

Formação dos Médicos que Atuam como Líderes das Equipes de Atenção Primária em Saúde no Paraná

Formation of Medical Acting as Leaders of the Teams of Primary Health in Paraná

Luciana Osorio Cavalli^I
Maria Lucia Frizon Rizzotto^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Atenção Primária à Saúde.
- Profissional de Saúde.
- Educação em Saúde.

RESUMO

Historicamente, os currículos das escolas médicas não propiciaram uma formação voltada à atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Atenção Básica e por isso têm sido apontados como um dos fatores que dificultam o trabalho do médico depois de formado. Várias transformações curriculares vêm ocorrendo, porém muitos profissionais não foram contemplados. Este estudo, parte integrante de uma dissertação de mestrado, realizou-se por meio de uma pesquisa de campo, descritiva, transversal, que teve como objetivo analisar a formação do profissional médico que respondeu ao Módulo II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no Estado do Paraná, ciclo I e/ou II. Os dados foram obtidos por meio de formulário semiestruturado disponibilizado online pelo programa Qualtrics. De 183 médicos que compunham o universo, 32 (17,48%) participaram da pesquisa. Entre os profissionais respondentes, 16 (50%) são egressos de universidades públicas, 11 (34%) de privadas; 17 (53%) se formaram antes de 2006; 15 (46,9%) consideraram insuficientes ou pouco suficientes os conhecimentos teóricos sobre o SUS e os conhecimentos teóricos e práticos sobre Atenção Primária à Saúde (APS) obtidos na graduação; 13 (59,1%) realizaram até um ano de prática na graduação; 14 (43,75%) relataram que saíram preparados da graduação, mas precisaram de atualização para trabalhar nesse nível de atenção; 12 (37%) possuem residência e, desses, 6 (50%) em Medicina de Família e Comunidade; 21 (66%) possuem alguma especialização, sendo 2 (9%) em Saúde da Família, 3 (14%) em saúde coletiva, e 7 (32%) em Medicina de Família e Comunidade; 23 médicos (71,8%) escolheram atuar na APS para realização pessoal/profissional. Concluiu-se que os médicos participantes da pesquisa de campo consideram sua formação incompleta sobre o SUS e sobre o processo de trabalho em APS, necessitando de formação complementar para sua atuação profissional. Tal fato evidencia que há necessidade de mudanças no processo formativo.

^I Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil.

^{II} Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil.

KEYWORDS:

- Primary Health Care;
- Health Personnel;
- Health Evaluation

ABSTRACT

Historically speaking, Brazilian medical school curricula have not provided training aimed at working in the Brazilian Unified Health System (SUS) and Primary Care. This has been identified as one of the factors that hinders the work of medical graduates. Several curricular transformations have been taking place, but they have failed to cater for many health professionals. This research was an integral part of a master's thesis and was carried out through a descriptive, cross-sectional field study that aimed to analyze the training of the medical professional who responded to Module II of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB), cycle I and / or II, in the state of Paraná. The data were obtained through a semi-structured questionnaire made available online via the Qualtrics program. Of the 183 physicians who formed the universe, 32 (17.48%) participated in the study. Among the respondent professionals, 16 (50%) were graduates from public universities, 11 (34%) from private institutions; 17 (53%) graduated before 2006; 15 (46.9%) considered the theoretical learning about the Unified Health System and the theoretical and practical learning about Primary Health Care (PHC) obtained during undergraduate training as lacking or insufficient; 13 (59.1%) underwent up to one year of practical training as undergraduates; 14 (43.75%) reported that they were adequately trained in the undergraduate program, but required updating training to work at this level of care; 12 (37%) were resident doctors, 6 (50%) in Family and Community Medicine; 21 (66%) reported having a specialization, 2 (9%) in family health, 3 (14%) in collective health and 7 (32%) in Family and Community Medicine; 23 physicians (71.8%) chose to work in PHC for personal/professional fulfillment. It was concluded that the physicians participating in the field research consider their training on the SUS and the PHC work process as insufficient, and required complementary training for their professional performance. This fact shows that there is indeed a need for changes in the training process.

Recebido em: 8/4/17

Aceito em: 19/11/17

INTRODUÇÃO

O modelo flexneriano ou biologicista tem suas origens na experiência norte-americana do início do século XX, quando, em 1910, a Fundação Carnegie propôs que Abraham Flexner avaliasse o ensino médico nos Estados Unidos, começando pelas escolas de Medicina¹. De acordo com Mendes², o modelo flexneriano se estrutura com base no mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnicização do cuidado à saúde e ênfase na prática curativa. Esse modelo influenciou a formação médica no Brasil, criando um paradigma que fragmenta o conhecimento, tornando o atendimento centrado no hospital, especializado, cientificista e individualista, distanciado do modelo humanista e da integralidade³.

A formação tecnicista e o conhecimento especializado transformaram a prática profissional, contribuindo para a divisão do trabalho médico em diferentes áreas de atuação. A especialização passou a ser importante característica da nova organização do trabalho no campo da saúde, que, associada ao avanço tecnológico, faz emergir novas especialidades e su-

bespecialidades médicas, trazendo como consequência a fragmentação dos saberes e da prática médica⁴.

Um estudo realizado por Scheffer *et al.*⁵ evidenciou o perfil de especialização dos profissionais médicos, em que apenas 41% deles não possuíam título de especialista. Além disso, observaram um aumento de médicos com mais de duas especialidades. A Região Sul manteve a maior proporção de especialistas em relação a generalistas: 2,11 especialistas para cada generalista; entre os estados da federação, o Paraná possui 33,2% de generalistas e 66,8% de especialistas, ou seja, dois especialistas para cada generalista. Quando se considera essa proporção por perfil etário, na faixa de 31 a 60 anos, 70,2% são especialistas e, abaixo de 30 anos, 73,7% são generalistas, o que pode ser justificado por conta de os jovens ainda estarem em processo de especialização.

Embora a especialização, em si, não se caracterize como problema, a questão que se coloca é qual especialidade contribui para a atuação do médico na Atenção Primária à Saúde (APS) e para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Como se sabe, o SUS foi criado com base num conceito am-

pliado de saúde-doença, privilegiando medidas de prevenção e de promoção da saúde a serem realizadas no primeiro nível de atenção. Dessa forma, legitimou-se a determinação social do processo saúde-doença como orientadora das práticas do cuidado em saúde e atribuiu-se ao SUS o papel de ordenador da formação de recursos humanos em saúde, conforme proposto no artigo nº 200 da Constituição Federal^{6,7}. Ciuffo e Ribeiro⁶ afirmam que, para reconhecer esse sistema como ordenador, exige-se uma reestruturação intensa dos currículos de Medicina, orientando-se a reforma com base no princípio da integralidade e na revisão do processo de trabalho e da gestão em saúde em todos os níveis do sistema.

Em 1994, no Brasil, criou-se o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente reformulado e denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo, então, considerada a ferramenta ideal para reorientar o modelo assistencial de saúde e estruturação da APS no País⁸.

Segundo Starfield⁹, os problemas de saúde na APS em geral se encontram em estágios que não permitem sua identificação segundo a nomenclatura padrão. Por conta disso, os médicos que trabalham nesse nível de atenção devem ser capazes de lidar com diagnósticos imprecisos e com um vínculo próximo com os pacientes. Foi com base nessas características que a maioria dos países desenvolvidos escolheu médicos generalistas para atuar na APS. Portanto, é no processo de construção do SUS que as fragilidades do ensino médico brasileiro e o questionamento do perfil dos médicos egressos dessas escolas médicas ganham visibilidade¹⁰.

Para tentar resolver o problema da formação em saúde, em 2001 os ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) propuseram medidas conjuntas consideradas inovadoras, que sinalizam possibilidades de mudanças na formação médica, com destaque para a reestruturação dos currículos de Medicina. Essas medidas foram acompanhadas de intensos debates com envolvimento da categoria e das instituições formadoras, com o objetivo de cumprir o demandado pela reforma curricular, pelo novo modelo assistencial e pelo SUS. Como resultado, observou-se um redesenho dos currículos com a inclusão de novos cenários, práticas e outras estratégias de ensino-aprendizagem. Tal iniciativa pareceu sinalizar uma possibilidade de mudança no perfil dos médicos egressos¹¹.

Além de ações para modificar a formação médica e, conseqüentemente, o perfil do egresso, o MS tem proposto ações cujo objetivo é avaliar e induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS, e para isto, em 2011, criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)¹². Esse programa está organizado em três fases: adesão e contratualização, certificação e recon-

tratualização, com incremento dos padrões de qualidade. A certificação, segunda fase, compreende o processo de avaliação externa com verificação *in loco* dos padrões de acesso e de qualidade das unidades, comprovação de informações por meio da apresentação de documentos e entrevista (preenchimento do Módulo II) com um profissional de nível superior que atua na unidade de saúde¹³.

No ciclo I do PMAQ-AB, realizado em 2012, houve, no Estado do Paraná, a adesão de 998 equipes. Do total de respondentes, 905 (90,7%) eram enfermeiros, 53 (5,3%) médicos e 40 (4,0%) dentistas, enquanto, no ciclo II, realizado em 2013/2014, 1.743 equipes aderiram ao programa no estado, tendo como respondentes 1.571 (90,13%) enfermeiros, 144 (8,2%) médicos e 19 (1,09%) dentistas.

As diretrizes do programa orientam que o profissional que vai participar da avaliação externa deve ser aquele que melhor conheça o processo de trabalho da equipe e os problemas de saúde da população adscrita ao seu território, ou seja, um profissional com características que o qualificam para o papel de liderança da equipe de saúde. Além disso, acredita-se que profissionais com este perfil tenham formação diferenciada e, em alguma medida, foram influenciados pelo processo de formação. Assim, essa pesquisa teve por objetivo analisar a formação do profissional médico que respondeu ao Módulo II do PMAQ-AB no Estado do Paraná, ciclo I e/ou II.

METODOLOGIA

Pesquisa de campo, descritiva, transversal. Para a pesquisa de campo buscou-se, primeiramente, identificar, por meio dos bancos de dados do PMAQ-AB e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os médicos respondentes do Módulo II e as respectivas unidades de saúde. Quatorze médicos participaram de ambos os ciclos, e, assim, o universo ficou constituído por 183 médicos. De posse dessas informações, fez-se contato telefônico para convidar o profissional a participar da pesquisa, explicando os seus objetivos e informando o modo de participação: preenchimento individual de um formulário *online*. Assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado por *e-mail* para aceite formal, e o *link* do formulário a ser respondido foi indicado, ambos por intermédio da plataforma de pesquisa Qualtrics. Dos 86 médicos convidados, 32 (37,2%) aceitaram participar da pesquisa.

O formulário, validado previamente por três juízes, continha perguntas abertas e fechadas, divididas em nove blocos, que incluíam temas relacionados ao perfil do profissional médico, à formação, ao trabalho atual e progresso, à participação política, aos fatores socioeconômicos familiares e à escolha profissional, além de perguntas sobre o conceito de APS, papel

do médico neste nível de atenção e razões e motivações para trabalhar na APS. As perguntas relacionadas ao perfil do médico e a sua formação foram o recorte escolhido para este artigo, que é parte de dissertação de mestrado defendida em 2016.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, com o parecer nº 1.104.708. Em todas as etapas da pesquisa foram respeitadas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa com seres humanos.

Os dados quantitativos foram tabulados e analisados por meio de frequências absolutas e relativas, e os dados qualitativos, oriundos das questões abertas, foram sistematizados e utilizados sob a forma de narrativas livres de acordo com os objetivos e temáticas abordadas na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 32 médicos participantes, 17 (53%) eram do sexo feminino e 15 (47%) masculino. A média de idade foi de 42,2 anos, sendo assim distribuídos: 4 (12,5%) na faixa etária de 20 a 29 anos; 14 (43,75%) entre 30 e 39 anos; 3 (9,38%) de 40 a 49 anos; 7 (21,87%) de 50 aos 59 anos; e 4 (12,5%) com mais de 60 anos.

Quanto à formação, 16 (50%) são egressos de universidades públicas; 11 (34%) de universidades ou faculdades privadas; 1 (3%) de uma faculdade pública de direito privado; 1 (3%) graduou-se fora do País; e 3 (9%) não responderam à pergunta. Sobre o tempo de formação, 7 (22%) formaram-se entre 1976 e 1985; 4 (13%) entre 1986 e 1995; 6 (19%) entre 1996 e 2005; 13 (41%) entre 2006 e 2012; e 2 (6%) não responderam à pergunta. Tal situação demonstra uma prevalência de trabalhadores egressos de instituições públicas, e a maioria formada nos últimos 15 anos.

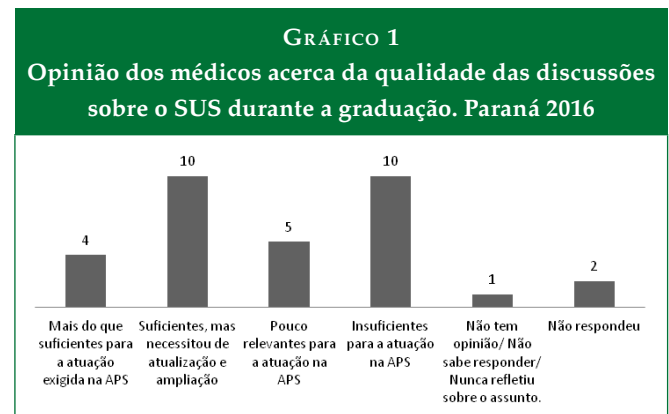
A maioria dos médicos formou-se antes de 2006, quando os currículos eram baseados na estrutura proposta pela reforma de 1968, sob influência do modelo flexneriano, ou seja, uma formação com conhecimento fragmentado, hospitalocêntrico, especializado e cientificista³. Tal proposta está distante da expectativa de formação para os profissionais que atuam na APS, o que, provavelmente, fez com que necessitassem de formação complementar para atuarem neste nível de atenção.

Quarenta e um por cento dos profissionais se formaram após 2006, ou seja, com base em um programa de ensino que deveria atender às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 para a formação médica. As DCN resultaram de discussões que envolveram professores, estudantes, diretores de escolas e representantes do governo e têm por objetivo reorientar a formação desses profissionais segundo conhecimentos generalistas e ênfase no papel social⁶. Esse documento pro-

põe: promover a articulação entre ensino superior e sistema de saúde, buscando uma formação generalista focada na promoção, na prevenção, na recuperação e na reabilitação da saúde, bem como na ampliação dos espaços de prática, levando os acadêmicos a vivências no SUS^{14,15}.

Além disso, as diretrizes propõem que a formação do médico contemple o sistema de saúde vigente no País. Para isto, a estrutura do curso deverá utilizar diferentes cenários de prática, propiciando a interação com situações variadas e trabalho em equipe multiprofissional. Essa inserção deve ocorrer desde o início da formação, com responsabilidades crescentes ao longo do curso conforme a competência do estudante e culminando com as atividades do internato, além de vincular a formação médica às necessidades sociais da saúde com foco no SUS por meio da integração entre ensino e serviço¹⁶. Pode-se inferir, então, que as respostas dadas por esses profissionais sinalizam uma formação mais adequada à atuação no SUS, conforme preveem as diretrizes.

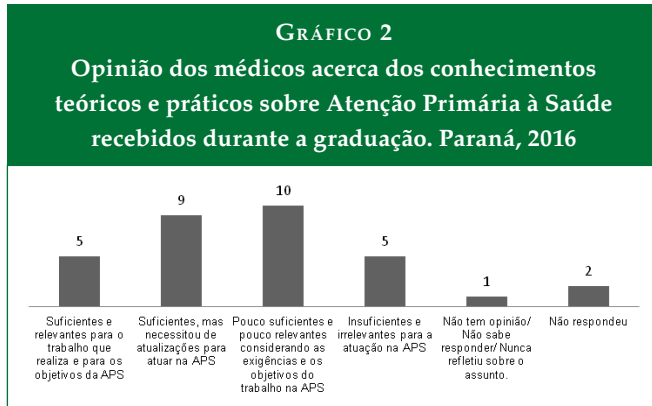
Quanto à formação inicial, em nível de graduação, os médicos responderam sobre temas possivelmente abordados durante o curso e que têm relação com a atuação na APS. Sobre as discussões acerca do SUS durante a graduação, apenas 4 médicos (12%) consideraram mais do que suficientes para a atuação na APS; todos os demais assinalaram alternativas com ressalvas sobre esse aspecto, sendo que 15 (46,9%) consideraram pouco relevantes ou insuficientes as discussões realizadas na graduação no sentido de prepará-los para atuar na APS, como apresentado no Gráfico 1.



Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Quanto aos conhecimentos teóricos recebidos durante a formação acadêmica em relação aos objetivos e ao tipo de trabalho desenvolvido na APS, as respostas obtidas indicaram que 10 médicos (31,25%) os consideraram pouco suficientes ou pouco relevantes. Se somados àqueles que afirmaram ser

insuficientes (15,65%), têm-se 15 médicos (46,90%) insatisfeitos com a formação recebida nesse quesito, conforme apresentado no Gráfico 2.



Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Em relação às perguntas sobre a prática em APS durante a graduação, 22 médicos (69%) relataram ter realizado algum estágio prático; 8 (25%) afirmaram não ter realizado nesse nível de atenção; e 2 (6%) não responderam. Sobre a duração do estágio prático, dos 22 que realizaram estágio, 6 (27,3%) afirmaram ter sido menos de 6 meses de atividade prática em APS; 4 (18,2%), seis meses; 3 (13,6%), 12 meses; 2 (9,1%), 24 meses; 1 (4,5%), 40 meses; 1 (4,5%), 60 meses; 1 (4,5%), 72 meses; 4 (18,2%) não souberam responder. Observa-se que a maioria (59,1%) teve até um ano de prática em APS, muito abaixo do preconizado pelas DCN, que recomendam a inserção precoce desde o primeiro ano de formação, finalizando com o internato. Demarzo *et al.*¹⁷ afirmam que o ensino da APS deve estar presente longitudinalmente ao longo de todo o curso com inserções significativas e fazer parte do núcleo de ensino da semiologia e da prática clínica do médico.

Sobre os conhecimentos práticos recebidos durante a formação acadêmica, de acordo com os objetivos e tipo de trabalho desenvolvido na APS, observa-se que 18 médicos (56,25%) consideraram suficientes, mas necessitaram de atualizações, e 11 (34,28%) consideraram pouco suficiente ou insuficiente a prática recebida na graduação.

A última pergunta relacionada à formação e ao trabalho em APS foi se o médico sente que saiu da universidade preparado para atuar nesse nível de atenção. Nesse aspecto, apenas 5 (15,6%) afirmaram que saíram bem preparados; 14 (43,75%) saíram preparados, mas precisaram de atualizações; 9 (28,14%) saíram pouco preparados; 1 (3,13%) nada preparado; 1 (3,13%) não tem opinião formada; e 2 (6,25%) não responderam à questão.

Em pesquisa que avaliou as mudanças dos cenários de prática, De Rosa Stella *et al.*¹⁸ identificaram que, no vetor “local de prática”, nenhuma das escolas pesquisadas se percebeu tradicional (apenas com hospital como campo de ensino prático); 25% das escolas se consideraram inovadoras pelo fato de o currículo estar estruturado no modelo hospitalocêntrico, mas com alguma inserção na APS ao menos no internato, mas ainda com dificuldades de se articular com os serviços municipais e concretizar os mecanismos de referência e de contrarreferência nos três níveis de atenção; já 75% das escolas se consideraram avançadas por terem diferentes parcerias com o município, diferentes cenários de prática nos três níveis de atenção, garantindo a compreensão dos sistemas de referência e contrarreferência e a inserção dos alunos desde o início do primeiro período na APS.

De Almeida *et al.*¹⁹, em pesquisa com cinco instituições de ensino superior do Estado do Paraná, analisaram a implantação das DCN e sugeriram que existe uma motivação para a inovação no estado. Os currículos foram idealizados com base nas diretrizes, porém ainda demandam uma série de avanços, tendo em vista que somente dois dos cinco cursos analisados satisfazem plenamente as orientações das DCN. No que diz respeito à inclusão da APS no currículo, somente uma escola não incluía a participação na ESF, as outras quatro o fazem de diferentes formas.

Ronzani²⁰ afirma que apesar da discussão realizada com o objetivo de fortalecer a reforma curricular e das transformações que vêm sendo desenvolvidas nos cursos de graduação, percebe-se ainda uma dificuldade de modificar as atitudes e crenças dos profissionais de saúde em relação ao antigo modelo de formação. O referido autor considera que o contexto (economia, mercado de trabalho, demandas da sociedade e instituições de saúde), associado a maior identificação com as práticas especializadas, com a organização curricular baseada em estruturas fragmentadas e com as rígidas divisões em disciplinas, e somado a alta dependência tecnológica, além de uma política de saúde que ainda reforça o financiamento e a infraestrutura especializada, dificulta a transformação das antigas crenças e a implantação real das reformas curriculares com transformação dos egressos e da formação médica.

Além desse problema, identifica-se também como fator complicador desse processo a qualidade e o perfil dos docentes dos cursos de Medicina. Costa²¹, ao analisar a reforma curricular e a inserção de currículos com metodologias ativas no curso de Medicina, discute os fatores limitantes, focando o perfil do docente. Ela afirma que cinco seriam os principais fatores dificultadores: (1) desvalorização das atividades de ensino e supremacia da pesquisa, sendo a docência con-

siderada pelo médico como atividade secundária, e o critério de contratação do profissional baseado em seu desempenho na área técnica e em seu *ranking* de publicações; (2) falta de profissionalização docente, ou seja, ausência de exigência de habilidades práticas para o exercício profissional; (3) desvalorização da formação docente do professor, com despreparo da maioria dos docentes, visto que quase todos são especialistas e não se identificam com o objetivo de formação generalista do acadêmico; assim, a atuação do docente se baseia na repetição de modelos que vivenciou previamente; (4) resistência docente à mudança devido à insegurança dos profissionais quanto à introdução de novas metodologias e à adaptação ao atual modelo; (5) individualismo da ação docente, pautada em currículos fragmentados e divididos em disciplinas, sendo que cada professor cristaliza seu ensino com base em determinado objetivo. Por fim, Costa afirma que vários são os desafios de quem objetiva mudança na formação médica, partindo-se, inicialmente, de mudanças na prática docente.

De acordo com relatórios da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), cada vez mais os recém-formados saem menos preparados, e, por conta disso, quase a totalidade acaba ingressando em alguma residência médica a fim de obter a especialização para complementar e/ou corrigir as falhas da sua formação¹⁴.

Quanto à formação complementar na modalidade residência médica, na presente pesquisa, 12 médicos (37,5%) referiram possuir residência: 6 em Medicina de Família e Comunidade; 4 em Pediatria; 1 em Medicina do Trabalho; 1 em Ginecologia e Obstetrícia (Tabela 1). Isto pode ter relação com o pouco tempo de formados e a precoce inserção no mercado de trabalho.

Dados gerais dos participantes dos dois ciclos do PMAQ-AB no Paraná evidenciaram que a grande maioria dos médicos não possuía residência em áreas como Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família ou Saúde Pública/Saúde Coletiva. No ciclo I, realizado em 2012, apenas seis (11,32%) dos médicos tinham residência em alguma dessas áreas; no ciclo II, somando-se esses três tipos de residência, obtiveram-se nove (6,25%) profissionais com residência nessas áreas (Tabela 1).

Nesse aspecto, observou-se uma diferença razoável entre os sujeitos da pesquisa e os dados gerais dos participantes dos dois ciclos do PMAQ-AB, em nível nacional, em que apenas seis médicos (18,75%) afirmaram possuir residência em alguma das áreas citadas. Os programas de residência são considerados o padrão ouro na formação de médicos especialistas, visto que estes atuam a partir do desenvolvimento de habilidades teóricas e práticas sob supervisão de especialistas²³.

TABELA 1
Número e porcentagem de médicos participantes da pesquisa de campo e do processo de avaliação externa do PMAQ-AB ciclo I e ciclo II, segundo tipo de residência cursada. Paraná, 2015

Pós-Graduação	Categorias	Pesquisa de Campo		PMAQ-AB Ciclo I		PMAQ-AB Ciclo II	
		FA*	%	FA*	%	FA*	%
Residência Médica**	Não possui	18	56,3	42	79,25	85	59,03
	Em curso	0	0,0	0	0,0	6	4,17
	Concluído	6	18,75	6	11,32	9	6,25
	Não respondeu	2	6,25	5	9,43	44	30,55
	Total			53	100	144	100
Especialização**	Não possui	9	28	11	20,76	32	22,23
	Em curso	0	0,0	6	11,32	15	10,42
	Concluído	12	37,5	30	56,60	53	36,80
	Não respondeu	2	6,25	6	11,32	44	30,55
	Total			53	100	144	100
Mestrado	Não possui	26	81,25	45	84,90	90	62,5
	Em curso	0	0,0	0	0,0	2	1,40
	Concluído	4	12,5	2	3,78	8	5,55
	Não respondeu	2	6,25	6	11,32	44	30,55
	Total			53	100	144	100

* FA – Frequência absoluta.

** – Considerou-se apenas residência médica ou especialização em Medicina de Família e Comunidade, em Saúde da Família e/ou Saúde Pública/Saúde Coletiva. Pode haver um profissional com mais de uma formação.

Fonte: Pesquisa de campo e banco de dados ciclo I (2011/2012) e ciclo II (2013/2014) do PMAQ-AB²².

Scheffer²⁴ identificou que, no Brasil, em 2011, havia 2.632 médicos de família e 942 médicos com formação em medicina preventiva e social, 1,75% do total de especialistas. Uma pesquisa semelhante desenvolvida pelo mesmo autor em 2015²⁵ verificou um crescimento, com 4.022 médicos de família e 1.790 médicos de medicina preventiva e social. Porém, apesar do aumento em termos absolutos, ocorreu uma diminuição do percentual destes médicos entre os especialistas – com 1,7% do total.

Portanto, embora o percentual de médicos respondentes da pesquisa de campo, bem como dos participantes do ciclo I e ciclo II do PMAQ-AB em nível nacional com formação em residência médica nas áreas acima citadas pareça pequeno, ele é significativamente maior do que o percentual de profissionais com essa formação na população médica nacional.

Valores maiores foram observados em relação à formação complementar do tipo especialização. Os dados da presente pesquisa mostram que 21 médicos (66%) possuem alguma especialização, revelando que esta é a modalidade de maior escolha dos médicos. Isto pode ser explicado pela possibilidade de fazer uma especialização ao mesmo tempo em que se está trabalhando. Quanto à área de formação da especialização, identificou-se: 1 (4,5%) em antroposofia médica; 1 (4,5%) em Dermatologia; 1 (4,5%) em dor; 1 (4,5%) em Geriatria; 1 (4,5%) em Infectologia; 1 (4,5%) em gestão de projetos; 2 (9%) em Homeopatia; 2 (9%) em Medicina do Trabalho; 2 (9%) em Saúde da Família; 3 (14%) em Saúde Coletiva; 7 (32%) em Medicina de Família e Comunidade (um médico tinha duas especializações). Somando-se as especializações do campo da Saúde Coletiva, 12 profissionais (37,5%) possuíam especialização nesta área (Tabela 1).

Os dados gerais dos participantes dos dois ciclos do PMAQ-AB no Paraná sobre a formação em nível de pós-graduação/especialização mostraram que 30 médicos (56,60%) do ciclo I e 53 (36,80%) do ciclo II realizaram algum tipo de especialização na área da Saúde Coletiva, tais como Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família ou Saúde Pública/Saúde Coletiva (Tabela 1).

Os cursos de especialização têm por objetivo principal capacitar médicos que se encontram atuando na APS. Várias críticas podem ser feitas a esses programas, entre elas: reduzi-da carga horária, foco na discussão teórica em detrimento da prática, discussão pautada prioritariamente nos conteúdos da Saúde Coletiva e não nas competências da Medicina de Família²³. Entende-se, porém, que essas políticas são necessárias, dada a urgência de ampliar e implementar a APS no País, e a especialização acaba por se tornar uma estratégia prioritária, principalmente quando se inclui a possibilidade de modali-

dade a distância²⁵. Os fatores acima citados contribuíram para o achado de maior percentual de médicos com esse perfil de formação.

Sobre a formação complementar *stricto sensu*, entre os sujeitos da pesquisa, apenas quatro médicos (12,5%) afirmaram ter cursado mestrado. Os dados gerais dos participantes dos dois ciclos do PMAQ-AB, no Paraná, mostram que, no ciclo I e II, apenas um médico tinha formação *stricto sensu*, em Saúde da Família.

Os dados apresentados acima apontam certa similaridade entre os sujeitos da presente pesquisa e os participantes dos ciclos I e II do PMAQ-AB Paraná no que se refere à formação em nível de pós-graduação. Isto pode evidenciar que a amostra do estudo é representativa do universo dos médicos que participaram do processo de avaliação externa do PMAQ-AB. Porém, os mesmos dados indicam que uma parte importante dos profissionais não possui especialização em áreas que favoreçam o trabalho na APS, como Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família ou Saúde Pública/Saúde Coletiva, mesmo entre os profissionais que se colocam como líderes das equipes de saúde.

Os médicos também foram indagados sobre as razões da escolha da medicina como profissão. Entre as motivações, houve respostas associadas a: perfil e aptidão; ajudar o outro; por gostar de pessoas e de aliviar sofrimentos; gosto pelas ciências; vocação; querer mudar o mundo; boa remuneração; porque sempre quis; porque sempre me identifiquei com a profissão.

Já ao serem questionados se acreditavam que as motivações tinham se concretizado, dos 32 sujeitos, 23 (71,8%) responderam que sim, 5 (15,6%) que não e 4 (12,6%) não responderam. Entre os que afirmaram que sim, foram destacadas as seguintes razões: sensação de realização pessoal; participar do planejamento de ações que melhoram a saúde das pessoas; por ser reconhecido pela população; por poder ajudar as pessoas; “Por que participo efetivamente do planejamento de ações que visam melhor qualidade de atendimento em saúde para os munícipes da cidade onde vivo”; ou então: “toda a minha formação e pós-graduação foi voltada a melhorar minha prática na Atenção Primária (saúde pública, homeopatia, fitoterapia, medicina tradicional chinesa e acupuntura, gestão da clínica nos serviços de saúde)”. A mesma médica acrescentou: “Após 26 anos como médica, já percebo os frutos que minha atuação profissional gerou. Sinto-me realizada”. Entre os que afirmaram que não se sentem realizados na profissão, as razões foram: incertezas profissionais; incapacidade de executar os trabalhos por falta de estrutura; falta de valorização; “Incapacidade de executar os trabalhos como realmente deveriam

por falta de estrutura geral” ou então: “Por que não fiz a especialização que queria”.

Millan *et al.*²⁶ afirmam que a escolha da profissão pode ser analisada por meio de motivações de natureza consciente e inconsciente. Moreira *et al.*²⁷, em pesquisa com estudantes de Medicina, dividem a motivação para escolha profissional em influência familiar, independência financeira, identificação pessoal, *status* profissional e ajudar as pessoas. São categorias muito semelhantes às encontradas neste estudo. Arruda e Millan²⁸ afirmam, porém, que as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho do médico (múltiplos empregos, remuneração e condições de trabalho inadequadas), somadas à redução do prestígio social, dificultam ao estudante vivenciar a ilusão construída, próximo das afirmações dos sujeitos deste estudo.

CONCLUSÃO

Entre os respondentes do PMAQ-AB, no Estado do Paraná, encontramos um perfil diferenciado em relação à formação em APS, seja residência ou especialização, visto que ele é superior ao encontrado no País na população médica em geral. Em 2015, 1,7% dos profissionais médicos do Brasil possuíam formação em Medicina de Família e Comunidade ou Medicina Preventiva e Social, enquanto na população dos dois ciclos do PMAQ-AB no Paraná 56,60% dos médicos do ciclo I e 36,80% do ciclo II realizaram algum tipo de especialização na área da Saúde Coletiva. Isto pode ser um fator que contribui para esses profissionais se tornarem líderes da equipe.

Quanto à impressão desses profissionais acerca da sua formação sobre o SUS, sobre o processo de trabalho em APS e sobre o tempo de prática, percebe-se, conforme proposto por vários autores, uma inadequação entre a característica da formação médica e a sua atuação em APS, uma vez que a maioria dos respondentes também afirmou ter necessitado de atualizações para realizar o seu trabalho nesse nível de atenção. Mas, apesar das dificuldades encontradas, a maioria dos profissionais admite que foi graças à atuação desenvolvida na APS que conseguiu atingir o objetivo pelo qual escolheu fazer medicina.

REFERÊNCIAS

- De Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil. *Cad. Saúde Pú* [online]. 2010. 26 (12) [capturado 15 jan. 2016]; 2234-49. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2430/1/repos2010.8.pdf>.
- Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBCS, Brasil ISPS, Santos LSC. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2007. 31(3): 223-8.
- Machado MH, coord. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997 [capturado 10 jan. 2016]. Disponível em: <http://books.scielo.org>.
- Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo; 2015, [capturado 20 fev. 2016]. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>.
- Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos. *Interface-Comunic, Saude, Educ* [online]. 2008; 24 (12) [capturado 10 jan. 2016]; 125-40. Disponível em: <http://lct.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/SUS%20e%20forma%E7%E3o%20de%20m%E9dicos.pdf>
- Azevedo BMS, et al. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. *Interface-Comunic, Saúde, Educ* [online]. 2013; 44 (17) [capturado 10 jan 2016]; 187-199. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/aop5412.pdf>.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária - Seminário do Conass para construção de consensos / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS documenta. Brasília; 2004. [capturado 20 set, 2013]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass_documenta2.pdf.
- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades e saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- Almeida ML. Educação Médica e saúde: possibilidades de mudança. Londrina: EDUEL; Rio de Janeiro, 1999.
- Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras de Educ Méd* [online]. 2008. 32 (4) [capturado 10 jan. 2016]; 492-99.. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, 2012. [capturado 22 jun. 2014]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional

- de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF. Brasília, 2015. [capturado 25 mar. 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf.
14. De Oliveira NA, et al. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *RevBrasEducMéd* [online]. 2008. 32 (3) [capturado 26 ago. 2014]; 333-346. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a08.pdf>.
15. Dias HS, De Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *RevCiên e Saúde Col*. 2013. 18 (6); 1613-24.
16. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. *Diário Oficial da União; Seção 1*, p. 38. Brasília, 2001.
17. Demarzo MMP, et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *RevBras de Med da Fam e Com* [online]. 2011. 6 (19) [capturado 26 jul. 2016]; 145-150. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/116>
18. De Rosa Stella RC, et al. Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde. *RevBrasEducMéd* [online]. 2009. 33 (1) [capturado 15 jan. 2016]; 63-9. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/is_digital/is_0110/pdfs/IS30\(1\)010.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/is_digital/is_0110/pdfs/IS30(1)010.pdf)
19. De Almeida MJ, et al. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. *RevBrasEducMéd* [online]. 2007. 31 (2) [capturado 14 jan. 2016]; 156-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbem/v31n2/05.pdf>.
20. Ronzani TM. A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças. *RevBras de EducMéd* [online]. 2007. 31 (1) [capturado 24 fev. 2016]; 38-43. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbem/v31n1/06.pdf>.
21. Costa, NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar. *RevBrasEducMéd* [online]. 2007. 31 (1) [capturado 12 jan. 2016]; 21-30. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbem/v31n1/04.pdf>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Banco de Dados PMAQ-AB [capturado 20 jun. 2016]. Disponível em: http://dab.sau.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados
23. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *RevBras de Med de Fam e Com* [online]. 2001. 18 (6) [capturado 15 ago. 2016]; 19-25. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmf/article/view/246/195>
24. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, v. 1.
25. Castro Filho ED, et al. A especialização em MFC e o desafio da qualificação médica para a Estratégia Saúde da Família: proposta de especialização em larga escala, via educação a distância. *RevBrasMedFam Com* [online]. 2007. 11 (3) [capturado 15 ago. 2016]; 199-209. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Marcelo_Demarzo/publication/279475268_A_especializacao_em_MFC_e_o_desafio_da_qualificacao_mdica_para_a_Estrategia_Sade_da_Familia_proposta_de_especializacao_em_larga_escala_via_educacao_distncia/links/5599332408ae5d8f393520c9.pdf
26. Millan LR, et al. Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. In: Millan LR. *Universo Psicologico Do Futuro Medico*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p. 75-82.
27. Moreira SNT, et al. Processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. *RevBrasEducMed* [online]. 2006. 30 (2) [capturado 08 ago. 2016]; 14-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbem/v30n2/v30n2a03.pdf>.
28. Arruda PCV, Millan LR. A vocação médica. In: Millan LR. *O Universo psicológico do futuro médico*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p. 15-29.

Ambos os autores participaram ativamente para elaboração do presente artigo. Este artigo trata-se de uma parte da dissertação do mestrado orientado por Maria Lucia Frizon Rizzotto e desenvolvida por Luciana Osorio Cavalli.

A pesquisa foi realizada utilizando financiamento dos próprios autores, não havendo, portanto, conflito de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Minas Gerais, 1083 apto 603 CEP: 85.812-030
Cascavel - PR