which factors have most impact on career choice of medical students? *BMC Family Practice* 2011; 12:25. doi:10.1186/1471-2296-12-25
35. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface*. 2015; 19(54):623-34.
36. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015; 20(11): 3547-3552.
37. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Wan der Maas L, Campos LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-86. Capturado em 14082016. Disponível em: http://www.observatoriorh.org/uruguay/sites/observatoriorh.org.uruguay/files/webfiles/fulltext/publicaciones/indice_de_escassez_de_medicos_no_brasil_estudo_exploratorio_no_ambito_da.pdf
38. Bloor K, Maynard A. Planning human resources in health care: towards an economic approach, an international comparative review. [capturado 2016 out 20]. Disponível em: <http://www.chsrf.ca/PublicationsAndResources/ResearchReports/CommissionedResearch/03-03-01/a8ae7a7e-79f3-47f5-9f65-92b9fe71b873.aspx>.
39. Organisation for Economic Co-Operation and Development. OECD Health Data 2011. Physicians by category. [capturado 2016 out 20]. Disponível em: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.
40. Forster AC. Estudo sobre a formação em Atenção Primária e Medicina de família no curso de Medicina da Universidad Autónoma de Madrid, Espanha, 1999/2000 [Tese de Livre Docência]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004
41. Matos FV, Cerqueira MBR, Silva AWM, Veloso JCV, Morais KVA, Caldeira AP. Egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade em Minas Gerais. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2014; 38: 198-204.
42. Anderson MIP, Gusso G, Castro Filho ED. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. *Revista APS*. 2005; 8: 61-67
43. Demarzo MMP, Rodrigo CCA, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 145-150.
44. Scott I, Wright B, Brenneis F, Brett-MacLean P, McCaffrey L. Why would I choose a career in family medicine? *Can Fam Physician*. 2007; 53.
45. Mello GA, Mattos ATR, Souto BFA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33, 475-482.
46. Pfarrwaller E, Sommer J, Chung C, et al. Impact of Interventions to Increase the Proportion of Medical Students Choosing a Primary Care Career: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*. 2015;30:1349-1358. doi:10.1007/s11606-015-3372-9.
47. Rodríguez CA, Cassias AL, Kolling MG. Proposta de um programa para a formação de residente em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32, 40-48.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Elisa Toffoli Rodrigues e Aldaisa Cassanho Forster participaram da concepção do estudo, coleta, análise de dados e produção do artigo. Luciane Loures dos Santos e Janise Braga Barros

Ferreira participaram da análise de dados e da escrita do artigo. João Werner Falk e Amaury Lelis Dal Fabbro participaram da análise de dados e revisão do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Aldaisa Cassanho Forster
Av. Bandeirantes, 3900
HCFMRP-USP – Departamento de Medicina Social – 2º andar
– Unidade Campus
Campus da USP de Ribeirão Preto – Ribeirão Preto
CEP 14049-900 – SP
E-mail acforste@fmrp.usp.br