

**Universidade de São Paulo  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
Departamento de Medicina Social**

**ELISA TOFFOLI RODRIGUES**

**Egressos de programas de residência em Medicina de  
Família e Comunidade do estado de São Paulo, 2000-2009**

**Ribeirão Preto  
2012**



**ELISA TOFFOLI RODRIGUES**

**Egressos de programas de residência em Medicina de Família e  
Comunidade do estado de São Paulo, 2000-2009**

Pró-forma da Dissertação apresentada à  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Mestre em Saúde  
na Comunidade.

Área de concentração: Saúde na  
Comunidade

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aldaísa Cassanho  
Forster

**Ribeirão Preto  
2012**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Rodrigues, Elisa Toffoli.

Egressos de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do estado de São Paulo, 2000-2009 / Elisa Toffoli Rodrigues; orientadora Aldaísa Cassanho Forster. - Ribeirão Preto, 2012.

147 p. : il.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/  
Universidade de São Paulo, 2012.

1. Medicina de família e comunidade. 2. Saúde da família. 3. Médico de família. 4. Recursos humanos em saúde. 5. Residência médica.

**RODRIGUES, E. T. Egressos de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do estado de São Paulo.** Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde na Comunidade.

Aprovado em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Banca Examinadora

Profa. Dra. Aldaisa Cassanho Forster

Instituição: FMRP-USP

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. João Werner Falk

Instituição: UFRGS

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Olga Maria Fernandes de Carvalho

Instituição: UNICAMP

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela criação de tantas coisas maravilhosas, incluindo a natureza que sempre renovava as minhas energias e à Jesus, querido mestre, amigo e irmão, pelo exemplo de vida que me inspira e desafia a evoluir a cada dia.

Aos meus pais, que me deram o suporte para seguir em frente nesta jornada e em tantas outras, com muito carinho e amor, resgatando sempre a espiritualidade e os princípios essenciais da vida.

Aos meus irmãos, cunhados e cunhadas, sobrinhos e sobrinhas e outros familiares, por compartilharem de perto momentos de felicidade, tristeza, amor, raiva, insegurança e tantos outros, que de diversas formas me incentivaram a realizar este trabalho.

Ao querido Marcelo, meu companheiro, que me ensina muito a cada dia, pela ajuda incondicional em todos os momentos, pelo incentivo, pelo amor e pela compreensão das horas de ausências dedicadas a essa pesquisa.

À professora Aldaisa Cassanho Forster, minha orientadora, por me dar a oportunidade de crescer e seguir meu caminho, cujo apoio constante permitiu a concretização desta dissertação.

Aos demais professores do Departamento de Medicina Social da USP, pelas disciplinas ministradas, debates e conversas que permitiram um aprendizado constante.

Ao médico de família Elson Romeu de Farias, pela inspiração e apoio para realização desta dissertação.

Aos companheiros do Núcleo de Saúde da Família IV (FMRP-USP) e colegas de residência pela oportunidade da realização da Residência Médica em Medicina de

Família e Comunidade, que contribuiu para meus questionamentos iniciais que geraram o tema dessa dissertação.

A todos os funcionários e amigos do Núcleo de Saúde da Família Portal do Alto (FMRP-USP), por me acolherem tão bem no meu primeiro emprego e me ensinarem na prática o papel do médico de família e da importância da equipe.

Aos meus colegas, amigos e mestres da Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Uberlândia, por compartilharem comigo a jornada da docência e acreditarem tanto no meu trabalho, em especial a Flavia do Bonsusseco Teixeira pelo auxílio na discussão qualitativa.

Aos amigos Jesus Cardoso Netto e Bruno Predalva pelo apoio essencial na realização do teste piloto em Minas Gerais e por tantas outras coisas.

Ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, em especial aos conselheiros João Ladislau e Ademir Lopes Júnior, além de todos os integrantes da Câmara Técnica de Medicina de Família e Comunidade, pelo apoio na realização deste trabalho, essencial para a obtenção dos dados dos egressos do estado de São Paulo.

À Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, especialmente na figura de Daniel Knupp, que se prontificou imediatamente às minhas solicitações, imprescindíveis para a localização dos egressos.

A todos os programas de residência em Medicina de Família e Comunidade que me auxiliaram no fornecimento de dados sobre os egressos.

Aos médicos de família que fizeram residência nos estados de Minas Gerais e de São Paulo, pela disponibilidade em responder o questionário e pela participação na pesquisa de forma ativa, com questionamentos, sugestões, críticas e palavras de incentivo e de apoio.

Aos amigos do CEBES de Ribeirão Preto, por manter acesa a chama da militância pela saúde em muitos corações.

Aos amigos do grupo “NOZES UFU”, verdadeiros companheiros de vida, por compartilhar, incentivar, militar e dar muitos bons exemplos.

Aos amigos do Centro Espírita União e Amor, que sempre me ajudaram a manter o equilíbrio necessário para se viver e compartilharam ideais de vida.

Aos professores João Werner Falk e Olga Maria Fernandes de Carvalhos por terem aceitado fazer parte da banca de avaliação desta dissertação.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram, direta ou indiretamente, na realização desta pesquisa.



Todo jardim começa com uma história de amor. Antes que qualquer árvore seja plantada ou um lago construído, é preciso que eles tenham nascido dentro da alma. Quem não planta jardim por dentro, não planta jardins por fora e nem passeia por eles.

**Rubem Alves**

## RESUMO

RODRIGUES, E. T. **Egressos de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do estado de São Paulo, 2000-2009.** 2012. 147 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

No Brasil, a qualificação dos recursos humanos para trabalhar na Estratégia Saúde da Família é baixa. Considerando a importância do Estado de São Paulo como pólo formador de recursos humanos para a área da saúde, estudou-se a situação dos egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) do Estado de São Paulo (ESP), que finalizaram a residência entre 2000 e 2009. Foi caracterizado o perfil sociodemográfico desses médicos e suas trajetórias profissionais após o término da residência médica, além da satisfação com o trabalho. Os dados foram coletados em 2012, por meio de um questionário eletrônico, dividido nos seguintes blocos: perfil sócio-econômico, atuação profissional, e atividades de Medicina de Família e Comunidade (MFC). Do universo de 234 egressos de 17 PRMFC do ESP, foram incluídos no estudo 129 pessoas de 14 instituições. A maior parte é do sexo feminino (58,1%) e está na faixa etária de 30 a 34 anos (55,8%). Moram predominantemente no ESP (79,1%) e em municípios de grande porte ou em metrópoles (89,1%). A graduação em medicina foi realizada principalmente na região sudeste (92,3%), sendo majoritária a participação do ESP (72,1%). Dos egressos respondentes, 98,4% atuam na área da saúde, sendo que 74,6% atuam na Medicina de Família e Comunidade e 48,1% atuam na docência. Referiram trabalhar em um posto de trabalho 33,9%, dois postos 33,9% e três postos 15,0%, estes não relacionados à docência. O local de trabalho atual mais frequente foi a Estratégia Saúde da Família (49,6%), seguida da Urgência e Emergência (26,7%), consultório particular e Unidade de Saúde Tradicional, com 19,7% cada e, por último, a gestão/gerência (18,9%). Em relação à trajetória acadêmica após a residência de MFC, 10,1% dos egressos fizeram outra residência médica, 57% realizaram especialização *lato sensu* e 31,8% *stricto sensu*. Possuem título de especialista em MFC 41,9% dos entrevistados. Mais da metade dos egressos participam da formação de médicos de família (52,7%), sendo que 83,7% têm interesse em realizar esse tipo de atividade. Dos médicos de família que atuam na área da MFC, a maioria está satisfeita ou muito satisfeita e 44,8% deles estão motivados. Conclui-se que os médicos de família egressos de PRMFC do ESP são predominantemente jovens e mulheres e moram em grandes centros urbanos, tendendo a se fixar mais no próprio ESP, local onde fizeram a residência médica. O local de atuação dos egressos é bastante diverso, já que a formação em MFC é ampla. Muitos egressos participam de atividades relacionadas à formação dos médicos de família sendo, portanto, peças fundamentais para a formação de novos

profissionais capacitados para atuarem na Atenção Primária à Saúde. Além disso, a maioria deles está satisfeita com o trabalho na MFC, mas ainda faltam reconhecimento e valorização da especialidade.

**Palavras-chave:** Medicina de família e comunidade. Saúde da Família. Médico de família. Recursos humanos em saúde. Residência médica.

## ABSTRACT

RODRIGUES, E. T. **Graduates of residency programs in Family and Community Medicine of the state of São Paulo, 2000-2009. 2012.** 147 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

In Brazil, human resource qualification to work in the Family Health Strategy is low. Considering that the State of São Paulo (SSP) is an important human resource forming center for healthcare, the situation of graduates in Residency Programs in Family and Community Medicine (RPFCM), who finalized their residency between 2000 and 2009, was assessed. The sociodemographic profile from these physicians was characterized, along with their professional careers after residency and job satisfaction. The data was collected in 2012 through an online questionnaire, which was divided into the following sections: socioeconomic profile, professional performance, and activities in Family and Community Medicine (FCM). From the total of 234 graduates from 17 RPFCMs of SSP, this study included 129 people from 14 institutions. The majority of participants are females (58.1%) and between the ages of 30 and 34 (55.8%). Most of them live in SSP (79.1%) and in larger cities or metropolitan areas (89.1%). Their medical degree was predominantly obtained in the southeast region (92.3%), mostly from the SSP (72.1%). From the 129 participants, 98.4% are healthcare practitioners. From these, 74.6% work in Family and Community Medicine and 48.1% work in education. They reported having one (33.9%), two (33.9%), or three (15.0%) job positions, not related to education. The most frequently reported current workplace was Family Health Strategy (49.6%), followed by Urgency and Emergency (26.7%), private practice (19.7%), Traditional Health Unit (19.7%) and healthcare management (18.9%). Regarding academic career after FCM residency, 10.1% did another residency, 57.0% obtained a *lato sensu* specialization and 31.8% acquired a *stricto sensu* degree. A specialization in FCM was performed by 41.9% of the participants. Over half of the participants are training the next generation of family physicians (52.7%), while 83.7% of these intend to follow this career. The majority of family physicians working in FCM are satisfied or very satisfied in the chosen career, and 44.8% of them are motivated. In conclusion, residency graduates from RPFCM-SSP are predominantly women and young, living in large urban centers, tending to locate in SSP where their residency was acquired. The working environment of the graduates is quite diverse, since the aptitude learned at FCM is ample. Many graduates actively participate in activities related to the training of family physicians, therefore, are a fundamental part in training new professionals to work in Primary Health Care. Moreover, most of them are satisfied with their jobs in FCM, despite the lack in recognition and appreciation for this healthcare specialty.

**Keywords:** Family and Community Medicine. Family Health. Family physician. Human Resource in Health. Medicine Residency.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição de especialistas em Medicina de Família e Comunidade, segundo Unidades da Federação, Brasil, 2011.....	44
Figura 2 -	Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (em números absolutos), segundo unidade de federação.....	68
Figura 3 -	Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (em números absolutos), segundo municípios do estado de São Paulo.....	69
Figura 4 -	Fluxograma dos egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, 2000-2009, segundo o local de moradia e de graduação.....	73

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Evolução de instituições com Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade ou Medicina Geral Comunitária, Estado de São Paulo, 2002-2009.....	48
Gráfico 2 -	Evolução das vagas de R1 em Medicina Geral Comunitária e Medicina de Família e Comunidade, no Estado de São Paulo e no Brasil, 2002 a 2009.....	48
Gráfico 3 -	Distribuição dos egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, 2000-2009, segundo o ano de conclusão da residência.....	65
Gráfico 4 -	Distribuição dos egressos brasileiros dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, por Unidade de Federação, segundo a naturalidade.....	67
Gráfico 5 -	Distribuição dos egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, por Unidade de Federação, segundo o local de moradia.....	68
Gráfico 6 -	Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo o número de postos de trabalho não relacionados à docência.....	77
Gráfico 7 -	Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo tempo de atuação e local de trabalho atual.....	80
Gráfico 8 -	Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo jornada semanal e local de trabalho atual.....	80
Gráfico 9 -	Egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo o tempo de permanência máximo em uma mesma equipe e o tempo total de atuação na ESF.....	88

Gráfico 10 - Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo as atividades relacionadas à formação de médicos de família.....	89
Gráfico 11 - Distribuição dos egressos que atuam na área da Medicina de Família e Comunidade segundo o grau de satisfação no exercício no trabalho .....	90

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos egressos, segundo o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Estado de São Paulo, 2000-2009.....	64
Quadro 2 - Egressos dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo a faculdade de medicina de origem.....	72



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	População médica em atividade, Estado de São Paulo, 2011 .....	46
Tabela 2 -	Indicadores do Estado de São Paulo, 2011 .....	46
Tabela 3 -	Indicadores de São Paulo (capital), 2011 .....	46
Tabela 4 -	Vagas de R1 de Medicina de Família e Comunidade credenciadas, segundo a categoria administrativa, São Paulo, 2009 .....	49
Tabela 5 -	Distribuição das vagas de R1 em Medicina de Família e Comunidade e número de residentes matriculados em 2011, segundo Região do Brasil .....	52
Tabela 6 -	Egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo o meio de contato .....	58
Tabela 7 -	Distribuição dos egressos dos Programas de Residências de Medicina de Família e Comunidade, Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo sexo e faixa etária .....	66
Tabela 8 -	Egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo o porte do município de moradia .....	70
Tabela 9 -	Egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo sexo e local de moradia .....	71
Tabela 10 -	Egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo área de atuação .....	74
Tabela 11 -	Egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo local de atuação e desejo de ser médico de família .....	75
Tabela 12 -	Egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo atuação na Estratégia Saúde da Família .....	78
Tabela 13 -	Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo a renda mensal .....	81

Tabela 14 - Egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo as atividades de docência .....	82
Tabela 15 - Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo o número de equipes de ESF que o profissional trabalhou após o término da residência.....	87

## LISTA DE SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bahia
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COREME	Comissão de Residência Médica
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CSE	Centro de Saúde Escola
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DF	Distrito Federal
DP	Desvio Padrão
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
EST	Escala de Satisfação do Trabalho
EVENT	Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
FM	Faculdade de Medicina
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FUNDAP	Fundação do Desenvolvimento Administrativo
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	Ministério de Educação
MBA	<i>Master Business Administration</i>
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MG	Minas Gerais
MGC	Medicina Geral Comunitária
MS	Mato Grosso do Sul
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pará
PET- SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PR	Paraná
PRM	Programa de Residência Médica
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
PRMMFC	Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
PROMEF	Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade
PRO-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PRÓ-RESIDÊNCIA	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
PSF	Programa Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
PUCCAMP	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
R1	Residente do primeiro ano
R2	Residente do segundo ano
R6	Residente do sexto ano
RJ	Rio de Janeiro
RMFC	Residência de Medicina de Saúde da Família e Comunidade
RO	Roraima
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBMGC	Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária

SC	Santa Catarina
SESU	Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SisCNRM	Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Médica
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde (Ministério da Saúde)
TEMFC	Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFENAS	Universidade de Alfenas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNILUS	Faculdade de Ciências Médicas de Santos
UNIOSTE	Universidade do Oeste Paulista
UNIVAS	Universidade do Vale do Sapucaí
USP	Universidade de São Paulo

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>27</b>
2.1 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família.....	27
2.2 Recursos humanos na Atenção Primária à Saúde.....	30
2.3 Especialização do médico no Brasil.....	35
2.4 A Medicina de Família e Comunidade no Brasil e os Programas de Residência em MFC.....	39
2.5 Os Programas de Residência em MFC do Estado de São Paulo.....	45
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>55</b>
3.1 Objetivo Geral.....	55
3.2 Objetivos Específicos.....	55
<b>4 MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>57</b>
4.1 População do estudo.....	57
4.2 Critérios de inclusão.....	57
4.3 Critérios de exclusão.....	57
4.4 Coleta de dados.....	58
4.5 Instrumento da coleta de dados.....	59
4.6 Considerações éticas.....	59
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>61</b>
5.1 Estudo piloto.....	61
5.2 Considerações sobre o método.....	61
5.3 Residência em Medicina de Família e Comunidade.....	64
5.4 Bloco 1: Identificação.....	65
5.4.1 Perfil sócio-demográfico.....	65
5.4.2 Faculdade de Medicina de origem e ano de conclusão da graduação.....	71
5.4.3 Local de moradia atual e local de realização da residência em MFC e da graduação em Medicina.....	73
5.5 Bloco 2: Atuação profissional.....	74
5.5.1 Situação profissional.....	74
5.5.1.1 Área de atuação e desejo de ser médico de família e comunidade.....	74
5.5.1.2 Local de atuação.....	76
5.5.1.3 Renda.....	81
5.5.1.4 Pesquisa e Docência.....	82
5.5.2 Trajetória acadêmica após o término da residência em MFC.....	84
5.5.2.1 Outra pós-graduação ou residência.....	84

5.5.2.2 Título de especialista.....	86
5.5.3 Empregos após o término da residência em MFC.....	86
5.6 Bloco 3: Atividades em Medicina de Família e Comunidade.....	88
5.6.1 Atividades relacionadas à formação de Médicos de Família e Comunidade.....	88
5.6.2 Atividades profissionais na MFC e grau de motivação e satisfação.	90
5.7 Análise das questões abertas.....	94
<b>6 CONCLUSÕES.....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>113</b>





## 1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho surge como o intuito de responder alguns questionamentos sobre a formação de recursos humanos na área da saúde, especificamente para trabalhar na Atenção Primária à Saúde. Essa discussão já existe em diversos lugares do mundo, mas foi pouco explorada no Brasil.

A formação do médico, especificamente, apresenta algumas particularidades que chamam a atenção quando comparados com a de outros profissionais da área da saúde: é mais longa, tem carga horária elevada, além de estar associada a uma profissão com impacto social e autoridade cultural importantes (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2009).

Na Atenção Primária à Saúde, a preocupação com os recursos humanos não é diferente das demais áreas. No Brasil, que tem como modelo de reorganização da APS a Estratégia Saúde da Família, há alguns estudos que mostram a inadequação de profissionais ao objeto de trabalho nessa área (MACHADO, 2000; CAVALCANTE NETO; LIRA; MIRANDA, 2009; TOMASI et al., 2008; BRASIL, 2002b). Estes dados são preocupantes, pois para que o Sistema de Saúde realmente seja efetivo, este deve ser baseado na APS e ter o maior padrão de excelência possível, o que só pode ser atingido se houver a presença de profissionais qualificados formados para tal fim (HARZHEIM, 2008).

Considerando o contexto brasileiro e também internacional e partindo da observação de colegas que fizeram residência nessa área, os quais em sua maioria apresentavam um olhar diferenciado em relação à medicina tradicional e sempre com a preocupação do cuidado integral das pessoas (e não das doenças!), da família e da comunidade, surgiu a indagação: quem são esses profissionais que optaram pela Medicina de Família e Comunidade, mesmo compreendendo todas as dificuldades enfrentadas pela especialidade, como falta de valorização e de reconhecimento pelos pares, pelos gestores e também por parcela da população?

Além disso, minha trajetória profissional também me estimulou na definição do tema para essa dissertação. A escolha pela realização da residência em Medicina de Família e Comunidade no Estado de São Paulo, primeiramente com o intuito de poder me capacitar para atuar como médica de família e comunidade na

Estratégia Saúde da Família, e o leque de possibilidades de trabalho proporcionadas pela própria residência médica, que me levou a optar pela docência, após atuar na ponta do sistema de saúde, foram grandes estimuladores para a realização deste trabalho. Ademais, compreendendo a importância de estimular e embasar políticas públicas que consolidem a Medicina de Família e Comunidade (desde a formação deste médico até a consolidação da sua prática profissional, independente do local onde este está), compreendendo a residência médica como padrão-ouro de formação, dada a importância no cenário nacional do Estado de São Paulo como formador de profissionais para a área da saúde e considerando também as vivências pessoais e profissionais de outros médicos de família, compartilhadas em congressos, encontros ou outros eventos, surge a curiosidade sobre a trajetória profissional dos egressos das residências de Medicina de Família e Comunidade, transformada posteriormente em objeto de muito estudo e pesquisa,

Esse trabalho inicia-se, então, com uma abordagem sobre a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família, reforçando o papel destas no Sistema de Saúde. Seguem-se a esta discussão alguns dados sobre a formação de recursos humanos e a especialização na área da saúde. Para se compreender melhor sobre a especialidade escolhida, faz-se um aprofundamento teórico sobre a Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil e os Programas de Residência em MFC, dando destaque para o estado de São Paulo.

Assim, após o referencial teórico são apresentados os objetivos da pesquisa e qual o material e método utilizados para alcançá-los.

Os resultados mostram primeiramente um panorama geral das residências de Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, apresentando quem foram os sujeitos da pesquisa. Para facilitar a compreensão do estudo, os dados foram divididos em três blocos. O primeiro se refere ao perfil sócio demográfico e à caracterização do local de formação dos egressos. Estas informações já nos ajudam a identificar quem são essas pessoas que optaram pela Medicina de Família e Comunidade.

No segundo bloco, apresenta-se a trajetória profissional desses médicos, destacando os locais de atuação, a renda com o trabalho na área da saúde, a trajetória acadêmica e o envolvimento com a pesquisa e docência.

O terceiro bloco discute sobre o envolvimento destes especialistas com a formação das próximas gerações de médicos de família, além de investigar sobre a

motivação e a satisfação com o exercício da MFC. Nessa parte, os participantes da pesquisa tiveram a oportunidade de colocar mais subjetivamente suas justificativas, permitindo assim, ampliar a reflexão sobre a formação dos médicos de família e os fatores que permeiam o trabalho dos que já são especialistas.

Espero, com este estudo, que possam ser compreendidos o perfil e o campo de atuação profissional dos egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, auxiliando assim no enfrentamento do desafio sobre a formação de futuros profissionais qualificados para trabalharem na APS. Além disso, espero também contribuir para a reflexão (e ação!) de todos os que tiveram (e terão) oportunidade de compartilhar comigo esse trabalho.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2004). No Brasil, a APS é também denominada de Atenção Básica e tem as seguintes características, conforme consta na Política Nacional de Atenção Básica:

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território (...).

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2011c, p. 48).

Os países que adotaram a Atenção Primária como eixo estruturante do sistema de saúde de saúde mostram mais equidade e acesso a saúde, melhores indicadores e menores gastos com a saúde (STARFIELD, 2004).

No Brasil, a estratégia prioritária adotada para a reorganização da Atenção Primária foi o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2006).

O PSF iniciou em 1994, dentro de um contexto de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e de necessidade de melhoria dos indicadores de saúde, a fim de superar as desigualdades regionais que eram muito acentuadas na época. O contexto internacional, com diversos países demonstrando sucesso de modelos de atenção centrados na comunidade, além de algumas experiências de modelos inovadores de atenção à saúde no Brasil (Em Defesa da Vida, Ação Programática em Saúde e Sistemas Locais de Saúde) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, experiência exitosa que foi implantada no Nordeste em 1991, também precederam a implantação do PSF no Brasil (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

A denominação Programa Saúde da Família foi substituída por Estratégia Saúde da Família, evidenciando a mudança de um programa vertical e setorial para uma concepção de modelo de atenção à saúde organizador do sistema nos municípios e que pudesse consolidar os princípios organizativos do SUS, afirmando assim uma nova forma de cuidado e, mais do que isso, de filosofia de atenção à saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

É importante destacar que, para reorientar o cuidado, deve-se enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento de práticas sanitárias inovadoras, transformando a realidade e levando à construção de práticas de saúde solidárias, acolhedoras e conseqüentemente mais efetivas e resolutivas (COSTA et al., 2009).

A ESF surge, então, como uma forma de tentar superar a visão hegemônica que entendia a saúde como ausência de doença, que tinha a atenção voltada para o indivíduo e centrada em ações curativas, cujo cuidado era fragmentado, centrado na figura do médico e no hospital, concentrada nos grandes centros urbanos, que desconsiderava o perfil epidemiológico da população no planejamento das ações de saúde, que era baseado no atendimento da demanda espontânea e que não valorizava a participação comunitária, inclusive desconsiderando a realidade local de onde estava inserido. A visão do modelo de atenção baseado na ESF é dicotômica ao apresentado: entende a saúde como qualidade de vida; tem atenção centrada no coletivo, priorizando a integralidade, ou seja, incluindo no cuidado ações de promoção, proteção, cura e recuperação; está inserida dentro de uma rede, com

hierarquização de atendimento, sendo garantidos os níveis de atenção primária, secundária e terciária, articulados entre si; permite maior acesso ao usuário do sistema, já que o serviço está distribuído por todo o território; há predomínio do trabalho em equipe e planejamento das ações com base em dados epidemiológicos; possui serviços baseados na organização da demanda e no acolhimento dos problemas de saúde da população adscrita e, além disso, estimula a participação da comunidade (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

A compreensão deste novo modelo de atenção à saúde e a capacidade de colocá-lo em prática ainda é um desafio. O modelo assistencial ainda predominante no país caracterizado pela prática “hospitalocêntrica”, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gera alto grau de insatisfação para todos os partícipes do processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços (BRASIL, 2000). No entanto, percebe-se que já existem avanços trazidos pela implantação da Estratégia Saúde da Família, os quais refletiram na satisfação dos usuários pelos serviços de saúde.

Em pesquisa domiciliar realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em novembro de 2010, em relação à percepção das famílias brasileiras sobre cinco tipos de serviços prestados pelo SUS (atendimento em centros e/ou postos de saúde, atendimento por membro da Equipe de Saúde da Família, atendimento por médico especialista, atendimento de urgência e emergência e distribuição gratuita de medicamentos), o atendimento por membro da ESF foi aquele que obteve a maior proporção de opiniões positivas entre os entrevistados. Segundo esta pesquisa, mais de 80% dos entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da Equipe de Saúde da Família relataram que o atendimento prestado é muito bom ou bom, sendo que apenas 5,7% dos entrevistados opinaram que esse atendimento é ruim ou muito ruim (BRASIL, 2011d).

A expansão da Saúde da Família tem sido contínua. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Brasil contava, em agosto de 2011, com 32.079 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 5.284 municípios. A cobertura populacional da ESF era de 53,1% e de Agentes Comunitários de Saúde 63,7%. Esses dados de cobertura tem grande variação quando considerados o porte populacional: quanto menor o município há uma tendência de maior ser a cobertura

populacional da ESF. Por exemplo, em agosto de 2011, municípios com 5 mil habitantes ou menos tinham uma cobertura de 91%, contrastando com o percentual de 32,7% dos municípios de grande porte, com 500 mil habitantes ou mais (BRASIL, 2012).

## **2.2 Recursos Humanos na Atenção Primária à Saúde**

Para se garantir a legitimidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) frente à sociedade, o sistema de saúde deve ser baseado na APS e ter uma resolubilidade alta e o mais alto padrão de excelência possível, o que só pode ser alcançado com a presença de profissionais qualificados formados para tal fim (HARZHEIM, 2008).

No Brasil, o percentual de profissionais com formação adequada para trabalhar nessa área é muito variável. Segundo Cavalcante Neto, Lira e Miranda (2009) 70% dos médicos e enfermeiros que atuam na saúde da família não possuem nenhuma formação de pós-graduação.

A desqualificação do profissional que atua na atenção primária à saúde está presente nas diferentes regiões do país. Estudo realizado em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste, em 2005, mostrou que, entre os profissionais de nível superior que trabalham na Atenção Básica, 37% tinham especialização, não havendo diferença significativa entre as regiões. Vale destacar que, apesar dos valores aquém do esperado, os profissionais que trabalham no PSF tem o dobro de especialização, na área que atuam, do que aqueles que trabalham em unidades de saúde com modelo tradicional (TOMASI et al., 2008).

Em 2001, em estudo realizado pelo Ministério da Saúde para avaliação do PSF em oito grandes centros urbanos, observou-se que o percentual de profissionais de nível superior com especialização em saúde pública ou coletiva e com enfoque em saúde da família variou de zero a 53%, sendo que em quatro dos oito municípios menos de 10% dos profissionais tinham especialização em saúde da família. A experiência anterior do profissional em projetos similares ao PSF variou de 42,5% a 75,4% entre os municípios estudados (BRASIL, 2002b).

Em 1999, em pesquisa realizada sobre o perfil dos médicos que atuavam no PSF, observou-se que 37,2% fizeram curso de residência médica, sendo as



especialidades escolhidas a Pediatria, Medicina Geral Comunitária e Gineco-Obstetrícia; 9,5% fizeram um curso de especialização e 23,6% tinham título de especialista (MACHADO, 2000).

Em contraste ao restante do país, em Londrina-PR, foi observado alto nível de qualificação dos profissionais que trabalhavam na ESF, sendo que 76,8% dos médicos e 94,4% dos enfermeiros referiram ter realizado algum tipo de pós-graduação. O tipo de pós-graduação que predominou foi a *lato sensu* (74,4% dos médicos e 93,2% dos enfermeiros), sendo que o percentual de profissionais que fizeram mestrado ou doutorado (pós-graduação *stricto sensu*) foi muito baixo, variando de 1,2 a 2,4%. A área de pós-graduação cursada pelos médicos foi primeiramente clínica médica (76,2%), seguida da Saúde Coletiva, que inclui a Saúde Coletiva propriamente dita e a Saúde da Família (46,0%) e a área materno-infantil, com 31,7% (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2005).

Ao se comparar os dados sobre a qualificação dos profissionais na APS, nos diversos artigos citados, vale destacar o processo histórico de crescimento da oferta de centros de formação, já que nos últimos anos houve aumento do número de programas de pós-graduação disponíveis para médicos de família, tanto de residência médica como de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, inclusive com ampliação dos programas de mestrado profissionalizante (de 28 programas, em 2000, aumentou para 243, em 2009), os quais facilitam o acesso dos médicos de família que estão trabalhando (COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR, 2012).

O número de médicos especialistas em medicina de família e comunidade está aquém da oferta de empregos na área, já que, no Brasil, houve rápida expansão da Estratégia Saúde da Família sem aumento correspondente dos locais de formação. Esse fato é reforçado pela percepção dos gestores municipais, que consideram que dentre todas as especialidades a Medicina de Família e Comunidade é a segunda com maior dificuldade de contratação de profissionais especializados (primeira é a psiquiatria), passando para a primeira colocação quando realizado o questionamento sobre as especialidades com dificuldade de contratação devido à falta de oferta na formação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2009).

A escolha da realização da especialização em saúde da família envolve diversos aspectos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, entre eles a remuneração,

o reconhecimento e a valorização do profissional, a possibilidade de realizar carreira, o envolvimento com ensino e pesquisa, o trabalho em grupo, o grau de satisfação do trabalhador e o ambiente de trabalho. Além disso, muito médicos procuram a residência de MFC devido à necessidade aperfeiçoamento técnico (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009).

Entre os profissionais de nível superior que já atuam em equipes de saúde família, os fatores motivadores da escolha pela atuação na Estratégia Saúde da Família são: perceber o PSF como um mercado de trabalho promissor, ter a oportunidade de trabalhar com comunidades pobres e a idéia de que o PSF pode reorganizar a atenção à saúde no município. Este último motivo aponta para aceitação da dimensão ideológica do programa quanto à transformação do modelo assistencial, que é um fator facilitador para a implementação do PSF (BRASIL, 2002b).

No entanto, diversas dificuldades são encontradas para fixação do profissional na APS, principalmente na assistência, com prejuízo na formação do vínculo do usuário com o profissional de saúde, considerado um dos principais objetivos da Atenção Primária à Saúde e um fator decisivo na qualidade do serviço. Os principais fatores que aumentam a rotatividade dos profissionais no PSF, destacados por Brasil (2002b), são: a forma de contratação do profissional, que geralmente não ocorre por concurso e o profissional não tem estabilidade; o fato da carga horária de trabalho ser de 40 horas semanais na maioria dos lugares, exigindo quase que dedicação exclusiva do profissional para trabalhar no PSF; e a percepção pela maioria dos integrantes das Equipes de Saúde da Família de que a remuneração não é adequada, em comparação com as suas atribuições no programa.

Experiências relatadas em outros países onde a Atenção Primária é mais estruturada, como na Inglaterra, Canadá e Estados Unidos, indicam como dificuldades para os médicos de família: pequena valorização da carreira, insuficiente qualificação profissional, baixa remuneração, pouco prestígio social e deficiência de programas de pós-graduação *stricto sensu* (BESSA; PENAFORTE, 2002). A necessidade do reconhecimento e valorização da qualificação dos profissionais que trabalham no Programa da Saúde da Família foi destacada por médicos e enfermeiros que trabalham no PSF na cidade de Londrina – PR, em 2003 (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2005).

Essas dificuldades para fixar o profissional na APS têm sido reconhecidas e algumas das soluções encontradas internacionalmente para o fortalecimento da medicina de família estão sendo ensaiadas no Brasil, entre as quais: a acreditação de programas de formação e de reconhecimento da especialidade (residências, pós-graduação *stricto sensu*, educação continuada, certificação do médico de família); melhoria das condições de trabalho e estímulo à pesquisa na atenção primária; melhoria salarial; e presença da Medicina de Família nas universidades (CAVALCANTE NETO; LIRA; MIRANDA, 2009).

A formação de recursos humanos com perfil adequado para execução da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde tem demandado políticas educacionais no âmbito da graduação e da pós-graduação (CAVALCANTE NETO; LIRA; MIRANDA, 2009).

Na graduação dos cursos da saúde existe uma grande discussão em torno do currículo e do perfil do egresso (Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação), com o intuito de aprofundar o enfoque em Atenção Primária à Saúde e estabelecer uma formação em consonância com as necessidades de saúde da população brasileira. No entanto, observa-se que iniciativas de articulação com os serviços de saúde têm representado esforços isolados e com pouca efetividade na formação do profissional de saúde. Isto porque ações isoladas produzem impacto pequeno no interior de estruturas acadêmicas que possuem lógicas que privilegiam a formação profissional centrada no cuidado individual, baseada na doença e na fragmentação dos indivíduos, apoiadas por tecnologia de alto custo (VILASBÔAS, 2006).

Outro programa de incentivo à formação de médicos generalistas, com a inserção de estudante de graduação da área da saúde na APS, é o PET- Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde). Tem como pressuposto a educação pelo trabalho, com a realização de ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios do SUS, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRO-SAÚDE. O PET-Saúde tem como pilar a integração ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior – SESU, do Ministério da Educação.

Para se ter uma idéia da dimensão do programa, no biênio 2010/2011, participaram 17.057 estudantes/mês, sendo 8.759 bolsistas/mês. (BRASIL, 2011b).

Em relação ao aprimoramento dos profissionais médicos já formados, é essencial a discussão sobre a formação profissional de recursos humanos para o SUS como também a qualificação dos profissionais já inseridos no mercado de trabalho, diminuindo as consequências da formação inadequada e preparando o profissional para trabalhar com as especificidades da APS, considerando a integralidade no cuidado e a prática que engloba ações relacionadas à prevenção, promoção, cura e reabilitação.

Uma das estratégias de qualificação para os profissionais atuarem na saúde da família é a realização de residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC). A residência possibilita atingir os profissionais recém-formados, fora do mercado de trabalho, ao contrário dos cursos de especialização que servem para formar profissionais que já estão inseridos nos serviços de saúde (VILASBÔAS, 2006). Essa formação é importante já que as metas da Atenção Primária são mais bem atendidas por profissionais de saúde treinados e organizados para oferecer a APS do que por profissionais treinados para focar doenças específicas, sistemas de organismo ou mecanismos patogênicos específicos (STARFIELD, 2004).

O investimento para a concretização dos Programas de Residência Médica é um fator que deve ser destacado quando se pensa na formação de recursos humanos da área da saúde. Para que a especialização ocorra de maneira adequada deve-se investir: na melhoria e estruturação dos hospitais e demais serviços de saúde; na organização de apoio matricial (que tem sido demanda de muitas instituições); na capacitação e remuneração de preceptores, supervisores de Programas de RM e coordenadores das Comissões de Residência Médica (COREME), dentre outros fatores (NUNES et al., 2011a, 2011b).

Além disso, há um investimento nos próprios residentes, através do pagamento das bolsas de residência. Em relação ao financiamento dessas bolsas não há dados muito precisos no Brasil, mas estima-se que o custo anual estimado para o setor público é de 385 milhões de reais, sendo que, destes, 48,05% é proveniente do setor federal (Ministério da Educação mais Ministério da Saúde) e 51,95% dos setores estaduais e municipais. Não há informações específicas sobre o financiamento do setor privado (MICHEL et al., 2011), porém a maioria das vagas em instituições privadas são custeadas pelo poder público, ressaltando assim o

notório financiamento público na formação médica especializada (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2009).

### **2.3 Especialização do médico no Brasil**

A especialização médica surge como um processo de profissionalização do trabalho médico, subdividindo-o em diferentes nichos que são realizados por cada especialidade. No Brasil, a condição de especialista pode ser obtida tanto pela pós-graduação *stricto sensu*, que oferece os títulos de mestre e doutor, como pela pós-graduação *lato sensu*, com a residência médica (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2009).

Segundo a Resolução CFM nº 1.973/2011 são reconhecidas atualmente, no Brasil, 53 especialidades médicas e 53 áreas de atuação, sendo ambas revisadas periodicamente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

As especialidades médicas possuem tempo de formação de no mínimo dois anos, sendo que cabe à Comissão Mista de Especialidade a definição da duração de cada especialização. Essa Comissão foi criada em 2002 e é composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Associação Médica Brasileira (AMB) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

O título de especialista pode ser obtido por meio de concurso nas sociedades de especialidades médicas vinculada à AMB ou após a conclusão do programa de Residência Médica. No Brasil, em 2010, funcionavam 3.500 programas de Residência Médica reconhecidos pelo MEC, totalizando aproximadamente 28.500 vagas, distribuídas entre R1 e R6 (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

A residência pode ser considerada “padrão ouro” da especialização médica. É a melhor maneira de inserir o profissional médico na vida profissional, sob supervisão, e de formar recursos humanos especializados (MICHEL; OLIVEIRA; NUNES, 2011).

O início da residência médica nos remete ao ano de 1948, quando a Associação Médica Americana passa a utilizar o sistema hospitalar como base da

instrução dos médicos. O nome “residência” foi atribuído pelo fato do médico ter que residir no hospital durante esse período de especialização, com dedicação exclusiva ao serviço (MICHEL; OLIVEIRA; NUNES, 2011).

No Brasil, o primeiro programa foi instituído em 1944, no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, nas áreas de cirurgia, clínica médica e física biológica aplicada. Em 1948, o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro também passa a fornecer essa modalidade de ensino (MICHEL; OLIVEIRA; NUNES, 2011). Os programas implantados até a primeira metade década de 50 surgiram principalmente pelo interesse das próprias instituições em fornecê-los, mas ainda atingiam parte muito pequena dos egressos dos cursos de medicina. A partir da década de 60 houve ampliação gradual do número de programas (FUERWERKER, 1998).

A Residência Médica no Brasil só foi regulamentada pelo Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, que também criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão regulador ligado ao Ministério da Educação e, posteriormente, pela lei 6.932, de 7 de julho de 1981. É caracterizada como uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, com treinamento em serviço, funcionando em Instituições de Saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. (BRASIL, 1977, 1981a).

Atualmente, a residência médica está bem estabelecida e continuamente em expansão. Em 1996, 289 instituições ofereciam programas de Residência Médica no país, totalizando 2.035 programas (FUERWERKER, 1998). Em 2011, havia 2.340 PRM de acesso direto, totalizando 10.196 vagas (MICHEL et al., 2011).

A Residência Médica possui natureza complexa e é resultante da indissociabilidade entre um projeto educacional de especialização e do processo de trabalho, envolvendo dimensões políticas e educativas. Historicamente, há uma ambivalência do papel da residência médica, por ora sendo valorizada como um plano educacional que contém uma proposta pedagógica de formação do médico especialista no serviço e por outras vezes sendo destacado seu papel de prestação de serviço, dependendo dos interesses das instituições ou dos próprios residentes (ELIAS, 1987). Sabe-se que deve haver um equilíbrio entre esses pilares para que não haja simplesmente aquisição de conhecimentos e habilidades, sem relação com as necessidades de saúde, e nem trabalho excessivo sem supervisão e

aprimoramento pessoal (MICHEL; OLIVEIRA; NUNES, 2011). A interseção entre ensino e trabalho, que caracteriza a residência médica, exige que haja articulação das políticas públicas de educação e saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2009).

Os programas e instituições que oferecem residência médica estão distribuídos irregularmente no território brasileiro, sendo mais concentrados nas regiões sudeste e sul. Esta distribuição coincide com a concentração de outros indicadores de saúde e também dos próprios médicos, que estão mais concentrados nestas regiões e no centro-oeste, do que nas regiões norte e nordeste (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011; NUNES et al. 2011b).

O sudeste possui 2,61 médicos por 1.000 habitantes, concentração 2,6 maior que a região norte, que possui a menor densidade de médicos do Brasil. O Estado de São Paulo, com uma população de 41.252.160 (censo IBGE 2010) e com 106.536 médicos registrados no Conselho Federal de Medicina, possui uma razão de 2,58 médicos por 1.000 habitantes, sendo menor apenas do que a do Distrito Federal (4,02) e a do Rio de Janeiro (3,57) (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

Considerando todas as capitais, a razão de médicos registrados por 1.000 habitantes é de 4,22, contra 1,95 do país como um todo. As capitais também possuem maior número de postos de trabalho ocupados, reforçando o fato de o serviço médico ser mais disponível nos lugares que já possuem maior concentração de médicos. Por exemplo, as capitais contam com 5,58 postos de trabalho médico ocupados por 1.000 habitantes, superior a média do país, que é de 3,33 (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

A inserção e a localização dos médicos podem ser influenciadas por um conjunto de interesses e de fatores, pessoais, institucionais, corporativos, políticos e epidemiológicos. Também devem levar em conta os recursos, a organização e o financiamento público e privado do sistema de saúde brasileiro (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011, p. 86).

Os médicos especialistas apresentam distribuição espacial semelhante a dos médicos em geral, possuindo maior concentração também nas regiões sudeste, sul e centro-oeste. O especialista, da mesma forma que o médico em geral,

tende a se instalar onde há trabalho para sua especialidade, onde se paga melhor, conforme a competição do mercado, onde ele tem possibilidades de aprimoramento e onde há qualidade de vida. Esse lugar costuma coincidir com pólos econômicos que concentram hospitais de referência, centros de ensino, programas de Residência Médica e clientela privada (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011, p. 69).

Apenas 55,1% dos 371.788 médicos brasileiros em atividade são especialistas, sendo que os demais não possuem o título reconhecido. A razão é de 1,23 especialista para cada médico não-especialista (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011, p. 69).

De forma geral, nas regiões mais pobres do Brasil há menos médicos por habitantes, sendo também menor o número de especialistas. Uma das exceções é o Estado de São Paulo, que possui quase o mesmo número de especialistas e não-especialistas (razão de 1,27), próximo à média brasileira, que é de 1,23 (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

A distribuição dos programas de residência médica também acompanha a concentração de médicos em geral e de especialistas, sendo que 63,50% das vagas concentram-se no Sudeste, onde estão 54,97% dos especialistas (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).



## **2.4 A Medicina de Família e Comunidade no Brasil e os Programas de Residência em MFC**

Os primeiros programas de residência médica de Medicina Geral Comunitária (MGC), nome dado à Medicina de Família e Comunidade naquela época, iniciaram em 1976, nos estados do Rio de Janeiro (Programa de Medicina Integral da Universidade Estadual do Rio de Janeiro), Porto Alegre (denominado na época de Centro Médico Social São José do Murialdo, da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul) e Recife (Subprograma de Internato e Residência em Hospital Regional Rural do Programa de Saúde Comunitária do Projeto Vitória da Universidade Federal de Pernambuco), este último extinto em 1986. Os PRM do Rio de Janeiro e de Porto Alegre ainda existem e já formaram, até hoje, muitos especialistas com residência completa (SBMFC, 2011; FARIAS, 2005; FALK, 2004, 2005; FALK; GUSSO; LOPES, 2012).

Antes da criação dos primeiros PRM, foi publicado, em 1974, o projeto pioneiro de um Sistema de Saúde Comunitária, no Centro de Saúde Murialdo, em Porto Alegre – RS. Este deve ser destacado porque trazia muitos conceitos sobre a Atenção Primária, antes mesmo de marcos importantes: no exterior, a Conferência de Alma Ata (1978), e no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), as Leis Orgânicas do SUS (1990) e o Programa Saúde da Família, em 1994 (FALK, 2004, 2005; FALK; GUSSO; LOPES, 2012).

Na época da criação dos primeiros programas (1976), a especialidade era muito pouco conhecida, a residência não era regulamentada e quase não havia mercado de trabalho para os egressos, sendo que muitos deles eram absorvidos pelos próprios serviços que mantinham os Programas de Residência Médica (PRM) ou migravam de área, indo atuar principalmente na saúde pública (FALK, 2004, 2005; FALK; GUSSO; LOPES, 2012).

Em 1978 ocorreu, na cidade de Alma Ata - URSS, a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, conhecida como “Conferência de Alma Ata”, evento marcante para a área, pois reforçou a importância da Atenção Primária à Saúde nos Sistemas de Saúde no mundo todo, contrapondo-se ao modelo de atenção médico vigente que tinha altos custos e uma cobertura inadequada da

população (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 2012), colaborando também para a consolidação dos PRM no Brasil.

Somente em 1981, a especialidade e os PRM em MGC existentes na época, por meio da Resolução 07/81, foram formalizados pela Comissão Nacional de Residência Médica (BRASIL, 1981). Posteriormente, em 1986, após solicitação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária – SBMGC e considerando o então reconhecimento da especialidade pela CNRM, a existência de vários PRM e da SBMGC no país, além da experiência de outros países onde já existia a MGC como especialidade, o CFM reconhece a MGC como especialidade médica e a SBMGC como sua representante (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1986a, 1986b).

Após o início do PSF, em 1994, e sua expansão nacional até 2000, a especialidade ganha força por ter um mercado de trabalho extenso. Já no final da década de 90, a necessidade de muitos municípios, por recursos humanos adequados para trabalhar no PSF, pressionam os órgãos formadores a implantarem novos programas. Assim, há um crescimento do número de Programas de Residência de Medicina Geral Comunitária (FARIAS, 2005; FALK; GUSSO; LOPES, 2012). No entanto, mesmo com a expansão dos PRM e incentivos do Ministério da Saúde e outras instituições para formar especialistas para trabalharem nas equipes de saúde da família (como cursos de especializações, cursos de curta duração, pólos de capacitação, dentre outros), ainda permanecia (e permanece) a falta de profissionais qualificados para trabalharem na Atenção Primária à Saúde (FALK; GUSSO; LOPES, 2012).

É importante destacar que a Sociedade Brasileira de MFC teve um papel importante na consolidação da especialidade e dos PRM, apesar das diversas dificuldades encontradas pela própria Sociedade em se firmar. Esta instituição foi fundada em 1981, com o nome na época de Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária. Permaneceu praticamente inativa até 1985, quando foi reativada durante o I encontro de Residentes e Ex-Residentes de MGC, em Petrópolis. Posteriormente, com o corte das bolsas de Residência de MGC pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1987, gerando o enfraquecimento dos PRM e, conseqüentemente, da especialidade, a SBMGC passa novamente por crise. Após a promulgação da constituição de 1998 e a criação do SUS, com todos os seus princípios e com a valorização da Atenção Primária à

Saúde, a Sociedade consegue ser reativada pela segunda vez (FALK; GUSSO; LOPES, 2012).

Em 1994, a SBMGC é desativada novamente por não ter pessoas dispostas a assumir a nova diretoria, “provavelmente em consequência da falta de motivação e de mercado de trabalho para a MGC no Brasil” (FALK; GUSSO; LOPES, 2012). Nessa época, o PSF estava sendo implementado e ainda não possuía muita força.

Em 2001, a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária é reativada pela terceira vez. Após longos debates, essa sociedade propõe a mudança do nome da especialidade médica para Medicina de Família e Comunidade. Em 2002 é realizada uma nova resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) sobre o programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, incorporando a alteração do nome da especialidade e as mudanças sugeridas na Carta de Fortaleza, a qual é produto do evento denominado Seminário Internacional sobre Saúde da Família: Formação, Certificação e Educação Permanente do Médico de Família, realizado em 2001, na cidade de Fortaleza. Nesse mesmo ano, a especialidade é reconhecida pela Associação Médica Brasileira (FALK, 2004, 2005; FALK; GUSSO; LOPES, 2012; FARIAS; STEIN; HOFFMANN, 2004).

Após 2000, com a consolidação da Saúde da Família no Brasil, a SBMFC também se firma como representante oficial dessa especialidade, tendo hoje mais de 4.200 associados e influência ativa em diversos órgãos e instituições do país e do exterior. Esta Sociedade já promoveu onze congressos brasileiros de Medicina de Família e Comunidade (primeiro em setembro de 1986, em Sete Lagoas-MG) e onze concursos de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC), sendo o primeiro em 2004, além de participar e colaborar na execução de diversos eventos internacionais (FALK, 2004; FALK; GUSSO; LOPES, 2012).

Segundo a resolução 01/2002 da Comissão Nacional de Residência Médica, os programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade devem ter duração de 2 (dois) anos, com carga horária anual mínima de 2880 horas, que devem estar distribuídas da seguinte maneira: 80 a 90% da carga horária sob a forma de treinamento em serviço e 10 a 20% para atividades teórico-complementares. O cenário da residência de MFC deve contemplar unidades de cuidados primários de saúde (postos de saúde em área urbana e rural, centros de saúde e unidades básicas situadas em centros de referência), com no mínimo 60% da carga horária anual; unidades de cuidados secundários e terciários de saúde

(hospitais gerais ou especializados), com no mínimo de 10% da carga horária anual; e comunidades, ou seja, domicílios, escolas, locais de trabalho e lazer, com no mínimo de 10% da carga horária anual (BRASIL, 2002a).

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) visa:

(...) formar um especialista cuja característica básica é atuar, prioritariamente, em Atenção Primária à Saúde, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde adoecimento, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde no nível individual e coletivo. Esse especialista deverá ser capaz de: priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, no cuidado em saúde e na continuidade da atenção; atender, com elevado grau de qualidade, sendo resolutivo em cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a diferentes grupos etários; desenvolver, planejar, executar e avaliar programas integrais de saúde, para dar respostas adequadas às necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método epidemiológico; estimular a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade; desenvolver novas tecnologias em atenção primária à saúde; desenvolver habilidades docentes e a capacidade de auto aprendizagem; desenvolver a capacidade de crítica da atividade médica, considerando-a em seus aspectos científicos, éticos e sociais (BRASIL, 2003, p. 11).

O Médico de Família e Comunidade deve ter como características básicas: a prestação de cuidados primários de saúde, com ênfase no grupo materno-infantil, dentro do conceito de atendimento integrado à família, atendimento a patologias ambulatoriais com o máximo de resolubilidade, educação em saúde (FARIAS, 2005).

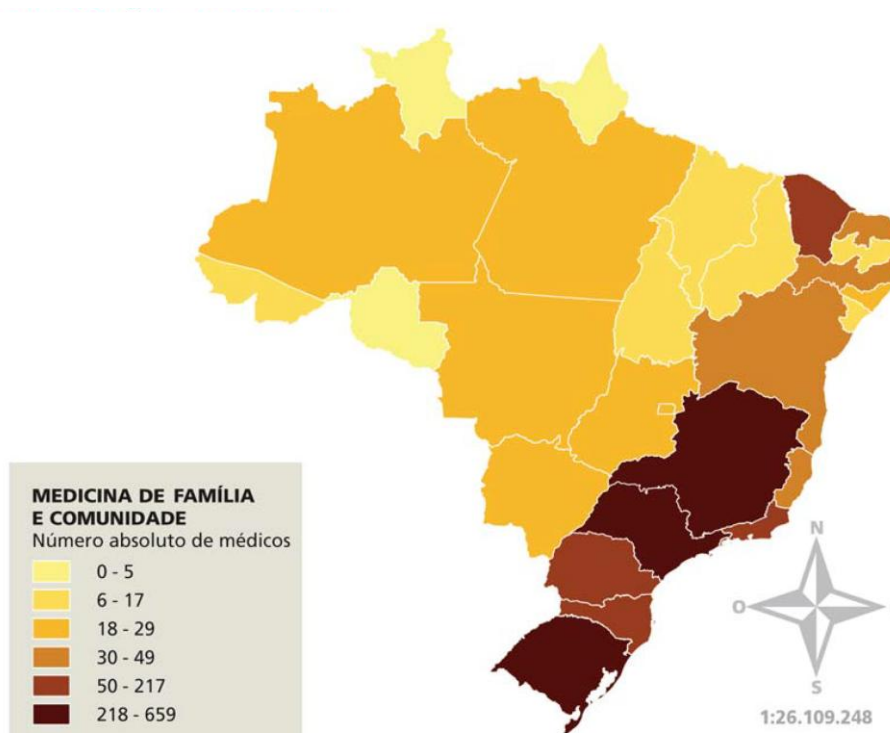
Em estudo realizado com médicos residentes do Programa de Residência médica em MFC da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE, observou-se que a residência realmente faz uma diferença na aquisição de novos conhecimentos e fornece elementos necessários às mudanças de atitudes na relação do médico residente com a comunidade, além de dar maior segurança no atendimento à população, com ampliação do olhar clínico sobre o indivíduo e seu contexto familiar. Algumas deficiências do Programa de Residência relatadas foram: aulas teóricas fragmentadas, com déficit na abordagem de aspectos familiar, temas de saúde

coletiva e de educação em saúde; dificuldade do médico residente no planejamento de ações com base nos sistemas de informação; e falta de habilidade pedagógica de alguns preceptores (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009).

Após 2002 houve a multiplicação dos programas de residência em MFC. Segundo dados da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), o número de programas de residência médica em MFC no Brasil passou de 29 em 2002, para 72 em 2007, com o aumento de vagas de 193 para 585 (COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2011).

Em 2009, como incentivo à formação de médicos em especialidades e regiões consideradas prioritárias, os Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura instituíram o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRÓ-RESIDÊNCIA), através da portaria interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009). Esse programa incentivou a ampliação do número de vagas em Programas de Residência Médica e a instituição de novos programas em todo o Brasil, incluindo programas de Residência em MFC, área que é considerada essencial no desenvolvimento do SUS.

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 também nos estados de Santa Catarina e Ceará, como pode ser observado na Figura 1 (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).



Fonte: CFM/AMB/CNRM; Pesquisa Demográfica Médica no Brasil, 2011.

Figura 1 - Distribuição de especialistas em Medicina de Família e Comunidade, segundo Unidades da Federação, Brasil, 2011

Considerando o universo total de médicos especialistas em 2011 (204.563 profissionais), titulados pelas 53 especialidades reconhecidas, observa-se que apenas 1,29% (2.632) tem título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, (MFC) ocupando o 16º lugar em número de especialistas. Dentre as outras especialidades básicas, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia são as que concentram o maior número de pessoas (24,46% do universo total de especialistas, ocupando respectivamente o primeiro e segundo lugar em número de especialistas), seguidas da Cirurgia Geral (6,65%) e Clínica Médica (5,20%), as quais ocupam o quarto e quinto lugares, respectivamente (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

Os profissionais titulados em Medicina de Família e Comunidade são, na maioria, jovens e do sexo feminino. Em relação ao sexo, 54,2% dos titulados em MFC são do sexo feminino (1.426 médicos) e 45,8% do sexo masculino (1.206). Este cenário é reflexo da juvenização da população médica (30% dos médicos em atividade estão na faixa etária de até 34 anos) e do crescimento histórico da predominância feminina no Brasil, além de seguir uma tendência mundial de

feminilização da medicina. É interessante destacar que já existe uma predominância das mulheres entre os jovens médicos do país, sendo que as mulheres correspondem a 52,28% dos médicos menores de 29 anos (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

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 é de 46,03 anos. Outras especialidades que possuem idade média baixa são: Clínica Médica (37,55 anos), Infectologia (41,72 anos), algumas áreas cirúrgicas, como Cirurgia de Mão (42,20) e Cirurgia Geral (42,78 anos) e a Genética Médica (42,68 anos). É importante destacar que, no estudo pesquisado, foi considerado para o cálculo da média de anos de formado, o ano em que o médico foi cadastrado no CFM, e não o ano da titulação (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

## **2.5 Os Programas de Residência em MFC do Estado de São Paulo**

O Estado de São Paulo possuiu uma das maiores concentrações de médicos do país: 5,58 médicos registrados por 1.000 habitantes, sendo que a cidade de São Paulo apresenta valores de 4,33, ambos bem acima da média do país (1,95). Este Estado possui praticamente o mesmo número de médicos especialistas e não-especialistas, diferindo do restante do Brasil. Esse perfil pode estar relacionado à atração de pessoas de todo país para realizar tanto a graduação como a pós-graduação, já que São Paulo apresenta grande concentração de cursos de medicina e de Residência Médica. Por outro lado, como o Estado não oferece vagas de especialização para todos os médicos graduados, muitos dos que realizam a especialização neste estado, migram para o seu estado de origem (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

Um panorama geral sobre alguns indicadores e características dos médicos do estado e da cidade de São Paulo pode ser observado nas tabelas a seguir (Tabelas 1, 2 e 3).

Tabela 1 - População médica em atividade, Estado de São Paulo, 2011

<b>Características da população médica em atividade</b>	
Número de médicos	106.536
Maculino	62.903 (59,1%)
Feminino	43.515 (40,9%)
Idade média (DP)	45,1 anos (14,3)
Tempo de formado (DP)	19,9 anos (13,6)
Número de generalistas	47.019 (44,2%)
Número de especialistas	59.517 (55,8%)
Número de médicos em São Paulo (capital)	46.112 (43,5%)
% de médicos em relação à Região Sudeste	50,78%
% de médicos em relação ao Brasil	28,66%

Fonte: Demografia Médica no Brasil, 2011

Tabela 2 - Indicadores do Estado de São Paulo, 2011

<b>Indicadores do Estado de São Paulo</b>	
Razão médico habitante (1.000hab)	2,58
Razão masculino/feminino	1,45
Razão especialista/generalista	1,27
Razão posto de trabalho médico ocupado (1.000hab)	4,46
Razão posto de trabalho médico ocupado público (1.000hab)	3,04
Razão posto de trabalho médico ocupado privado (1.000hab)	6,23
IDPP	2,05

Fonte: Demografia Médica no Brasil, 2011

Tabela 3 - Indicadores de São Paulo (capital), 2011

<b>Indicadores de São Paulo (capital)</b>	
Razão médico habitante (1.000hab.)	4,33
Razão posto de trabalho médico ocupado (1.000hab)	5,57
Razão posto de trabalho médico ocupado público (1.000hab)	5,81
Razão posto de trabalho médico ocupado privado (1.000hab)	5,42
IDPP	0,93

Fonte: Demografia Médica no Brasil, 2011

A característica histórica do Estado de São Paulo como importante pólo formador de especialistas para todos os segmentos de atenção à saúde, para todo o Brasil, pode ser atribuída em parte à magnitude dos programas de Residência Médica desse estado (MAZZA; SAMPAIO, 2010).



Em estudo realizado pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), em 2005, evidenciou-se que as quatro universidades estaduais paulistas (Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Faculdade de Medicina de Botucatu, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Faculdade de Medicina, ambas da Universidade de São Paulo – USP) são centros de formação de especialistas. Em 2005 ofereceram 716 vagas de primeiro ano de residência, registrando média de 7,7 candidatos/vaga. Esses programas têm a capacidade de absorver médicos oriundos das próprias instituições e de outras escolas de medicina do país. A MFC era uma das especialidades menos demandadas, com uma média de 2,2 candidatos/vaga, sendo apenas maior do que duas especialidades: Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (1,7 candidatos/vaga) e Medicina Preventiva e Social, com 1,8 candidatos/vaga (SAMPAIO; SANTOS, 2010).

Em 2002, no estado de São Paulo, havia oito instituições com Programas de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária: Casa de Saúde Santa Marcelina, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Medicina de Jundiaí, Faculdade de Medicina de Santo Amaro, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, Hospital Municipal Professor Dr. Alípio Correa Netto, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Em 2003, apenas o programa do Hospital Municipal Professor Dr. Alípio Correa Netto continuou com a denominação de Medicina Geral Comunitária; os demais programas, acrescidos de uma nova instituição, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, já possuíam a denominação de Medicina de Família e Comunidade (COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2012).

Em 2004, com todos os programas já denominados de MFC, as seguintes instituições também passaram a apresentar programa de residência nessa área: Hospital e Maternidade Dr. Celso Pierro – PUC Campinas, Hospital Municipal Dr. Mario Gatti – SP e Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). No ano seguinte iniciou-se o Programa na Faculdade de Medicina da USP e, em 2006, na faculdade de Medicina de Marília e na Universidade Federal de São Carlos. A partir de 2007 (até 2009), com o início do PRM na Faculdade de Medicina do ABC, o Estado fornecia Residência em MFC em 16 instituições (COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2012), conforme ilustra o Gráfico 1.

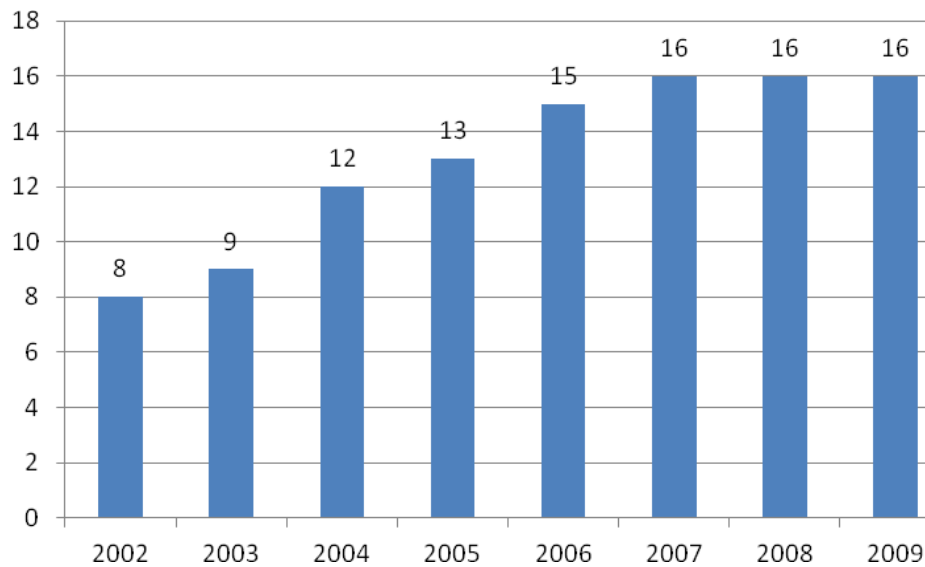
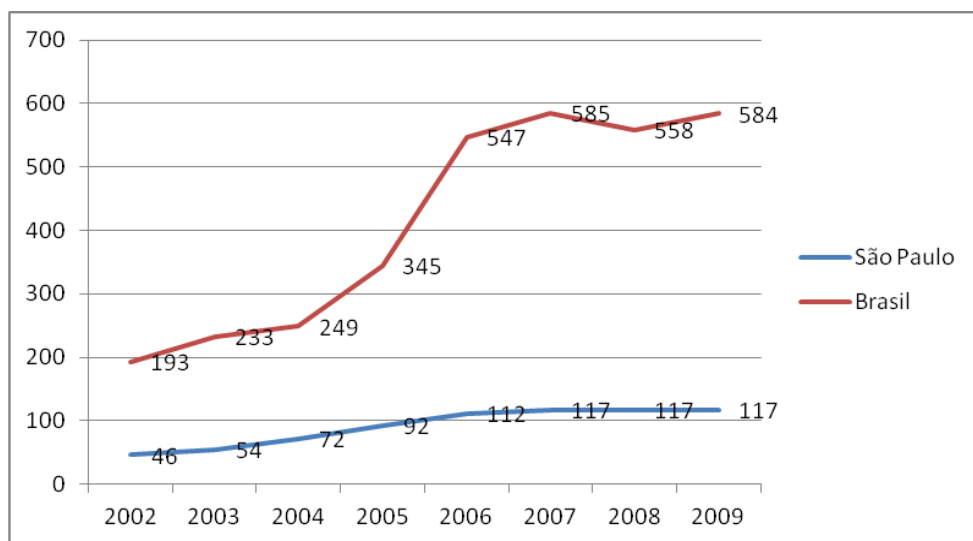


Gráfico 1 - Evolução de instituições com Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade ou Medicina Geral Comunitária, Estado de São Paulo, 2002-2009

O número de vagas de residência em MFC credenciadas, no Brasil e no estado de São Paulo, aumentou gradativamente ao longo dos anos (entre 2002 e 2007), acompanhando o crescimento do número de instituições que forneciam o programa, mantendo-se praticamente estável entre 2007 e 2009 (Gráfico 2).



Fonte: CNRM

Gráfico 2 – Evolução das vagas de R1 em Medicina Geral Comunitária e Medicina de Família e Comunidade, no Estado de São Paulo e no Brasil, 2002-2009

As vagas de residência em MFC credenciadas, em 2009, eram predominantemente de instituições públicas, seguidas das filantrópicas e, por último, das privadas propriamente ditas (COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2012), conforme a Tabela 4.

Tabela 4 - Vagas de R1 de Medicina de Família e Comunidade credenciadas, segundo a categoria administrativa, São Paulo, 2009

Categoria Administrativa	Vagas de R1 de MFC		Número de Instituições
	N	%	
Municipal	12	10,3	3
Estadual	52	44,4	6
Federal	18	15,4	2
Privada - Filantrópica	29	24,8	3
Privada - Sentido estrito	6	5,1	2
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>16</b>

Fonte: CNRM

O preenchimento das vagas de residência em medicina de família e comunidade é um problema frequente em todo o país. Esses dados são escassos na literatura e, na maioria das vezes, nem a secretaria do próprio programa possui essa informação sistematizada.

A CNRM vem desenvolvendo e aprimorando um Sistema de Informação, denominado SisCNRM, que, além de funcionar como uma base de dados, poderá contribuir para a regulação, planejamento das políticas de indução das áreas estratégicas para o sistema de saúde e supervisão dos PRM (à medida que permite gerenciar e operacionalizar o processo de avaliação das instituições e programas). Com a implantação desse sistema informatizado o acesso a informações pode melhorar gradativamente, inclusive sobre o taxa de ociosidade das vagas de residência médica no Brasil. No entanto, esse avanço não permite dizer ainda, que a interface entre as atividades da CNRM e a sociedade já é satisfatória (MICHEL et al., 2011).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2009), sete estabelecimentos do Estado de São Paulo que forneciam Residência em MFC ofertavam, em 2009, 61 vagas para os residentes do primeiro ano (R1). Destas, apenas 22 (36,06%) estavam ocupadas, o que

correspondia a uma taxa de ociosidade de aproximadamente 64%. A SBMFC não disponibilizava dados de vagas sobre as outras nove instituições do estado que forneciam programas de residência em MFC.

Em 2010, as vagas para residência de Medicina de Família e Comunidade no Estado de São Paulo aumentaram para 224, distribuídas entre o primeiro e segundo anos de residência, nas seguintes instituições (BRASIL, 2011a; ASSOCIAÇÃO DAS LIGAS ACADÊMICAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2011): Faculdade de Medicina da USP, Faculdade de Medicina de Marília, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Faculdade de Medicina do ABC, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP, Hospital e Maternidade Dr. Celso Pierro PUC Campinas SP, Hospital Municipal Dr. Mario Gatti SP, Hospital Santa Marcelina, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Universidade Federal de São Carlos e Universidade Federal de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Faculdade de Medicina de Santo Amaro, Obras Sociais e Educacionais de Luz, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu – SP, Faculdade de Medicina de Jundiaí, Hospital Geral de Pedreira, Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Correa Neto. Nas primeiras 11 instituições citadas, em 2010, apenas 27 das 90 vagas de R1 (30,0%) e 23 das 90 vagas de R2 (25,55%) estavam preenchidas, totalizando 50 residentes em curso para 180 vagas (27,78%), o que corresponde a ocupação de menos de um terço das vagas oferecidas.

Em 2011, no estado de São Paulo, existiam 153 vagas de R1 de MFC, em 22 PRM, sendo que 45 estavam preenchidas. Estes dados estão em consonância com o cenário nacional (Tabela 5), onde se observa uma alta taxa de ociosidade (71% de vagas ociosas) dos programas de residência em MFC (MICHEL et al., 2011).

Como pode ser observado, a procura pela residência de Medicina de Família e Comunidade é baixa. Em estudo realizado com egressos do Centro de Saúde Escola Murialdo, constatou-se que menos da metade dos médicos egressos (48,4%) queria ser médico de família e comunidade antes de iniciar o programa de residência em MFC (FARIAS, 2005).

Alguns estudiosos defendem a ideia de que a formação de recursos humanos para o SUS deve ser regulada pelo Estado brasileiro, sendo urgente a necessidade de organizar o acesso aos programas de residência médica, reduzindo as vagas para determinadas especialidades e aumentando as vagas para outras. Referem

que uma das causas do pequeno número de profissionais formados na medicina de família e comunidade está relacionado a escassez de centros formadores. No Brasil, apenas 2,8% dos médicos do SUS são generalistas, contra cerca de 50% ou mais em outros países que adotam o médico de família e comunidade como o profissional de primeiro contato e especialista em integralidade, com excelentes resultados, como Canadá (55%), Inglaterra (51%) e Cuba, que possui cerca de 65% de médicos de família (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005; AMORETTI, 2005). Um dos passos essenciais para que haja mudança desse quadro, no Brasil, é a conscientização dos governantes, entidades médicas e instituições de saúde sobre a importância de se aumentar os locais de formação de especialistas em medicina de família e comunidade (AMORETTI, 2005).

O estabelecimento de políticas e planejamento sobre o número e tipos de especialistas necessários; de estudos das necessidades de especialistas para as diferentes regiões do país; de estudos sobre o papel do trabalho médico especializado; e de reorientação do perfil dos profissionais especializados, com adequação às necessidades de saúde atuais são fatores que devem ser considerados pelos órgãos responsáveis pelo planejamento da Residência Médica no Brasil (MICHEL; OLIVEIRA; NUNES, 2011).

Tabela 5 - Distribuição das vagas de R1 em Medicina de Família e Comunidade e número de residentes matriculados em 2011, segundo Região do Brasil

<b>Região Centro Oeste</b>				
UF	Nº PRMs	Vagas Existentes	Vagas Preenchidas	
			N	%
DF	2	9	2	22,2
GO	1	6	0	0,0
MS	2	7	0	0,0
MT	1	8	4	50,0
<b>Total da Região Centro Oeste</b>	<b>6</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	<b>20,0</b>
<b>Região Norte</b>				
UF	Nº PRMs	Vagas Existentes	Vagas Preenchidas	
AC	1	6	1	16,7
AM	1	6	1	16,7
PA	2	20	7	35,0
RR	1	8	8	100,0
<b>Total da Região Norte</b>	<b>5</b>	<b>40</b>	<b>17</b>	<b>42,5</b>
<b>Região Nordeste</b>				
UF	Nº PRMs	Vagas Existentes	Vagas Preenchidas	
BA	4	27	1	3,7
CE	5	62	18	29,0
MA	2	3	0	0,0
PB	3	10	6	60,0
PE	4	28	12	42,9
RN	4	29	5	17,2
<b>Total da Região Nordeste</b>	<b>22</b>	<b>159</b>	<b>42</b>	<b>26,4</b>
<b>Região Sul</b>				
UF	Nº PRMs	Vagas Existentes	Vagas Preenchidas	
PR	8	42	17	40,5
RS	13	91	26	28,6
SC	6	30	6	20,0
<b>Total da Região Sul</b>	<b>27</b>	<b>163</b>	<b>49</b>	<b>30,1</b>
<b>Região Sudeste</b>				
UF	Nº PRMs	Vagas Existentes	Vagas Preenchidas	
MG	18	91	30	33,0
RJ	13	75	17	22,7
SP	22	153	45	29,4
<b>Total da Região Sudeste</b>	<b>53</b>	<b>319</b>	<b>92</b>	<b>28,8</b>

Fonte: Adaptado de Michel et al. (2011)

O Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas (PRÓ-RESIDÊNCIA) foi uma das primeiras políticas públicas do Brasil específicas para a formação médica especializada, considerando as necessidades de saúde do país. Várias vagas e bolsas foram ofertadas de acordo com as necessidades dos gestores públicos e privados, preferencialmente em regiões prioritárias, visando contribuir para a melhoria na distribuição dos programas de Residência Médica e dos médicos nas diferentes partes do Brasil. O impacto dessa medida pode ser maior, já que o investimento em residência médica parece ter um reflexo importante na organização da assistência em saúde regional e na graduação em medicina (NUNES et al., 2011b).

Desta forma, diante do exposto e considerando a importância de profissionais médicos qualificados para trabalhar na Estratégia Saúde da Família; considerando a escassez de estudos específicos sobre egressos de programas de residência de MFC no Brasil e a ausência de pesquisas que abordem especificamente o estado de São Paulo; e considerando a importância de São Paulo no cenário nacional como formador de recursos humanos na saúde justifica-se o interesse em estudar a situação dos egressos dos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade do Estado deste estado.





## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo Geral**

Caracterizar o perfil e a trajetória profissional dos egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, no período de 2000 a 2009.

### **3.2 Objetivos Específicos**

Caracterizar o perfil dos egressos segundo: sexo, idade, número de filhos, estado civil, local de moradia, naturalidade, local da graduação em medicina e local de realização da Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Descrever a trajetória e atuação profissional desses egressos após o término da residência médica: situação profissional atual, trajetória acadêmica, áreas de atuação em pesquisa, ensino e docência, empregos após a residência em MFC.

Identificar o grau de satisfação e motivação dos egressos com a Medicina de Família e Comunidade.



## **4 MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo, com algumas questões abertas. Nestas, são solicitadas justificativas para as perguntas objetivas, o que contribui para análise qualitativa do estudo.

### **4.1 População do estudo:**

A população do estudo foi constituída pelos 234 profissionais egressos dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) do estado de São Paulo, que finalizaram a residência entre 2000 a 2009.

### **4.2 Critérios de inclusão:**

Foram incluídos na pesquisa todos os egressos que concluíram os dois anos do programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, no estado de São Paulo, no período de 2000 a 2009, e que responderam completamente o questionário. Considerou-se como egressos dos PRMFC do Estado de São Paulo todos aqueles que estavam incluídos na lista do Sistema de Informação da CNRM (SisCNRM), disponível on-line no endereço eletrônico: <[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](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)>.

### **4.3 Critérios de exclusão:**

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que fizeram residência de Medicina de Família e Comunidade fora do estado de São Paulo, que realizaram a residência fora do período de estudo ou que responderam o questionário apenas parcialmente.

#### 4.4 Coleta de dados:

Os dados foram coletados pela pesquisadora através de questionário eletrônico, no período de 29 de junho a 18 de agosto de 2012. Para localização dos participantes da pesquisa foram realizados diversos passos. Primeiramente, foram obtidos no Sistema de Informação Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM) os nomes de todos os egressos dos PRMMFC do Estado de São Paulo no período de estudo.

Estes foram localizados da seguinte maneira: primeiramente foram enviadas cartas e/ou e-mail ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e às secretarias dos Programas de Residência Médica em MFC solicitando algum contato (endereço residencial e/ou comercial, telefone e e-mail) desses médicos.

Os profissionais que não foram localizados a partir das três instâncias citadas (CREMESP, SBMFC ou Secretaria dos PRMMFC) passaram a ser procurados na internet, utilizando-se as redes sociais (Facebook ou Twiter) ou sites oficiais que pudessem fornecer algum contato do profissional, como o currículo Lattes e o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Em última instância, como forma de atingir as pessoas que ainda não tinham nenhum contato ou aumentar o índice de respostas, foi solicitado aos egressos que responderam o questionário que enviassem um convite eletrônico da pesquisa para a lista de contatos deles.

A Tabela 6 mostra o resultado do levantamento dos egressos de acordo com a o meio de contato.

Tabela 6 - Egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo o meio de contato disponível

<b>Meio de contato</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Endereço eletrônico (e-mail)	180	76,9
Endereço físico (correspondência)	147	62,8
Telefone	119	50,9
Redes sociais	20	8,5
Nenhum	19	8,1

#### **4.5 Instrumento da coleta de dados:**

Os dados foram coletados por meio de um instrumento de pesquisa auto-aplicável, com perguntas fechadas e abertas dividido em três blocos: identificação, atuação profissional e atividades de Medicina de Família e Comunidade (APÊNDICE I). Para a criação e envio do questionário eletrônico utilizou-se o software “Survey Monkey”. O questionário foi adaptado de instrumento aplicado em pesquisa de natureza semelhante, realizado Farias (2005), com egressos do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Centro de Saúde Escola Murialdo, no Rio Grande do Sul.

Foi realizado um contato inicial com o profissional por telefone, endereço físico ou endereço eletrônico para apresentar o projeto, convidando-o para participar da pesquisa e para responder o questionário eletrônico.

Para cada egresso foram enviados três convites (no mínimo), com intervalo de 7 a 10 dias, por e-mail e/ou por correspondência, contendo uma apresentação do projeto e o link de acesso ao questionário e ao termo de consentimento livre e esclarecido. Para os que não responderam e que tinham algum número de telefone localizado, foi realizado o contato via telefônica reforçando o convite.

Previamente a coleta de dados foi realizado um teste piloto com egressos de programas de residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de Minas Gerais, que finalizaram a residência entre 2000 e 2009. Esse grupo foi escolhido por ter semelhança com a população de estudo, facilitando assim a identificação de dificuldades metodológicas que possibilitaram adequar o questionário da melhor forma possível.

#### **4.6 Considerações éticas:**

O projeto e o instrumento de pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (protocolo número 455/CEP-CSE-FMRP-USP) e estão de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).



## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 Estudo piloto**

Antes de iniciar a descrição dos resultados desta pesquisa, é importante realizar algumas considerações sobre o estudo piloto. Este foi realizado, em 2011, com 17 médicos egressos de PRMFC do Estado de Minas Gerais, que concluíram a residência entre os anos de 2000 a 2009.

O estudo piloto permitiu reconhecer algumas deficiências do instrumento de pesquisa. Notou-se uma inconsistência interna do questionário ao se perguntar sobre o local de atuação dos egressos das residências de MFC. Isso ocorreu especificamente nas questões relacionadas à Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde da Família. Foi observado que a maioria das pessoas que respondeu o questionário não diferenciou se o local de atuação era a Unidade da ESF ou tradicional, repetindo a mesma resposta nas duas questões. Assim, essa questão foi modificada, destacando a diferença entre os dois modelos. Além disso, considerando a repetição de respostas dos diversos locais de trabalho dos egressos, foi acrescentado ao instrumento de pesquisa itens sobre atuação na Urgência/Emergência e na Gestão/Gerência.

De forma geral, pode-se concluir que o desenho do instrumento de pesquisa estava adequado para atender aos objetivos da pesquisa.

O tempo de resposta das questões variou de aproximadamente 5 a 25 minutos (predominantemente próximo a 15 minutos), o que estava dentro do esperado.

### **5.2 Considerações sobre os métodos**

Responderam o questionário 146 pessoas, do universo de 234 médicos de família e comunidade formados pelos Programas de Residência Médica em

Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. Foram excluídas 17 pessoas, por não atenderem os critérios de inclusão: duas pessoas realizaram residência de MFC fora do estado de São Paulo e 15 responderam apenas parcialmente o questionário. Portanto, foram considerados “egressos respondentes” os 129 médicos que preencheram todos os critérios de inclusão.

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de junho e agosto de 2012. Antes de iniciada a coleta de dados, várias dificuldades surgiram: o primeiro desafio foi identificar o universo da pesquisa, devido à dificuldade de obter informações sobre quantos e quem eram os egressos dos Programas de Residência em MFC do Estado de São Paulo. A partir dos artigos que foram lidos e da busca na internet por informações a respeito dos egressos, conseguiu-se localizar no sistema da CNRM, com acesso livre pela internet, lista com todos os concluintes dos programas de residência no Brasil. Para identificar o universo desta pesquisa, foi selecionado desta lista apenas os egressos dos PRM em MFC ou MGC, que terminaram a residência entre os anos de 2000 a 2009 (COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2011).

O segundo desafio, antes ainda de se iniciar a coleta de dados propriamente dita, foi conseguir os contatos desses egressos. Foram utilizadas várias estratégias: primeiramente, estes contatos foram solicitados ao CFM. Como se tratava de um estudo sobre o Estado de São Paulo, este conselho orientou que fosse contactado o CREMESP. Após contato por carta e e-mail com a diretoria deste conselho estadual, esta encaminhou o projeto para a Câmara Técnica de Medicina de Família e Comunidade. Após aprovado em reunião desta Câmara, o projeto voltou para a diretoria e foi aprovado. Com isso, foi possível obter endereço dos egressos que tinham inscrição (ativa ou inativa) no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Concomitante, foi solicitado à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade o contato dos egressos que eram associados a essa entidade, o que foi atendido prontamente.

Posteriormente, a pesquisadora contactou a Secretaria dos PRM em MFC (pessoalmente, por telefone ou por via eletrônica) para se conseguir dados sobre os demais egressos. Essa etapa foi desgastante e pouco produtiva pois praticamente nenhuma das secretarias tinha as informações sobre os egressos dos PRM sistematizadas e nem conseguiram (ou se disponibilizaram a) realizá-la em tempo hábil para a pesquisa.



Por fim, para conseguir localizar mais egressos dos PRM, foi realizada, pela pesquisadora, uma busca exaustiva de contatos (residencial ou profissional) em catálogos da internet, em redes sociais e em algumas fontes oficiais, como o currículo lattes e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Além disso, foi enviado e-mail para colegas conhecidos de vários PRM com o intuito de se conseguir contatos daqueles médicos de família que, por sua vez, eram conhecidos por esses colegas. Técnica semelhante (que foi apelidada de “bola de neve”) foi utilizada após o início da coleta de dados. Para cada pessoa que respondia o questionário, junto com o agradecimento pela participação na pesquisa era enviado um convite que continha o link de acesso ao questionário da pesquisa, sugerindo que este fosse encaminhado para todos os médicos de família da lista de contatos deste egresso respondente. Assim, mesmo aquelas pessoas que a pesquisadora não tinha nenhum contato podem ter recebido o convite da pesquisa.

A coleta de dados iniciou-se, efetivamente, no final de junho de 2012, por meio do envio do questionário por e-mail ou de convite por correspondência, contendo o link de acesso ao questionário. O convite foi realizado, no mínimo, três vezes para cada egresso. Foi priorizado o envio do convite por e-mail e, se não tivesse resposta após pelo menos duas tentativas, era refeito o convite por e-mail (terceira tentativa) mas também era enviada correspondência para o endereço físico e/ou tentado contato por telefone ou pelas redes sociais.

Para aqueles que tinham somente o endereço físico, foram enviadas pelo menos três correspondências e, posteriormente, tentado contato por telefone e/ou pelas redes sociais. Lembrando que, os egressos que possuíam endereço eletrônico, recebiam o agradecimento pela participação no estudo com convite em anexo para ser encaminhado a todos os seus contatos. Isso não foi realizado para aqueles que responderam através do link, pois não era possível identificar quem já havia respondido o questionário por esse meio.

Essa estratégia citada pode ter aumentado o número de respondentes, porém não é possível mensurar quantos egressos que responderam o questionário através do link ficaram sabendo da pesquisa através de colegas que ajudaram a divulgá-la.

Considerando-se os questionários válidos, o índice de resposta foi de 55,1%, índice considerado satisfatório quando comparado ao de outros estudos semelhantes: perfil de egressos de residência de MFC do Murialdo, com 51,6% (FARIAS, 2005), perfil dos médicos e enfermeiros do PSF com 58,5%, no geral, ou

54,8% se considerado o índice de respostas somente dos médicos (MACHADO, 2000) e perfil dos egressos do curso de especialização em Saúde da Família do Espírito Santo, com 47% de resposta (MACIEL et al., 2010).

### 5.3 Residência em Medicina de Família e Comunidade

Em relação ao local de realização da residência em MFC, observou-se que as instituições que mais formaram médicos de família e comunidade, no período de 2000 a 2009, no estado de São Paulo, foram, em ordem decrescente: Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, Hospital Santa Marcelina, UNICAMP, UNIFESP, Faculdade de Medicina da USP e Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Quadro 1).

Programas de Residência Médica em MFC do Estado de São Paulo	Total de egressos	Egressos respondentes	
		N	%
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP	77	46	59,7
Hospital Santa Marcelina	35	13	37,1
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP	31	25	80,6
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP	21	11	52,4
Faculdade de Medicina da USP	16	15	93,8
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	15	9	60,0
Hospital Municipal Dr Mario Gatti – SP	7	0	0,0
Hospital Municipal Prof. Dr. Alipio Correa Netto	6	1	16,7
Obras Sociais e Educacionais de Luz (UNISA)	6	1	16,7
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	5	1	20,0
Hospital e Maternidade Dr Celso Pierro - PUC Campinas	4	1	25,0
Faculdade de Medicina de Jundiaí	3	2	66,7
Faculdade de Medicina do ABC	3	3	100,0
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) - Faculdade de Medicina de Botucatu-SP	2	0	0,0
Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA	1	1	100,0
Hospital Geral de Pedreira	1	0	0,0
Universidade Federal de São Carlos	1	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>234</b>	<b>129</b>	<b>-</b>

Qu  
adr  
o 1  
-  
Dis  
trib  
uiç  
ão  
dos  
egr  
ess  
os,  
seg  
und  
o o  
Pro  
gra  
ma  
de  
Re  
sid  
ênc  
ia

em Medicina de Família e Comunidade, Estado de São Paulo, 2000-2009.

Em relação ao ano de conclusão da Residência médica em MFC, observou-se uma tendência de aumento do número de médicos formados ao longo dos anos, o que refletiu, em sua maioria, no número crescente de egressos respondentes por ano (Gráfico 3).

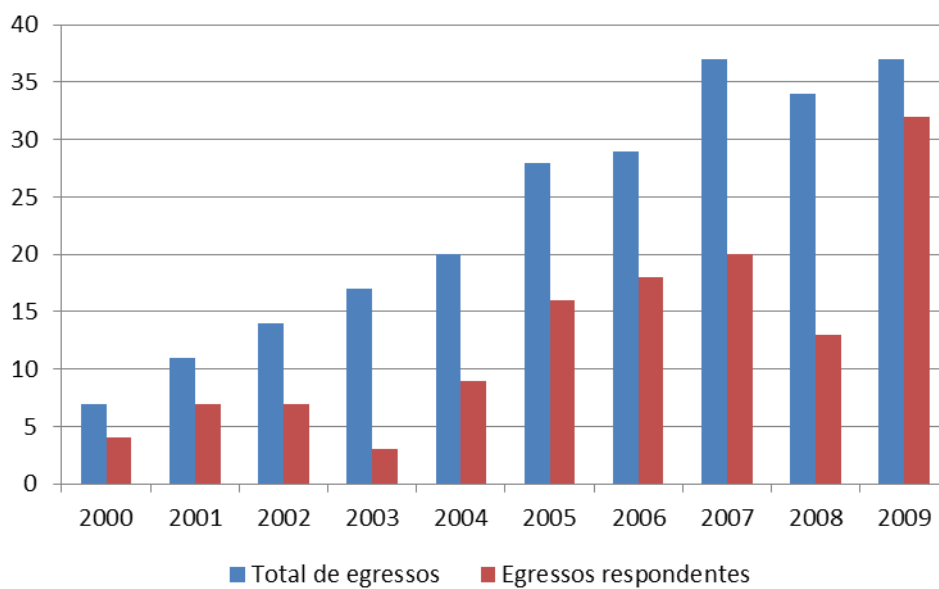


Gráfico 3 - Distribuição dos egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, 2000-2009, segundo o ano de conclusão da residência

Os resultados a seguir são referentes aos 129 egressos respondentes e estão divididos em três blocos: identificação, atuação profissional e atividades em Medicina de Família e Comunidade.

## 5.4 BLOCO 1 - Identificação

### 5.4.1 Perfil sócio-demográfico

#### Faixa etária e sexo

Dos 129 egressos respondentes dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 54 eram do sexo masculino

(41,9%) e 75 do sexo feminino (58,1%), com idade variando entre 25 e 58 anos, sendo a mediana de 34 anos, média de 34,54 anos e desvio padrão de 4,4 (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos egressos dos Programas de Residências de Medicina de Família e Comunidade, Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo sexo e faixa etária

Faixa etária (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
25 - 29	0	0,0	6	100,0	6	4,7
30 - 34	27	37,5	45	62,5	72	55,8
35 - 39	18	50,0	18	50,0	36	27,9
40 - 44	7	58,3	5	41,7	12	9,3
45 - 49	0	0,0	0	0,0	0	0,0
50 - 54	1	50,0	1	50,0	2	1,6
55 - 59	1	100,0	0	0,0	1	0,8
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>41,9</b>	<b>75</b>	<b>58,1</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>

Houve predomínio dos egressos na faixa etária de 30 a 34 anos (55,8%). Considerando que os médicos estudados terminaram a residência de 3 a 12 anos atrás, nota-se que os dados encontrados estão de acordo com os valores apontados por Gil (2005), nos quais há predomínio dos jovens (de 20 a 30 anos) entre aqueles que fazem residência. Esta característica “jovem” da profissão também é reforçada pelo fato de 97,6% dos egressos respondentes apresentarem menos de 45 anos, valor inclusive acima do encontrado em outros estudos, como na pesquisa com egressos de residência de MFC do Murialdo, que evidenciou que 74,4% dos egressos estavam na faixa etária de menos de 45 anos.

O percentual de mulheres que fizeram a residência de MFC foi maior que o encontrado por Farias (2005), o qual evidenciou que 48,9% dos egressos do Murialdo eram do sexo feminino. O predomínio deste sexo, no entanto, está de acordo com outros estudos que mostram a feminilização dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2002b; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011; GIL, 2005; MACHADO, 2000), além de seguir uma tendência mundial da feminilização da medicina.

### Estado civil e filhos

O estado civil declarado foi casado (52,7%), amasiado ou com união estável (10,8%), solteiro (32,6%), divorciado ou separado (3,9%). Ninguém declarou-se viúvo.

A maioria não tem filhos (56,6% dos entrevistados), 27,9% tem apenas um filho, 14,0% tem 2 filhos e apenas 2 pessoas (1,6%) tem três filhos.

### Nacionalidade e naturalidade

A maioria dos egressos (96,9%) tem nacionalidade brasileira, sendo naturais predominantemente do estado de São Paulo, seguido de Minas Gerais e do Rio de Janeiro (Gráfico 4). Dos egressos brasileiros, 86,4% nasceram na região sudeste do país. Apenas 4 pessoas (3,1%) nasceram em outros países (Canadá, Itália, Cabo Verde e outro não especificado).

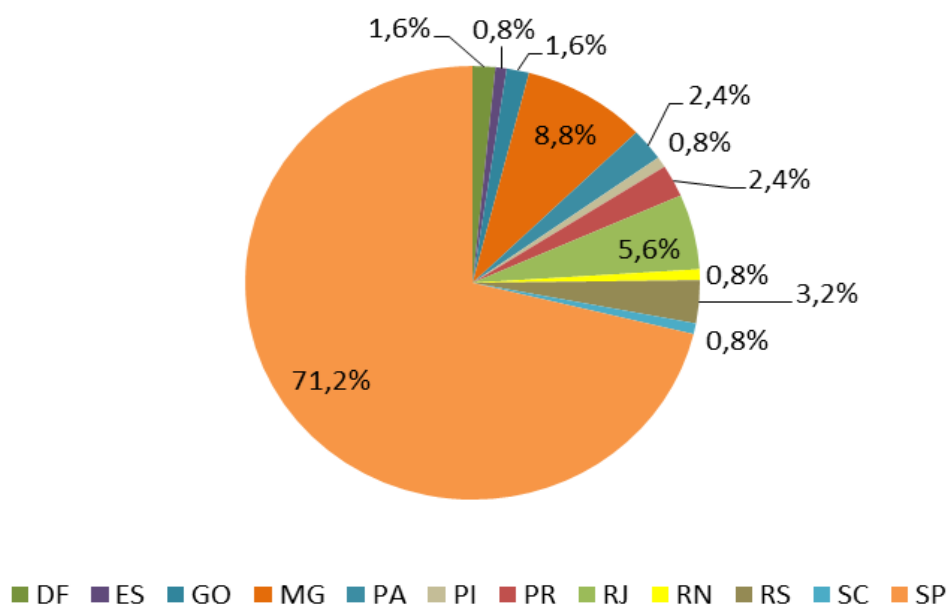


Gráfico 4 – Distribuição dos egressos brasileiros dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, por Unidade de Federação, segundo a naturalidade

### Local de Moradia

Os egressos moram em 12 estados do país: Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraná, Rio de Janeiro, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo (Gráfico 5 e Figura 2).

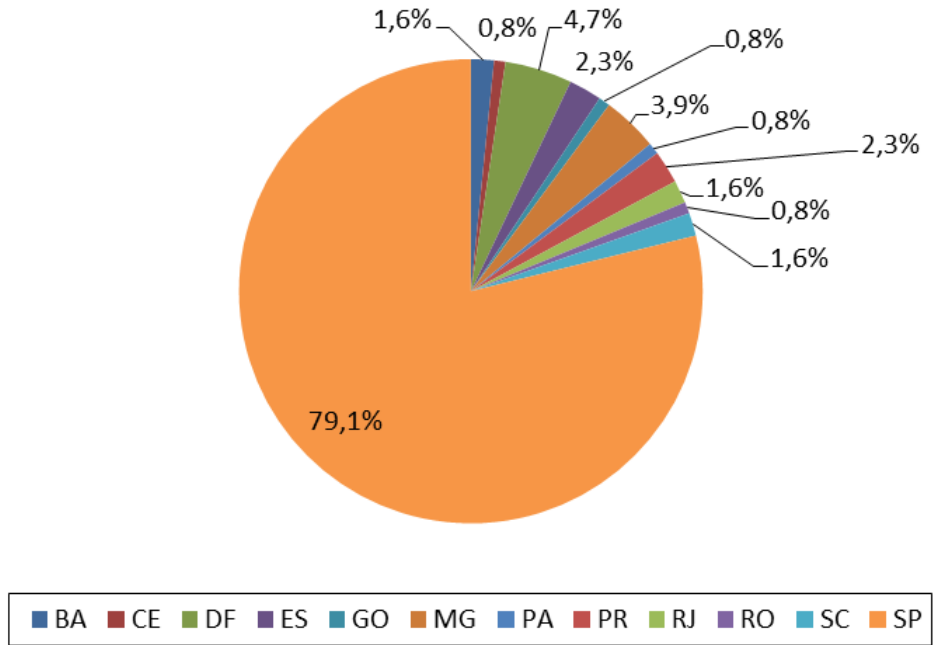


Gráfico 5 – Distribuição dos egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, por Unidade de Federação, segundo o local de moradia

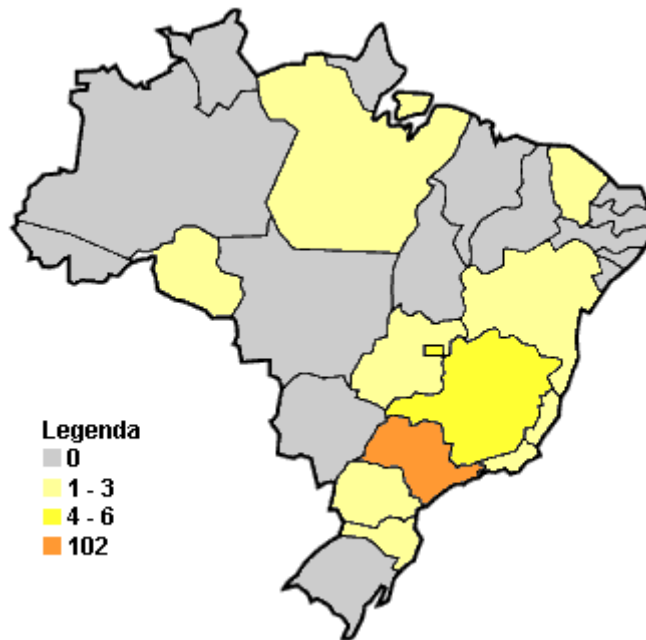


Figura 2 - Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (em números absolutos), segundo unidade de federação

A maior concentração de egressos, em relação ao local de moradia, é o estado de São Paulo, onde se encontram 102 egressos (79,1%), sendo que destes, 41 (40,2%) vivem na capital (São Paulo), 16 (15,7%) em Ribeirão Preto, 8 (7,8%) em Campinas, 5 (4,9%) em Piracicaba, e 26 (25,5%) em outros locais, sendo 2 pessoas em cada uma das seguintes cidades: Araraquara, Jundiaí, Mogi das Cruzes, São Bernardo do Campo e São Carlos; e uma pessoa em cada município citado a seguir: Amparo, Barretos, Bebedouro, Catanduva, Embu-Guaçu, Ilha Solteira, Ilhabela, Indaiatuba, Itatiba, Limeira, Marília, Monteiro Lobato, Morro Agudo, Paulínia, Santos, São José do Rio Preto, Ubatuba e Valinhos (Figura 3).

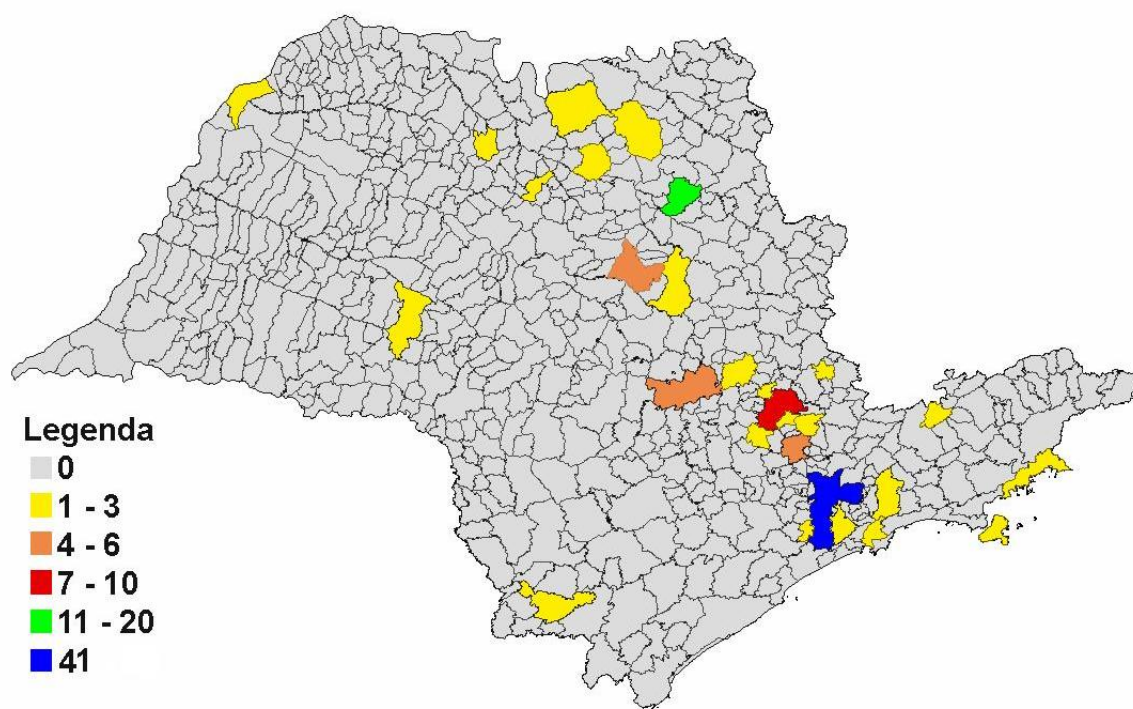


Figura 3 - Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (em números absolutos), segundo municípios do estado de São Paulo

Em relação ao porte do município, aproximadamente 90% dos egressos vivem em municípios de grande porte ou em metrópoles (Tabela 8), sendo que 50,4% dos egressos vivem em municípios maiores que um milhão de habitantes.

Esses dados são compatíveis com os encontrados por Farias (2005) e Farias, Stein e Hoffmann (2004) que evidenciaram que há uma tendência dos médicos

brasileiros em residirem próximos a grandes centros urbanos ou na região onde concluíram a graduação em Medicina e a residência em MFC. Nesta pesquisa, os egressos da residência de Medicina Geral Comunitária do Centro de Saúde Escola Murialdo estavam morando em 52 cidades, distribuídos em sete estados da Federação, concentrando-se principalmente na Região Metropolitana de Porto Alegre, que é próximo ao local da realização da residência. Daí a importância da diversidade de programas de residência em MFC e do fortalecimento destes nas cidades do interior.

Tabela 8 - Egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo o porte do município de moradia

<b>Porte do Município*</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Pequeno porte	5	3,9
Médio porte	9	7,0
Grande porte ou metrópole	115	89,1

\*De acordo com IBGE: Municípios de Pequeno Porte: até 50.000 habitantes; municípios de médio porte: de 50.001 até 100.000 habitantes; grande porte: 100.001 até 900.000 habitantes; metrópole: maior que 900.001 habitantes

Referência: [http://www.brasilhoje.cenpec.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4:porte-do-municipio&catid=7:populacao&Itemid=10](http://www.brasilhoje.cenpec.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4:porte-do-municipio&catid=7:populacao&Itemid=10)

Estudo sobre a demografia médica no Brasil, realizado pelos Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal De Medicina (2011) mostram que a região sudeste é uma das que possui maior concentração de médicos no país, sendo que o estado de São Paulo possui a 3ª maior razão de médicos por 1.000 habitantes (2,58), ficando atrás apenas do Distrito Federal (4,02) e do Rio de Janeiro (3,57).

A distribuição de médicos no Brasil apresenta desigualdades dentro do mesmo estado, de uma região ou micro-região. Os médicos tendem a se concentrar mais nas capitais dos estados, nos pólos econômicos, nos grandes centros populacionais e onde se concentram estabelecimentos de ensino e serviços de saúde (consequentemente com maior oferta de trabalho). Outros lugares apresentam menor número de médicos pois têm dificuldade de atraí-los e/ou fixá-los, como as regiões menos desenvolvidas, interioranas ou rurais extensas (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).



Segundo a distribuição por sexo dos egressos, observa-se que 83,3% dos homens e 76,0% das mulheres residem no estado de São Paulo, local onde fizeram a residência de MFC (Tabela 9).

Tabela 9 - Egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo sexo e local de moradia

Local de moradia	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
São Paulo	45	83,3	57	76,0	102	79,1
Outros estados	9	16,7	18	24,0	27	20,9
<b>TOTAL</b>	54	100,0	75	100,0	129	100,0

Os dados encontrados acima mostram uma tendência maior de fixação dos homens no local onde estes fizeram a residência, destoando do encontrado na literatura, que mostra que o grupo das mulheres médicas é o que tem menor tendência à migração territorial (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

#### 5.4.2 Faculdade de Medicina de origem e ano de conclusão da graduação

Os médicos entrevistados fizeram a graduação em Medicina predominantemente no sudeste, sendo a maioria do estado de São Paulo (72,1% - 93/129), seguido de Minas Gerais (10,9%), Rio de Janeiro (7,0%) e Espírito Santo (2,3%). Apenas quatro (3,1%) médicos graduaram-se no Norte (Pará) e cinco (3,9%) no Sul do país (Rio Grande do Sul e Paraná). Nenhum dos egressos fez o curso de medicina no Nordeste ou no Centro-Oeste. Um dos entrevistados fez graduação no exterior (Itália), conforme demonstrado no Quadro 2.

Região	Estado	Faculdade de Medicina	N	%
Sudeste	SP	Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP)	9	7,0
		Universidade de Campinas (UNICAMP)	9	7,0
		Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP	9	7,0
		Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita (UNESP)	7	5,4
		Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	6	4,7
		Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)	6	4,7
		Faculdade de Ciências Médicas de Santos (UNILUS)	6	4,7
		Faculdade de Medicina do ABC	4	3,1
		Universidade do Oeste Paulista (UNIOSTE)	4	3,1
		Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)	4	3,1
		Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)	3	2,3
		Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC SP)	3	2,3
		Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa - SP	3	2,3
		Universidade de Mogi das Cruzes	3	2,3
		Faculdade de Medicina de Catanduva	3	2,3
		Centro Universitário Barão de Mauá	2	1,6
		Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	2	1,6
		Faculdade de Medicina de Jundiaí	2	1,6
		Universidade de Santo Amaro	2	1,6
		Universidade São Francisco	2	1,6
	Universidade de Taubaté	2	1,6	
	Outras (Universidade de Marília, Hospital Santa Marcelina)	2	1,6	
	<b>TOTAL</b>		<b>93</b>	<b>72,1</b>
	RJ	Faculdade de Medicina de Valença	2	1,6
		Fundação Técnico Educacional Souza Marques	2	1,6
		Universidade Gama Filho	2	1,6
		Outras (Fundação Serra dos Órgãos – Teresópolis, Universidade Severino Sombra e Universidade Federal Fluminense)	3	2,3
		<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>7,0</b>
	MG	Universidade de Alfenas (UNIFENAS)	4	3,1
		Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	3	2,3
		Universidade Federal de Uberlândia (UFU)	2	1,6
		Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS)	2	1,6
		Outras (Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho/Pouso Alegre, Faculdade de Medicina de Itajubá e Universidade Federal do Triângulo Mineiro)	3	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>10,9</b>		
ES	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)	2	1,6	
	Outros (Universidade Federal do Espírito Santo)	1	0,8	
	<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>2,3</b>	
Sul	PR	Universidade Federal do Paraná	2	1,6
		Outras (Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná)	1	0,8
	<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>2,3</b>	
RS	Universidade Federal do Rio Grande	2	1,6	
	<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>1,6</b>	
Norte	PA	Universidade Federal do Pará (UFPA)	2	1,6
		Universidade do Estado do Pará	2	1,6
	<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>3,1</b>	
Exterior	Itália	Universita di Modena e Reggio Emilia	1	0,8
		<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>
<b>TOTAL</b>			<b>129</b>	<b>100</b>

Quadro 2 - Egressos dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo a faculdade de medicina de origem

### 5.4.3 Local de moradia atual e local de realização da residência em MFC e da graduação em Medicina

O local de moradia atual do egresso está relacionado com o local onde este médico realizou a graduação em Medicina e a residência em MFC (RMFC). Nota-se que a maior parte dos egressos fixou-se no estado de São Paulo (79,1%), sendo que destes, 18,6% (19/102) fez apenas a RMFC no estado de São Paulo e 81,4% fez a RMFC e também a graduação em Medicina nesse estado.

Dos egressos que não moram no estado de São Paulo, 25,9% voltaram para o estado onde fizeram a graduação e 74,1% moram em estado diferente de onde graduaram (Figura 4). É importante destacar que os egressos que não moram atualmente no estado federativo onde fizeram a graduação ou a residência em MFC correspondem a somente 15,5% do total.

Esses dados estão de acordo com a literatura que evidencia que um dos fatores que influenciam na concentração do médico em determinado local é a existência do programa de residência médica (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011; NUNES et al., 2011b). No Acre e em Roraima, observou-se taxa de fixação de praticamente 100% dos médicos que não nasceram, mas fizeram a residência de Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade ou Pediatria nestes estados (NUNES et al., 2011b).

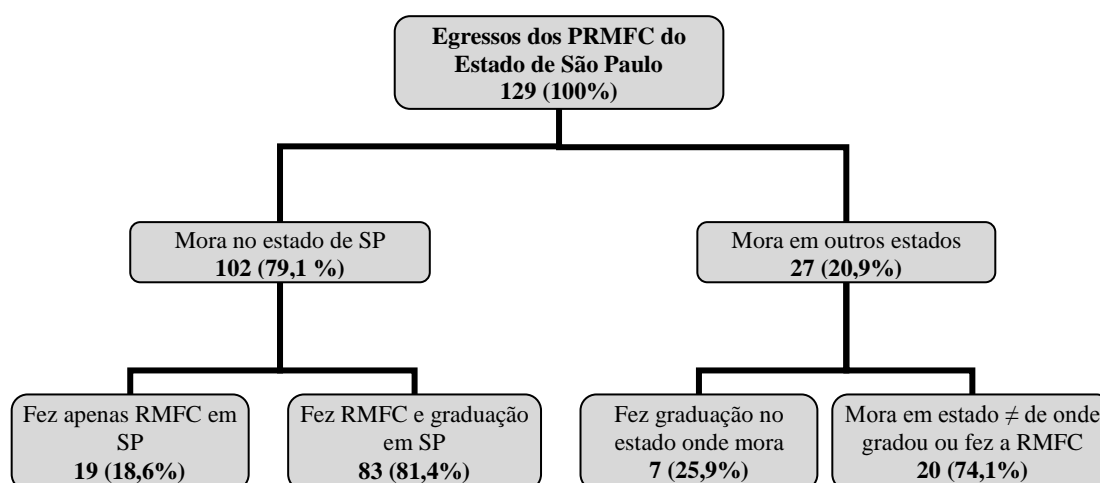


Figura 4 – Fluxograma dos egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, 2000-2009, segundo o local de moradia e de graduação

## 5.5 BLOCO 2 – Atuação profissional

### 5.5.1 Situação profissional

#### 5.5.1.1 Área de atuação e desejo de ser médico de família e comunidade

Atuam na área da saúde 98,4% dos egressos. Apenas duas pessoas (1,6%) não trabalham área da saúde.

A Medicina de Família e Comunidade é área de atuação para 74,0% dos egressos. Atuam somente na MFC 44,9% dos egressos e na MFC e outra área 29,1%. No geral, mais da metade dos médicos de família atuam em outra área (55,1%), independentemente se atuam na MFC ou não (Tabela 10).

Foram citadas 20 áreas de atuação, sendo as mais frequentes: Clínica Médica (14%), Geriatria (8%), Docência ou Preceptoria (6%), Gestão (6%), Acupuntura (5%), Urgência e Emergência (5%), Atenção Domiciliar/ Home Care (3%).

Tabela 10 - Egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo área de atuação\*

Área de Atuação na Saúde	N	%
Atua na MFC	Só MFC	44,9
	MFC e outra área	29,1
	<i>Total</i>	<i>74,0</i>
Não atua na MFC	33	26,0
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>

\* Dois profissionais não atuavam na área da saúde

Dos egressos que desejavam ser médicos de família, após a conclusão da graduação em medicina (65,9%), 77,6% (66/85) atuam na MFC. Dentre os que não queriam ser médicos de família, 63,6% (28/44) atuam na MFC. Ou seja, há uma tendência maior daqueles que desejavam ser médicos de família e comunidade a se manter na área (Tabela 11).

Tabela 11 - Egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo local de atuação e desejo de ser médico de família

Desejava ser MFC após graduação	Atua na MFC		Não atua na MFC		Total	
	N	%	N	%	N	%
SIM	66	77,6	19	22,35	<b>85</b>	<b>65,9</b>
NÃO	28	63,6	16	36,36	<b>44</b>	<b>34,1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>72,9</b>	<b>35</b>	<b>27,13</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>

A escolha pela Atenção Primária à Saúde entre estudantes de Medicina ou médicos tem diversos determinantes e inclui aspectos pessoais, profissionais, acadêmicos e ideológicos (MELLO et al., 2009).

A carência de formação em Atenção Primária à Saúde na graduação, com ausência de estágios que permitam o vivenciamento longitudinal do estudante na rede de saúde, obtendo uma visão abrangente do sistema de saúde, é um dos fatores que influenciam na (não) escolha pela MFC, destacados por Gonçalves et al. (2009). Neste estudo, os médicos referiram que o interesse pelo PSF surgiu “por empatia pessoal com a saúde pública ou para obter um emprego para iniciar sua atuação profissional”, já que nenhum dos entrevistados teve ênfase na APS na graduação, nem recebeu incentivo e informações necessárias para optar pela Saúde da Família como campo de trabalho. A falta de exigência de formação específica para trabalhar na APS também é um dos motivos da baixa escolha por essa especialidade, que tem como um dos principais cenários de prática a Estratégia Saúde da Família.

Levantamento bibliográfico realizado por Cavalcante Neto, Lira e Miranda (2009) identificou, na literatura internacional, que os principais fatores para o desinteresse pela especialização em Medicina de Família e Comunidade foram: baixa remuneração; pouco prestígio da MFC; perfil tecnológico e científico das outras especialidades, o que influencia no 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 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 graduação.

Vale destacar que 34,1% dos egressos dos PRM de São Paulo não tinham o desejo de ser médico de família e comunidade após a graduação, mas depois acabaram fazendo a escolha pela residência nessa especialidade.

A decrescente procura pela medicina de família e comunidade é um fenômeno internacional. Países que escolheram a APS como eixo estruturante do sistema de saúde (como Cuba e Canadá) também apresentam uma crise aparente na escolha desta carreira pelos médicos (MELLO et al., 2009). Este não é um problema novo. Nos Estados Unidos, ainda na década de 90, 40 a 50% das vagas de residência eram ociosas, sendo que quase 30% dos médicos que iniciavam a residência em MFC desistiam no segundo ano e quase 60% dos que concluíam, migravam para outra área (RODRÍGUEZ, 1998).

#### **5.5.1.2 Local de atuação**

Referiram atuar na área da saúde 127 (98,4%) egressos. Destes, seis (4,7%) atuam somente na docência (não referiram outros locais de atuação). Os demais atuam, em média, em dois locais que não estejam relacionados com a docência, sendo que referiram trabalhar em um local (33,9%), dois (37,8%), três (15,0%) e quatro ou mais locais (8,7%), conforme Gráfico 6.

Dos 127 egressos que trabalham na área da saúde, atuam em consultório particular 19,7% (25/127), na Estratégia Saúde da Família 49,6% (63/127), em Unidade de Saúde “Tradicional” (UBS) 19,7% (25/127), na gestão 18,9% (24/127), na Urgência e Emergência 26,8% (34/127). Atuam em outros locais 43,3% (55/127) e destes, 27,3% (15/55) atuam também em um segundo local diferente dos já citados.

##### Consultório particular

A maior parte dos médicos que trabalham em consultório particular atuam no estado de São Paulo, tem carga horária nesse local de até 10 horas por semana (72% - 18/25), sendo que 44% (11/25) atuam há menos de 1 ano e outros 44% (11/25) entre 1 e 5 anos.

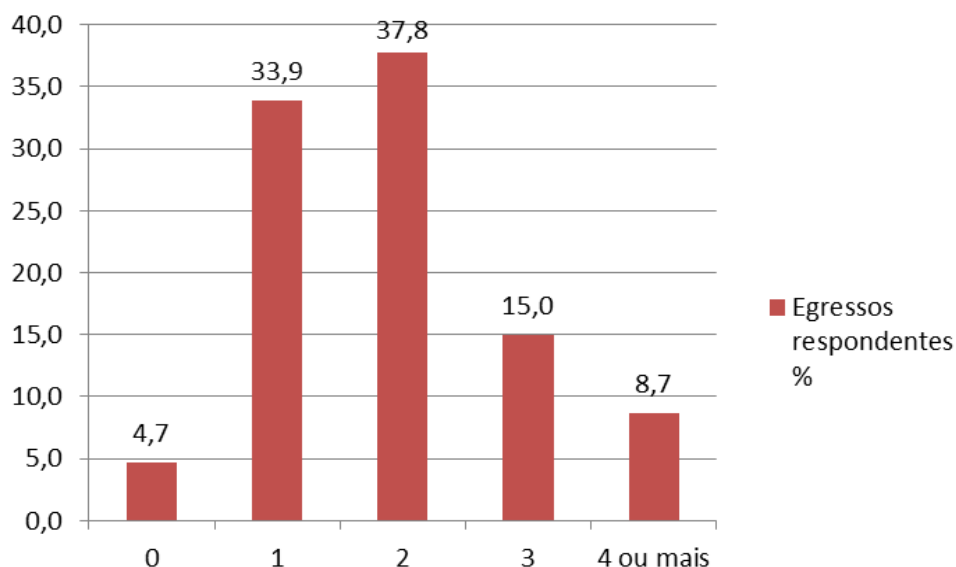


Gráfico 6 – Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo o número de postos de trabalho não relacionados à docência

### Estratégia Saúde da Família

Conforme citado anteriormente, praticamente metade dos egressos que trabalham na área da saúde atuam na ESF, sendo que destes, 77,8% (49/63) estão no estado de São Paulo; 79,4% (50/63) tem carga horária na ESF de 40h ou mais; a maioria atua entre 1 e 5 anos (55,6%) e 31,7% (20/63) trabalham neste local entre 6 e 10 anos. Os profissionais são contratados principalmente sob o regime de CLT (66,7% - 42/63), seguido de servidor público (42,9% - 27/63).

É importante destacar que o SUS ampliou muito o mercado de trabalho dos profissionais da saúde, sendo que a saúde da família tem papel fundamental neste 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 se configura como um grande gerador de empregos para o setor da saúde (MACHADO, 2000) e que a Estratégia Saúde da Família é o principal campo de trabalho do médico de família e comunidade.

Muitos médicos que trabalham na Saúde da Família têm mais de um posto de trabalho, mesmo com a carga horária predominante de 40h semanais na própria ESF (Tabela 12).

Tabela 12 - Egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo atuação na Estratégia Saúde da Família

Local de atuação	N	%
<b>Atua na ESF</b>	<b>63</b>	<b>48,8</b>
Somente ESF	26	20,2
ESF + 1 posto de trabalho	25	19,4
ESF + 2 postos de trabalho	7	5,4
ESF + 3 postos de trabalho	2	1,6
ESF + 4 ou mais postos de trabalho	1	0,8
<b>Não atua na ESF</b>	<b>66</b>	<b>51,2</b>

### Unidade de Saúde Tradicional

Foi definido como Unidade de Saúde Tradicional as unidades básicas de saúde que não seguem o modelo de trabalho da Estratégia Saúde da Família. Dos 25 egressos que referiram trabalhar em UBS Tradicional, 92% atuam no estado de São Paulo (23/25), 36% (9/25) tem carga horária semanal de 20 a 24 horas e 20% (5/25) maior ou igual a 40 horas. O tempo de atuação variou entre menos de 1 ano (28,0%), entre 1 a 5 anos (32,0%), de 6 a 10 anos (36,0%) e maior que 10 anos (4%). A principal modalidade de contratação foi servidor público (60,0%), seguido de CLT (52,0%).

### Gestão e Gerência

Referiram trabalhar na gestão 24 egressos (18,9%), sendo que, destes, metade (50%) dedica-se 40 horas semanais ou mais nesse cargo. Atuam na área predominantemente entre 1 a 5 anos (75% - 18/24) e 54,2% são contratados pelo regime da CLT. Os cargos referidos foram: coordenador da ESF do município (2 egressos – 8%), gerente de Unidade de Saúde da Família, diretor clínico, coordenador médico (Coordenador local, de empresa de home care, de equipe matricial, da medicina preventiva ou de clínica médica de plano de saúde), assessoria técnica, consultoria, supervisão médica, Coordenador de áreas técnicas do Ministério da Saúde (como Política Nacional de Humanização - PNH/DAPES/SAS/MS e áreas Técnicas do Departamento de Atenção Básica), dentre outros.



### Urgência e Emergência

Dos 127 médicos que trabalham na área da saúde, atuam na Urgência/Emergência 26,8% (34/127), sendo a maioria deles no estado de São Paulo (91,2%) e o restante em Minas Gerais (5,9%) e Pará (2,9%). A carga horária destinada a esta atividade variou bastante, sendo predominantes as categorias de 20 a 24 horas semanais (23,5%), seguida de até 10 horas semanais (20,6%), de 11 a 14 horas (17,6%) e 40 horas ou mais (14,7%). Em relação ao vínculo de trabalho, 38,2% são contratados sob o regime de CLT, 20,6% são servidores públicos e 14,7% tem vínculo com cooperativa. Nenhuma pessoa referiu como vínculo cargo em comissão, uma (2,9%) apresentou mais de um vínculo empregatício e onze (32,4%) referiram outro tipo de vínculo.

Os gráficos abaixo sintetizam o tempo de atuação (Gráfico 7) e a carga horária semanal (Gráfico 8) em cada local de trabalho atual dos médicos de família.

Em estudo realizado com os egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, apenas 38,5% dos médicos desenvolviam atividades de assistência na atenção primária (especificamente como médicos do Programa de Saúde da Família) e 15,4% encontravam-se na gestão da atenção primária (VILASBÔAS, 2006), ambos com valores abaixo do encontrado nesta pesquisa.

### Outras áreas

Quatro médicos (2%) atuam em áreas não relacionadas à saúde, como teologia, fotografia, música e administração.

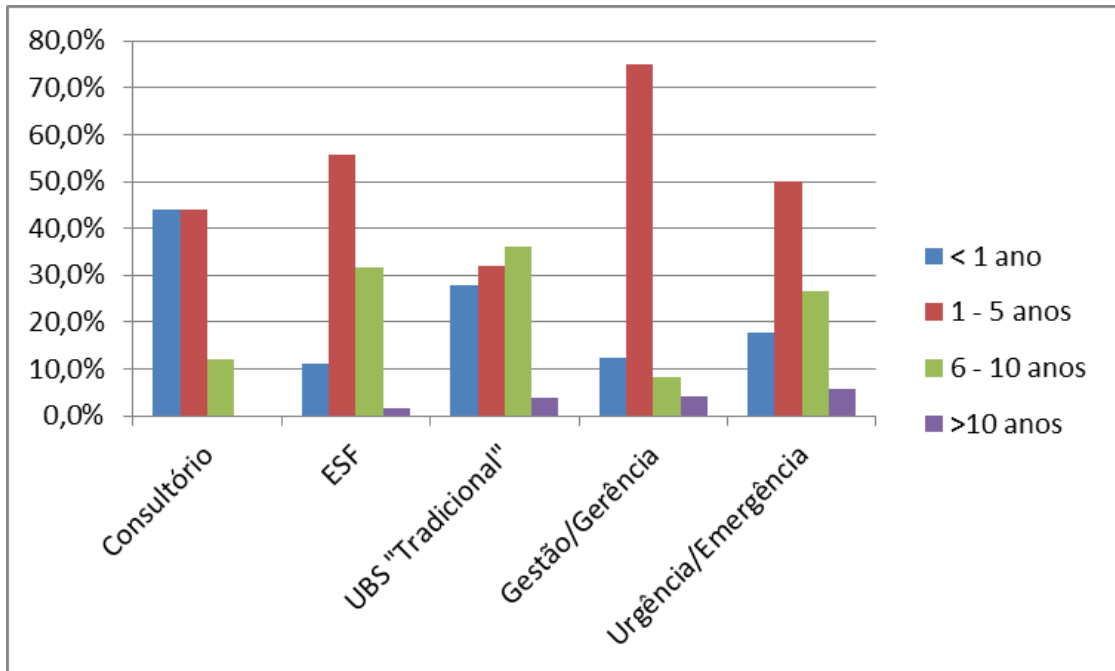


Gráfico 7 – Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo tempo de atuação e local de trabalho atual

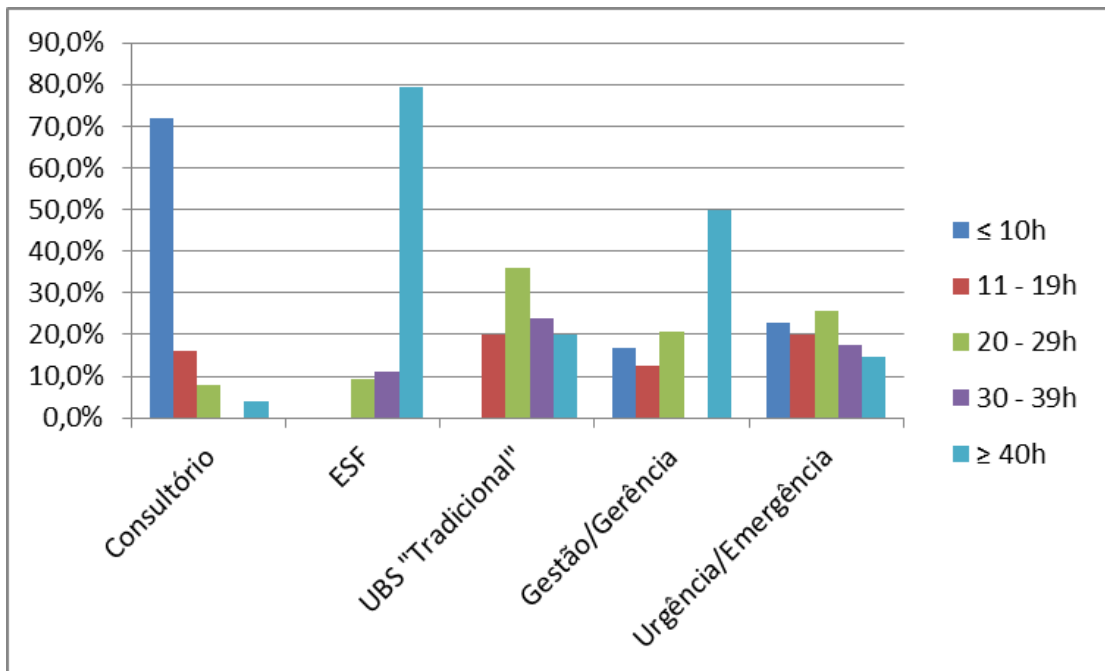


Gráfico 8 – Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo jornada semanal e local de trabalho atual

### 5.5.1.3 Renda

Dentre os egressos, 55,1% (71/129) recebem aproximadamente até R\$9.000 por mês devido ao trabalho na área da saúde (Tabela13).

Tabela 13 - Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo a renda mensal

Renda mensal aproximada pelo trabalho na área da saúde	N	%	% acumulado
Até R\$ 4.500	3	2,4	2,4
R\$ 4.501 a R\$ 6.000	13	10,1	12,5
R\$ 6.001 a R\$ 7.500	16	12,4	24,9
R\$ 7.501 a R\$ 9.000	39	30,2	55,1
R\$ 9.001 a R\$ 10.500	8	6,2	61,3
R\$ 10.501 a R\$ 12.000	10	7,8	69,1
R\$ 12.001 a R\$ 13.500	6	4,7	73,7
R\$ 13.501 a R\$ 15.000	12	9,3	83,0
R\$ 15.001 a R\$ 16.500	2	1,6	84,6
Mais de R\$ 16.500	10	7,8	92,3
Maiores que R\$9.000 (Não especificada)	10	7,8	---

Quanto à opinião dos egressos sobre qual seria o valor satisfatório da renda mensal do médico, os valores variaram de R\$ 7.500,00 a R\$ 30.000,00, sendo que 96,1% (124/129) referiram achar satisfatória a renda maior ou igual a R\$10.000,00 e 31,8% (41/129) maior ou igual a R\$ 20.000,00.

Quanto à opinião dos egressos sobre qual seria o piso adequado para uma jornada de trabalho médico de 40 horas semanais, os valores variaram de R\$ 8.000,00 a R\$ 30.000,00, sendo que 96,1% (124/129) referiram achar satisfatória a renda maior ou igual a R\$10.000,00 e 19,4% (25/129) maior ou igual a R\$ 20.000,00.

O salário dos médicos que atuam na Atenção Primária à saúde varia de acordo com a região do Brasil e o modelo no qual o profissional está inserido. Em estudo realizado com profissionais do Sul e Nordeste do país, observou-se que a renda média é maior no Sul do que no Nordeste e no PSF do que no modelo

tradicional. Em termos numéricos (R\$), a média salarial (e o desvio padrão), em 2005, era: 3.713 (1.509) na região Sul e 3.084 (1.182) no Nordeste, ambos para o PSF; e 1.898 (1.005) no Sul e 1.097 (755) no Nordeste, para as Unidades com modelo tradicional (TOMASI et al., 2008). Comparações dos valores salariais são difíceis devido a diferença de anos entre a atual pesquisa e este estudo citado.

Vale ressaltar que o ganho financeiro do profissional aliado à possibilidade de crescimento dentro da própria Unidade estão diretamente relacionados à satisfação no trabalho (SUEHIRO et al., 2008).

#### 5.5.1.4 Pesquisa e Docência

Realizam pesquisa na área da saúde 33,3% (43/129) dos egressos, sendo que, destes, 30,2 % (13/43) pesquisam há um ano ou menos, 18,6% (8/43) há dois anos, 16,3% (7/43) há três anos, 2,3% (1/43) há quatro anos, 32,6% (14/43) há cinco ou mais anos.

Atuam na docência 48,1% (62/129) dos egressos, sendo que destes, a maioria atua na graduação e/ou na Residência Médica (Tabela 14).

Tabela 14 - Egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo as atividades de docência\*

<b>Atividades de docência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Graduação	43	69,4
Residência Médica	31	50,0
Especialização <i>lato sensu</i>	12	19,4
Especialização <i>stricto sensu</i>	5	8,1
Outros	11	17,7
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

\*67 egressos (51,9%) não atuam na docência

Esses dados estão um pouco acima dos valores encontrados por Farias (2005), os quais evidenciaram que 44,4% dos médicos de família e comunidade que fizeram residência no Murialdo (RS) atuam na docência. Neste estudo citado, porém, predominou a atuação dos egressos em atividades relacionadas à residência médica

(72,5%), seguida de cursos de especialização *lato sensu* (60%), graduação (50%) e, por último, cursos de especialização *stricto sensu* (12,5%).

Em estudo realizado com os egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, não houve um número significativo de egressos envolvidos com docência ou pesquisa (VILASBÔAS, 2006).

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”, documento elaborado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SBMFC) e Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), após ampla discussão com diversos atores envolvidos na formação médica (DEMARZO et al., 2011).

O médico de família e comunidade deve estar presente, na graduação, principalmente nos anos intermediários e no internato, ensinado a abordagem clínica individual na APS. Nos primeiros anos da graduação, para o ensino da abordagem familiar e comunitária, é importante a presença do médico de família, mas deve haver também a participação de outros profissionais, com formação diferente, que tenham competência e vivência na APS (DEMARZO et al., 2011).

Outro aspecto que é reforçado nestas Diretrizes é que as Instituições de Ensino Superior, em parceria com os gestores locais de saúde, devem realizar programas de desenvolvimento profissional contínuo e de educação permanente, envolvendo os docentes e preceptores do serviço, para o bom desempenho desses educadores em suas atividades (DEMARZO et al., 2011).

Na residência de MFC o papel do médico especialista em MFC (como preceptor ou professor) também é de fundamental importância. Estes médicos servem de exemplos para os residentes e devem atuar na supervisão de consultas ou das atividades na área de abrangência da Unidade de Saúde, na orientação de pesquisas e na coordenação das atividades na atenção primária e secundária, estabelecendo uma relação entre as instituições envolvidas no processo de ensino-aprendizagem dos residentes (RODRÍGUEZ; CASSIAS; KOLLING, 2008).

## 5.5.2 Trajetória acadêmica após o término da residência em MFC

### 5.5.2.1 Outra pós-graduação ou residência:

Apenas 1 (um) egresso (0,8%) não realizou/realiza pós-graduação ou outra residência após o término da residência em MFC.

#### Outra Residência Médica

Cursaram ou cursam outra residência médica após o término da residência em Medicina de Família e Comunidade 10,1% (13/129), sendo que destes, 92,3% (12/13) já concluíram a residência nas seguintes especialidades: 33,3% (4/12) em Geriatria, 16,7% (2/12) em Psiquiatria e o restante em outras especialidades (Cardiologia, Saúde da Família com ênfase em preceptoría, Medicina Preventiva e Social, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Mental em Atenção Primária à Saúde e Pediatria). Uma pessoa está cursando atualmente residência em Medicina Esportiva, tendo ingressado em 2012.

A realização de outra residência médica pode ter sido favorecida pelo campo da prática do médico de família e comunidade. O olhar sobre os diversos problemas de saúde de saúde da população e a variedade dos cenários de prática permitem contato com áreas novas que podem despertar interesse no profissional em buscar mais formação; além disso, o profissional pode ter escolhido primariamente a MFC, especialidade com pouca concorrência nos concursos, e depois realizou a residência numa área que não conseguiu acesso na primeira seleção de residência.

#### Especialização *lato sensu*

Fizeram ou fazem curso de especialização após o término da residência em Medicina de Família e Comunidade 57,4% (74/129) dos egressos. Destes, 64,9% (48/74) fizeram ou fazem uma segunda especialização. A área mais referida, da primeira especialização, 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.

As áreas de especialização deste estudo foram semelhantes às relatadas pelos egressos de residência de MFC do Murialdo (FARIAS, 2005) porém diferindo na frequência que cada área aparece: Medicina do Trabalho (32,7%), Saúde Pública (20%), Homeopatia (7,3%) e Psiquiatria (7,3%).

Os médicos de família e comunidade podem ser considerados como 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-adoecimento; e, que atue como um agente de mudança no campo da saúde (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005).

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

#### Pós-graduação *stricto sensu*

Realizaram ou realizam pós-graduação *stricto sensu* 31,8% (41/129) dos egressos. Dentre estes, programas de Mestrado foram ou estão sendo realizados por 92,7% (38/41) e programas de Doutorado por 24,4% (10/41). Ninguém realizou ou está realizando pós-doutorado.

Estes dados estão acima dos encontrados por Farias (2005) que evidenciou que programas de mestrado foram realizados por 17% dos egressos, doutorado por 4% e pós-doutorado por apenas 1 egresso (1,1%). O maior envolvimento dos egressos de PRMFC, como estudantes de cursos de pós-graduação, pode ser em parte explicado devido ao aumento do número de programas de pós-graduação, no Brasil: na área de ciências da saúde, por exemplo, estes passaram de 312, em 2000, para 389, em 2005, e 449, em 2009 (COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR, 2012).

### 5.5.2.2 Título de especialista

Responderam possuir título de especialista 48,1% (62/129), sendo a área mais citada a Medicina de Família e Comunidade 87% (54/62), seguida de acupuntura com 6% (4/62), Geriatria com 3% (2/62) e por último, Clínica Médica e Ginecologia e Obstetrícia, com um egresso apenas em cada. Possuem um segundo título de especialista 10 pessoas (7,8%), sendo 3 em Acupuntura, 2 em Homeopatia e apenas 1 em cada uma das áreas a seguir: Psiquiatria, Clínica Médica, Geriatria, Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia e Medicina do Exercício e do Esporte. Uma pessoa tem um terceiro título de especialista, em Medicina Fetal.

Farias (2005) constatou que somente 26,6% dos médicos de família referiram ter título de especialista, sendo a psiquiatria a área mais citada, seguida da Acupuntura, Clínica Médica e Ginecologia e Obstetrícia. Não é possível comparar esses dados pois a ausência de médicos de família com títulos de especialista no trabalho citado se deve ao fato de que os primeiros concursos para obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) ocorreram somente em 2004, sendo que o trabalho citado acima se refere a egressos do PRM entre 1976 e 1998, quando ainda não existia o concurso para título de especialista em MFC (FALK; GUSSO; LOPES, 2012).

### 5.5.3 Empregos após o término da residência em MFC

Referiram empregos diferentes dos atuais após o término da Residência em MFC 83,7% (108/129) dos egressos. Destes 108 egressos, 29,6% já trabalharam em consultório particular, 84,3% na ESF, 42,6% em UBS tradicional, 27,8% na gestão ou gerência, 64,8% na Urgência ou Emergência e 52,8% em outros lugares.

Especificamente em relação aos egressos que trabalharam na Estratégia Saúde da Família após o término da residência em MFC, observou-se que o número de equipes em que o profissional trabalhou variou de uma a 12 equipes (Tabela 15), sendo que o tempo máximo de permanência na ESF mais frequente foi de 3 anos



(tanto o tempo total como o tempo de atuação na mesma equipe), conforme mostra o Gráfico 9.

Do total de egressos, trabalha ou já trabalhou na ESF 87,6% (113/129).

É interessante destacar que 12,4% (16/129) dos egressos nunca trabalharam na ESF após o término da residência em MFC.

Considerando esses egressos que não trabalharam na ESF após o término da residência (seja atualmente ou em empregos prévios), a área de atuação mais comum foi: geriatria (31,3%) clínica médica (12,5%) e outras áreas (pediatria, medicina intensiva, medicina preventiva, psiquiatria, homeopatia, medicina antroposófica, saúde mental, saúde do trabalhador e prevenção em oncologia), as quais foram citadas por apenas uma pessoa. Em relação ao local de trabalho desses egressos citados, 43,8% referiram atuar em consultório particular, 18,8% em Unidade de Saúde Tradicional, 25,0% na gestão ou gerência, 31,3% na urgência e emergência e 68,8% em outros locais.

Tabela 15 - Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo o número de equipes de ESF que o profissional trabalhou após o término da residência\*

<b>Nº Equipes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	25	27,5%
2	31	34,1%
3	16	17,6%
4	11	12,1%
5	6	6,6%
7	1	1,1%
12	1	1,1%
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>100,0%</b>

\* 38 egressos não trabalharam na ESF, antes do emprego atual

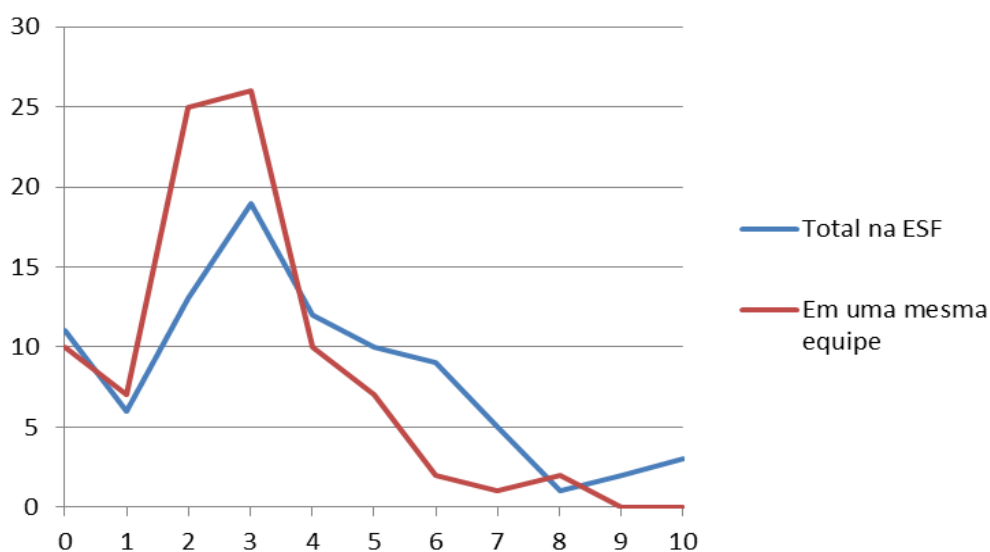


Gráfico 9 - Egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo o tempo de permanência máximo em uma mesma equipe e o tempo total de atuação na ESF

## 5.6 Bloco 3: Atividades em Medicina de Família e Comunidade

### 5.6.1 – Atividades relacionadas à formação de Médicos de Família e Comunidade

A maioria dos egressos (83,7%) tem interesse em participar da formação de médicos de família, principalmente nas áreas de preceptoría ou supervisão de alunos e residentes, ministrar aulas ou ser professor de cursos de educação permanente e tutoria. Vários egressos (52,7%) já participam de uma ou mais dessas atividades, conforme mostrado no Gráfico 10.

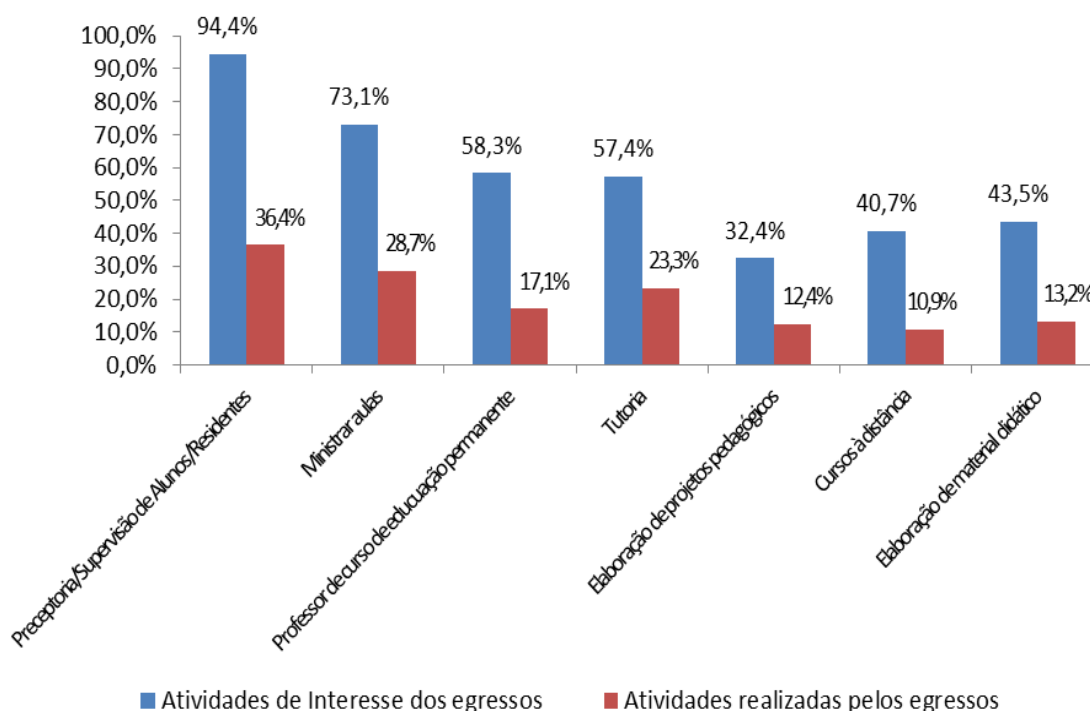


Gráfico 10 – Distribuição dos egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, 2000-2009, segundo as atividades relacionadas à formação de médicos de família

A resposta para essas modalidades de formação foi considerada a partir da concepção do próprio egresso sobre o significado de cada um dos termos questionados. Sabe-se que existe uma diversidade de conceitos sobre preceptoria, supervisão e tutoria, sendo que a CNRM, na Resolução 005/2004, por exemplo, utiliza os termos preceptor e tutor como sinônimos (BRASIL, 2004). No atual trabalho, foram considerados os seguintes conceitos: preceptor é aquele que atua em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho, ensinando o estudante ou o residente “a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas”, integrando “os conceitos e valores da escola e do trabalho”; supervisor é o profissional que tem o papel de “observar o exercício de determinada atividade, zelar pelo profissional e ter a certeza de que ele exerce bem sua atividade”, atuando nas situações clínicas reais (no ambiente de trabalho) e também nas situações fora do ambiente de trabalho; e, por fim, tutor é aquele que atua nos ambientes escolares com a função de “guiar, facilitar o processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno” e “atuar na revisão da prática profissional” (BOTTI; REGO, 2008).

Apesar da baixa padronização, na literatura, do significado dos termos utilizados (o que pode ter gerado certa inconsistência dos dados encontrados nesta questão), vale destacar que o envolvimento dos egressos nas diversas atividades de ensino foi alto e isso é fundamental para a formação de mais recursos humanos capacitados para trabalhar na Estratégia Saúde da Família e em outras ocupações na Atenção Primária à Saúde.

### 5.6.2 Atividades profissionais na MFC e grau de motivação e satisfação

Declararam que exercem atividades profissionais relacionadas a MFC 64,4% (96/129) dos egressos. Destes, apenas 4,2% (4/96) não se sentem motivados para trabalhar como médicos de família, 51,0% (49/129) estão parcialmente motivados e 44,8% (43/129) estão motivados.

Além disso, a maioria dos egressos que atuam na MFC referiu estar satisfeito ou muito satisfeito no exercício da MFC, conforme Gráfico 11.

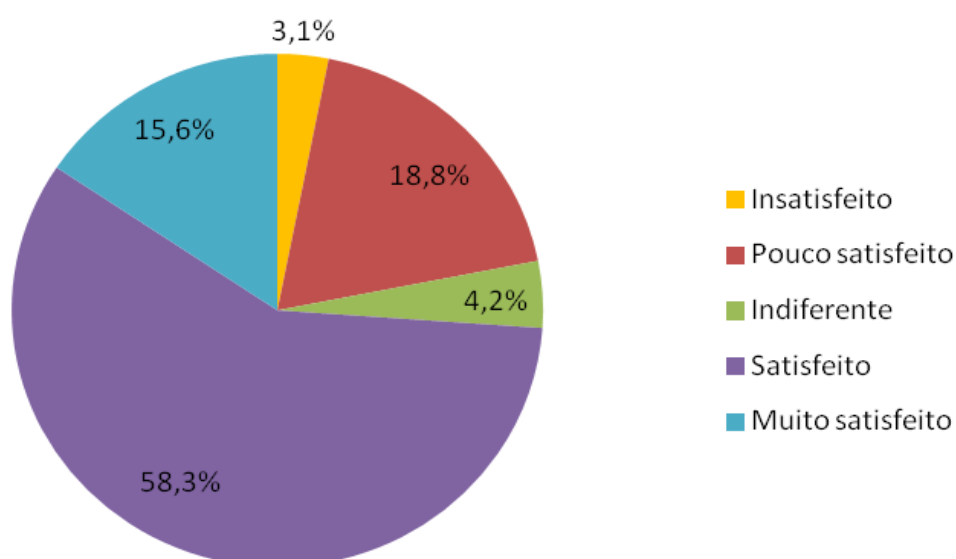


Gráfico 11 - Distribuição dos egressos que atuam na área da Medicina de Família e Comunidade segundo o grau de satisfação no exercício no trabalho

O nível de satisfação do médico generalista varia de acordo com o local e a época, sendo influenciado por diversos fatores. As diferenças entre os países são difíceis de serem comparadas, já que os sistemas de saúde e as atribuições do médico generalista são muito variados.

Na Inglaterra, entre 1987 e 1990, coincidindo com a reforma do sistema de saúde inglês (1990/1991), a satisfação dos médicos declinou, tendo aumentado posteriormente entre 1990 e 1998. A tendência de queda na satisfação entre 1987 e 1990 foi revertida em 1998, principalmente relacionada aos seguintes fatores: reconhecimento pelo bom trabalho, a diversidade existente em um posto de trabalho e as condições físicas de trabalho (SIBBALD et al., 2000).

Na Noruega, constatou-se que 49% dos médicos generalistas se sentiam altamente satisfeitos com seu trabalho, sendo que o este nível se manteve praticamente constante durante os anos de 1994, 2000 e 2002. Nesse período, os médicos generalistas estavam mais satisfeitos do que os médicos que trabalhavam em hospital, principalmente pelos seguintes motivos: terem oportunidade de utilizar as suas habilidades no trabalho, cooperação dos colegas, variedade que o trabalho apresenta e liberdade de escolher o seu próprio método de trabalho, permitindo assim, maior autonomia profissional (NYLENNA et al., 2005).

Já estudo realizado na Malásia, em 1997, evidenciou que mais da metade dos médicos que trabalhavam no Ministério da Saúde estavam insatisfeitos com seu trabalho, sendo que quase um terço destes tinha a intenção de se demitir ao longo de um ou dois anos. Os principais fatores relacionados com a satisfação foram: idade, local de graduação, satisfação com autonomia profissional, com o desenvolvimento da carreira e com as transferências (SARARAKS; JAMALUDDIN, 1997).

Nos Estados Unidos, em 1997, 42,2% dos médicos generalistas estavam muito satisfeitos com seu trabalho, taxa que se manteve praticamente constante em 2001 (43,3%). Neste mesmo estudo observou-se um aumento na porcentagem dos médicos generalistas que estavam um pouco satisfeitos, aumentando de 38,3% em 1997 para 41,6% em 2001. De forma geral, quando comparada a satisfação entre os anos de 1999 e 2001, 20,4% dos médicos generalistas referiram diminuição da satisfação na carreira, valores semelhantes aos 19,8% de médicos que relataram aumento na satisfação (LANDON; RESCHOVSKI; BLUMENTHAL, 2003).

No Brasil, o grau de satisfação no trabalho foi levantado por Campos e Malik (2008), especificamente com médicos que trabalham na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo. De forma geral, estes médicos estão parcialmente satisfeitos com o trabalho, sendo a pontuação geral 74,7, considerando uma classificação com cinco categorias: muito insatisfeito (0 a 25); insatisfeito (25 a 50); parcialmente satisfeito (50 a 75); satisfeito (75 a 90) e muito satisfeito (90 a 100).

A avaliação do grau de satisfação varia de acordo com o aspecto avaliado. Em São Paulo, os médicos que trabalhavam na ESF encontram-se muito satisfeitos com os indicadores que medem o relacionamento intra-equipe e as reuniões de equipe; há uma satisfação adequada com o uso de habilidades, o crescimento no trabalho, a confiança nas relações de equipe, a adesão, a imagem externa, a qualidade do serviço no setor, a qualidade do atendimento no PSF e as reuniões da unidade; os médicos estão parcialmente satisfeitos com indicador referente à disponibilidade de materiais e insatisfeitos quanto ao estresse, ambiente físico e capacitação (CAMPOS;MALIK, 2008).

Em estudo realizado por Suehiro et al. (2008), com profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família, em São Paulo, notou-se que o estresse, medido pela Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) tem correlação positiva com o grau de satisfação no trabalho, medido através da Escala de Satisfação do Trabalho (EST).

Nos Estados Unidos, notou-se que a autonomia profissional é o preditor mais consistente de mudança na satisfação da carreira. Médicos que trabalhavam na APS e referiram aumento no nível de complexidades dos casos que precisavam ser atendidos sem encaminhamento, por exemplo, relataram diminuição da satisfação no trabalho. Além disso, a habilidade de interagir com o paciente no dia-a-dia e manejar o seu tempo no serviço, além da habilidade de oferecer um cuidado de alta qualidade, também estão fortemente relacionados com as mudanças na satisfação na carreira (LANDON; RESCHOVSKI; BLUMENTHAL, 2003).

Em encontro realizado pela Organização Mundial de Saúde para discutir sobre a capacitação dos médicos de família, dentre outros temas, os gestores concluíram que esse processo de aprendizagem depende da motivação do profissional. Esta, por sua vez, depende do status do profissional, da satisfação no

trabalho e dos salários (WORLD HEALTH ORGANIZATION<sup>1</sup>, 1997 apud CAMPOS; MALIK, 2008).

A satisfação no trabalho é o principal fator que influencia na rotatividade dos profissionais, ou seja, quando um profissional está insatisfeito com a função que desempenha, aumenta-se a chance deste deixar o trabalho, sendo o contrário também verdadeiro: quanto maior a satisfação, menor a rotatividade do médico (CAMPOS; MALIK, 2008).

Na área da saúde, há diversos estudos confirmando a correlação negativa entre a satisfação e a rotatividade no trabalho. Como exemplo, pode-se citar a falta de profissionais da enfermagem em diversos países desenvolvidos. Utiliza-se como medida de fixação destes profissionais o aumento da satisfação dos mesmos. Além disso, outras medidas, como a migração, têm sido empregadas com frequência nestes países, gerando inclusive problemas para os países que recebem ou enviam esses profissionais (CAMPOS; MALIK, 2008).

O profissional médico tem uma história diferente na questão da rotatividade. Antigamente, o médico tinha seu próprio negócio e por isso fixava-se mais. Quando os médicos passaram a ser funcionários, a partir dos anos 1980, aumentou-se a rotatividade (CAMPOS; MALIK, 2008).

A rotatividade está diretamente relacionada a um aumento do custo para o empregador, principalmente nos trabalhos que demandam maior treinamento. Considera-se como nível adequado de rotatividade quando este se encontra abaixo de 26%. Acima deste valor, já há um aumento de custo e um impacto financeiro importante na instituição. Se acima de 50%, pode inviabilizar a produtividade e a qualidade do serviço (CAMPOS; MALIK, 2008).

As principais correlações encontradas entre fatores de satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos da Estratégia Saúde da Família, no município de São Paulo, em 2005, em ordem decrescente foram: capacitação, tempo de locomoção para chegar ao trabalho e material. Há aumento da rotatividade quanto menor for a capacitação dos profissionais; quanto maior for a distância entre a residência e o local de trabalho e quanto pior forem as condições materiais para esses médicos trabalharem (CAMPOS; MALIK, 2008).

---

<sup>1</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Family practice development strategies. Report on the third WHO meeting of expert network. Turkey: WHO/Euro, 1997.

Este estudo não avaliou especificamente a rotatividade dos egressos de PRMFC do Estado de São Paulo que trabalham na Estratégia Saúde da Família, porém ao se observar o número de equipes de saúde que cada médico já trabalhou (que variou de uma a doze equipes), pode-se inferir que alguns profissionais apresentaram uma tendência de rotatividade no trabalho.

A adesão ao PSF pode ser “facilitada quando os médicos são seduzidos pelos seus princípios e estes vêm de encontro ao desejo de ruptura com a racionalidade médica tradicional”. Entretanto, a experiência prática do Estratégia Saúde da Família revela fragilidades “de diferentes ordens – infra-estrutura, condições de trabalho, perfil sócio sanitário das áreas atendidas, entre outras – que repercutem claramente na motivação dos profissionais e, certamente, limitam o alcance dos objetivos pretendidos pelo PSF”. Cabe destacar que, ao referir-se às condições adversas e aos desafios a serem enfrentados no âmbito de atuação do programa, o médico reclama também para si um tratamento mais humanizado (ROCHA; TRAD, 2005).

Estudo realizado com médicos que trabalham na ESF no município de São Paulo evidenciou que o salário mais alto é um atrativo para o trabalho na Estratégia Saúde da Família, mas não garante a fixação destes profissionais (CAMPOS; MALIK, 2008).

## **5.7 Análise das questões abertas**

Ao justificarem o grau de satisfação escolhido é que se revelam indícios que sugerem elementos interessantes para a análise. Mesmo entre os egressos de PRMFC que afirmaram estar satisfeito (58,3%) ou muito satisfeito (15,6%), um condicionante é acionado como forma de adjetivar a resposta. Não são os aspectos positivos que balizam a percepção de satisfação mas sim os negativos, sendo que a maioria das frases estão estruturadas conformando uma categoria de análise que pode ser denominada de “apesar de”. Nela estão organizados os temas que explicitam o que os entrevistados consideraram como dificuldades e entraves para atingir a satisfação, que podem ser agrupados da seguinte forma:



a) Gestão da Política de Saúde: os egressos referem uma arbitrariedade das decisões atreladas ao desconhecimento da gestão municipal em relação à Atenção Primária em Saúde; há ausência da rede de atenção, com falha nos mecanismos de referência e contra-referência e apoio para encaminhamento e procedimentos na média e alta complexidade; existe uma informalidade do vínculo empregatício e ausência de carreira (chamou a atenção o fato de nenhum egresso ter problematizado a terceirização dos serviços de saúde); o argumento do baixo salário aparece, na maioria das vezes, justificando a necessidade de outro vínculo empregatício (principalmente plantões) ou com comparações ao cumprimento rígido da carga horária de 40h (sempre vista como excessiva).

b) Organização do Trabalho: neste ítem destaca-se a ausência de flexibilidade, representada pelo estabelecimento da carga horária fixa de 40 horas semanais; a perda de autonomia, representada principalmente pelo estabelecimento do número de consultas e tempo de atendimento; e o excesso de atividades administrativas (consideradas burocráticas).

c) Reconhecimento no próprio campo disciplinar: ainda quando a queixa de pouco reconhecimento do médico de família fosse apresentada como social, uma leitura mais cuidadosa permite pensar que o reconhecimento reivindicado está no próprio campo disciplinar.

Embora esses argumentos aqui estejam apresentados de forma separada, eles se interseccionam e potencializam a percepção de (in)satisfação.

Ao silenciarem sobre os aspectos positivos que gerariam a satisfação com o exercício da MFC, entende-se que, para os egressos, estes estariam implícitos na própria ESF. Ou seja, aquilo que por si só deveria ser motivo de satisfação se torna uma promessa anunciada, construindo a segunda categoria que pode ser denominada de “eu acredito”, referindo ao alinhamento ideológico dos profissionais aos princípios e diretrizes propostos pelo Sistema Único de Saúde e nos atributos da ESF.

Esta categoria surge como argumento para justificar a satisfação acionando alguns elementos temáticos como: integralidade do cuidado; vínculo e resolubilidade. Em relação ao vínculo, embora este seja valorizado por vários egressos, percebe-se certa ambiguidade quando o mesmo pede valorização do vínculo e este aparece também como sobrecarga emocional decorrente do

envolvimento próximo com o usuário. Alguns questionamentos poderiam ser levantados: Excesso de atendimentos? Tamanho da população da área?

Esse alinhamento teórico em defesa de um Sistema Único de Saúde é relevante pois se apresenta como o grande desafio para a formação de profissionais de saúde no Brasil, o que pode ser observado na determinação das mudanças das diretrizes curriculares que apontam para a necessidade de formação de médicos generalistas e aptos a trabalhar no SUS.

No entanto, percebe-se que se de um lado a formação dos médicos que optaram pela MFC foi exitosa em relação ao preparo deste para atuar em consonância com o sistema de saúde – nenhum dos egressos afirmou se sentir despreparado para a função ou mesmo apresentar limitações técnicas para o desempenho na função - temos um paradoxo, no qual os entraves na execução da política frustram esses profissionais.

Há uma coincidência de argumentos entre os profissionais que se disseram satisfeitos e os que se consideram pouco satisfeitos ou insatisfeitos. Esses argumentos foram reiterados quando aqueles que se afastaram da medicina de família e comunidade responderam os motivos que os levaram a deixarem de trabalhar na MFC.

Esse achado sugere que os profissionais se encontram emaranhados numa armadilha: se formam para trabalhar numa das esferas do SUS e se veem enredados num Sistema Público de Saúde que funciona quase na sua totalidade, mediado pelo sistema privado (terceirizações, ausência de carreira, insegurança de vínculo trabalhista, pouco incentivo para capacitação, pouca ou nenhuma autonomia para definir as prioridades e o funcionamento do trabalho). É perverso porque forja uma realidade em que a desistência parece ser uma questão individual.

Assim percebemos que, os limites e dificuldades elencados pelos egressos dos PRMFC não podem ser interpretados como retórica estratégica, porque se materializam no abandono da área pelo profissional. As iniciativas de fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família deverão ampliar o foco de ação para além do investimento e incentivo na capacitação do profissional, incluindo a avaliação dos mecanismos de implantação e execução da política nos municípios. Não se trata apenas de formar um maior número de médicos comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS e capacitados para atuar na MCF. É primordial a criação de mecanismos que sejam capazes de garantir condições de trabalho na APS,

integrando-a a uma rede pública bem estruturada, com fluxos que funcionem efetivamente, sem mediação do setor privado e com planos de carreiras para os profissionais de saúde.

Dessa forma, percebe-se que apesar do investimento para fortalecer a Atenção Primária e qualificar profissionais para trabalhar na Estratégia Saúde da Família ser grande, ainda existem diversas dificuldades que podem influenciar o distanciamento dos médicos em relação ao campo da APS, mesmo após formação adequada.



## 6 CONCLUSÕES

Estudos sobre a formação de recursos humanos para área da saúde são realizados há muito anos no Brasil. No entanto, o detalhamento sobre o perfil e a trajetória profissional dos egressos de programas de residência médica, especialmente em Medicina de Família e Comunidade, que é uma área em franca expansão no país, ainda são escassos na literatura.

Acredita-se que o entendimento mais aprofundado de quem são os profissionais qualificados para trabalhar na Atenção Primária à Saúde e onde eles estão atualmente possa ajudar na construção da identidade dos médicos de família e, conseqüentemente, contribuir para o fortalecimento dessa especialidade.

O método utilizado nesta pesquisa foi capaz de alcançar o objetivo proposto, ou seja, caracterizar o perfil e a trajetória profissional dos egressos dos PRM em MFC do Estado de São Paulo.

O estudo mostrou que a utilização de questionários eletrônicos é viável, podendo ser obtido, por meio desta metodologia, um número de respostas satisfatório. Além disso, o uso de endereços eletrônicos (e-mail) e redes sociais, misturados com técnicas mais tradicionais como a correspondência postal, são estratégias que podem facilitar a localização dos sujeitos da pesquisa.

Algumas limitações foram encontradas nesse estudo: a ausência de um cadastro confiável dos médicos que concluíram a residência dificultou a identificação e, conseqüentemente, a localização destes; além disso, o tempo destinado a coleta de dados foi considerado curto (dois meses e meio), sendo que seu início foi atrasado pela dificuldade de obtenção dos contatos dos egressos, como citado anteriormente.

Outra limitação que pode ser destacada é o fato de o questionário ser auto-aplicável, sem necessidade de verificação das respostas ou comprovação das mesmas, o que pode ter influenciado os resultados do estudo.

Além disso, a própria diversidade nas atividades exercidas pelos médicos de família, que continuam ou não atuando na área, dificultou a consolidação de alguns dados, que se tornavam muito complexos e com poucas categorias comuns para análise.

Em relação aos resultados encontrados, pode-se concluir que os médicos de família egressos de PRMFC do ESP são predominantemente jovens e mulheres, seguindo a tendência da juvenização e feminilização da medicina. Moram em grandes centros urbanos, tendendo a se fixar mais no próprio Estado de São Paulo, local onde fizeram a residência médica, sendo que essa tendência foi maior para os homens do que para as mulheres.

O local de atuação dos egressos é bastante diverso, já que a MFC engloba um vasto campo da medicina geral. A Estratégia Saúde da Família é apenas um dos campos de trabalho do médico de família, sendo que muitos deles atuam também na urgência e emergência, e/ou em consultório particular, e/ou em unidades de saúde tradicionais, e/ou na gestão/gerência, além de realizar outras atividades, como as consultorias técnicas. Apesar dessa diversidade de cenários, a maior parte dos médicos de família considerava que sua atuação estava relacionada à medicina de família. Um dado interessante observado foi o de que as áreas de especialização escolhidas pelos médicos evidenciaram que a especialidade prima por uma visão integral e holística dos indivíduos.

Os médicos de família que concluíram a residência foram identificados como peças fundamentais para a formação de novos profissionais qualificados para atuarem na Atenção Primária à Saúde, já que quase metade deles atua na docência e muitos participam (ou têm interesse em participar) de atividades relacionadas à formação médica. Ademais, acredita-se que a presença do profissional *expert* nos diversos cenários (universidades e outras instituições de ensino, unidades de saúde, consultórios e gestão) pode servir como exemplo para outros profissionais, atraindo-os para a saúde da família.

A maioria dos egressos está satisfeita com o trabalho na MFC e acredita no modelo proposto pelo SUS e pela ESF, mas acreditam que a falta reconhecimento e valorização da especialidade dificulta a concretização dos resultados esperados na melhoria da saúde da população.

Algumas recomendações finais:

- A organização de banco de dados sistematizados e de fácil acesso, sobre egressos de PRMFC, é uma medida que deve ser priorizada pelos programas e CNRM, pois facilitaria a realização de estudos na área, os quais podem auxiliar no aprimoramento da residência;

- Os médicos de família e comunidade devem participar de encontros, seminários, congressos e outros eventos, a fim de criarem uma identidade maior de grupo, refletirem sobre a formação em MFC e divulgarem as atribuições desses profissionais para a população e para seus pares;

- Não basta o investimento na formação de profissionais capacitados para trabalharem na APS. É essencial que haja a valorização da MFC e uma melhoria na Atenção Primária à Saúde no Brasil para que os médicos de família possam exercer completamente todas as suas atribuições, melhorando a saúde da população.

- O desenvolvimento de estudos que aprofundem sobre a trajetória profissional dos médicos de família, identificando as motivações envolvidas na escolha profissional e nos rumos tomados por cada indivíduo após a realização da residência, poderia contribuir para a melhoria dos PRMFC e dos cenários de atuação desses médicos.





## REFERÊNCIAS

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.

ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; CASTRO FILHO, E. D. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 61-67, 2005.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. Cap. 25, p. 783-836.

ASSOCIAÇÃO DAS LIGAS ACADÊMICAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA. Disponível em: <<http://canalmedalASF.blogspot.com>>. Acesso em: 25 abr. 2011.

BESSA, O.; PENAFORTE, J. (Org.). **Médico de família: formação, certificação e educação continuada**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. p. 11-16.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-9, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. **Residência médica**. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12263&Itemid=507](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&Itemid=507)>. Acesso em: 12 mar. 2011a.

BRASIL. Ministério da Educação. SESU. CNRM. Resolução nº 01, de 2002. Inclui o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade entre as especialidades médicas credenciáveis pela CNRM. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 maio 2002a. Seção 1, p. 11436.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica e cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 set. 1977. Seção 1, p.11787.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 jul. 1981a. Seção 1, p. 12789.

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, 17 de junho de 1981b. Seção 1, p. 11.436.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNRM nº 005/2004. Dispõe sobre os serviços de preceptor/ tutor dos programas de Residência Médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 de jun. 2004. Seção 1, p. 19.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2002b. 228 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 out. 1996. Seção 1, p. 21082.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 08 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35306](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306)>. Acesso em: 15 maio 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006. p.71-76.

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, 23 out. 2009. Seção 1, p. 9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, 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 de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011c. Seção 1, p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 4, de 23 de dezembro de 2003. Dispõe sobre os programas de residência médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 2003. Seção 1, p. 7.

BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Sistema de Indicadores de Percepção Social, 2011**. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf)>. Acesso em: 15 mai. 2011d.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CASTRO, V. S.; NÓBREGA-TERRIEN, S. M. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 211-220, 2009.

CAVALCANTE NETO, P. G.; LIRA, G. V.; MIRANDA, A. S. Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 198-204, 2009.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. **Base de dados da CNRM**. 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](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)>. Acesso em: 18 dez. 2011.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. **Consulta Dados dos Programas por Instituição**. Disponível em: <[http://mecsrv04.mec.gov.br/sesu/SIST\\_CNRM/APPS/cons\\_res\\_inst.asp](http://mecsrv04.mec.gov.br/sesu/SIST_CNRM/APPS/cons_res_inst.asp)>. Acesso em: 28 set. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Medicina Geral Comunitária**. Brasília; 1986a. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/1986/29\\_1986.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/1986/29_1986.htm)>. Acesso em 24 nov. 2012.

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, 23 out. 1986b. Seção 1, p. 29.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.973, de 14 de julho de 2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 1º ago. 2011. Seção 1, p. 144-147.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO;  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo, 2011. 118 p.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **GeoCapes: base de dados georreferencial da CAPES**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/sobre-a-capes/estatisticas>>. Acesso em: 24 nov. 2012.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Disponível em: <[http://www.saude publica.web.pt/05-promocaosaude/Dec\\_Alma-Ata.htm](http://www.saude publica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm)>. Acesso em: 11 out. 2012.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. **Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 145-150, 2011.

ELIAS, P. E. M. **Residência médica no Brasil: a institucionalização da ambivalência**. 1987. 155 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

FALK, J. W. **A especialidade Medicina de Família e Comunidade no Brasil: aspectos conceituais, históricos e de avaliação da titulação dos profissionais.** 2005. 194 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 5-10, 2004.

FALK, J. W.; GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão. In: GUSSO, G; LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2012. cap. 2, p. 12-18. 2v.

FARIAS, E. R. **Onde estão e o que fazem os egressos da residência de Medicina de Família e Comunidade do Murialdo?** 2005. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2005.

FARIAS, E. R; STEIN, A. T.; HOFFMANN, J. E. Os egressos da residência de Medicina de Família e Comunidade do Centro de Saúde Escola Murialdo, 1976-2000. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 99-111, 2004.

FERRARI, R. A. P; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da Saúde da Família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 26, n. 2, p. 101-108, 2005.

FUERWERKER, L. C. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil.** São Paulo: Hucitec/ Rede Unida, 1998. 190 p.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 393-403, 2009.

HARZHEIM, E. (Coord.). **La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina.** Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2008. 88 p.

LANDON, B. E.; RESCHOVSKI, J.; BLUMENTHAL, D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 289, n. 4, p. 442-449, 2003.

MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MACIEL, E. L. N. et al. Avaliação dos egressos do curso de especialização em Saúde da Família no Espírito Santo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2021-2028, 2010.

MAZZA, T; SAMPAIO, S. A. P. O programa estadual de residência médica em São Paulo: histórico e evolução entre 1979 e 2009. In: SAMPAIO S. A. P. (Org.). **Estudos e Reflexões sobre a formação de especialistas na área da saúde**. São Paulo: Fundap, 2010. p. 19-67.

MELLO, G. A. et al. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 464-471, 2009.

MICHEL, J. L. M. et al. Residência Médica no Brasil: panorama geral das especialidades e áreas de atuação reconhecidas, situação de financiamento público e de vagas oferecidas. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-27, 2011.

MICHEL, J. L. M.; OLIVEIRA, R. A. B.; NUNES, M. P. T. Residência Médica no Brasil. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 7-12, 2011.

NUNES, M. P. T. et al. A Residência Médica, a preceptorial, a supervisão e a coordenação. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 35-40, 2011a.

NUNES, M. P. T. et al. Distribuição das vagas de Residência Médica e de médicos nas regiões do país. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 28-34, 2011b.

NYLENNA, M. et al. Job satisfaction among Norwegian general practitioners. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Aarhus, v. 23, n. 4, p. 198-202, 2005.

ROCHA, A. A. R. M.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 303-316, 2005.

RODRÍGUEZ, C. A.; CASSIAS, A. L.; KOLLING, M. G. Proposta de um programa para a formação de residente em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 40-48, 2008.

RODRÍGUEZ, M. A. M. Crisis del Método Clínico. **Revista Cubana de Medicina**, v. 37, n. 2, p. 123-128, 1998.

SAMPAIO, S. A. P.; SANTOS, C. B. O processo de seleção dos candidatos à residência médica no Estado de São Paulo: estudos pioneiros. In: SAMPAIO S. A. P. (Org.). **Estudos e Reflexões sobre a formação de especialistas na área da saúde**. São Paulo: Fundap, 2010. p. 143-260.

SARARAKS, S.; JAMALUDDIN R. Job satisfaction of doctors in Negeri Sembilan. **Medical Journal of Malaysia**, Kuala Lumpur, v. 52, n. 3, p. 257-263, 1997.

SIBBALD, B. et al. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lesson for the future? **Family Practice**, Grã Bretanha, v. 17, n. 5, p. 364-371, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Estabelecimentos de Residência**. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/formacao/residencia/25.aspx>>. Acesso em: 01 nov. 2009.

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**. Disponível em: <[http://sbmfc.org.br/media/file/documentos/formacao\\_qualificacao\\_mfc.pdf](http://sbmfc.org.br/media/file/documentos/formacao_qualificacao_mfc.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2011.

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

SUEHIRO, A. C. B. et al. Vulnerabilidade ao estresse e satisfação no trabalho em profissionais do Programa de Saúde da Família. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 58, n. 129, p. 205-218, 2008.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões sul e nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, S193-S201, 2008. Suplemento 1.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde**. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2009. 83 p.

VILASBÔAS, A.L. **10 anos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: contando uma história**. Salvador: UFBA/ISC/EESP. p. 21-35. 2006.



## ANEXO

<b>Especialistas no Estado</b>	<b>Nº</b>
Acupuntura	712
Alergia e Imunologia	278
Anestesiologia	3.782
Angiologia	19
Cancerologia	408
Cardiologia	2.460
Cirurgia Cardiovascular	384
Cirurgia da Mão	83
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	174
Cirurgia do Aparelho Digestivo	641
Cirurgia Geral	3.121
Cirurgia Pediátrica	276
Cirurgia Plástica	1.471
Cirurgia Torácica	149
Cirurgia Vascular	653
Clínica Médica	2.750
Coloproctologia	230
Dermatologia	1.663
Endocrinologia e Metabologia	838
Endoscopia	357
Gastroenterologia	456
Genética Médica	59
Geriatria	258
Ginecologia e Obstetrícia	6.511
Hematologia e Hemoterapia	528
Homeopatia	512
Infectologia	786
Mastologia	185

Medicina de Família e Comunidade	407
Medicina do Trabalho	1.717
Medicina de Tráfego	860
Medicina Esportiva	145
Medicina Física e Reabilitação	194
Medicina Intensiva	840
Medicina Legal e Perícia Médica	41
Medicina Nuclear	184
Medicina Preventiva e Social	357
Nefrologia	696
Neurocirurgia	668
Neurologia	828
Nutrologia	283
Oftalmologia	2.671
Ortopedia e Traumatologia	2.912
Otorrinolaringologia	1.553
Patologia	538
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	361
Pediatria	8.001
Pneumologia	577
Psiquiatria	2.086
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	2.236
Radioterapia	158
Reumatologia	448
Urologia	1.012

Fonte: CREMESP; CFM, 2011

Figura: Distribuição dos médicos, segundo especialidade, no estado de São Paulo



## APÊNDICE I

### Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do



Programa de Mestrado Saúde na Comunidade  
Departamento de Medicina Social  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
Universidade de São Paulo - USP

Prezado(a) Médico(a) de Família e Comunidade,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de mestrado intitulada "Egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo".

Suas respostas ajudarão a entender quem são e onde estão os médicos de família formados em programas de residência médica do Estado de São Paulo. Assim, mesmo que você não esteja atuando na área da medicina de família e comunidade seria muito importante que você respondesse ao questionário. Além disso, o resultado da pesquisa poderá subsidiar os programas de residência médica na reorientação da formação de novos profissionais.

O questionário é composto por 3 blocos: o Bloco 1 refere-se ao perfil do profissional, o Bloco 2 aos locais de trabalho e formação acadêmica após a Residência de MFC, e o Bloco 3 a atividades realizadas na MFC e o seu grau de satisfação com a área.

A presente investigação tem por objetivo conhecer o perfil e a trajetória profissional dos médicos de família e comunidade que concluíram o programa de residência médica no Estado de São Paulo.

Sua participação consiste em responder às perguntas que seguem até o dia 23 de Julho de 2012. Ela é livre e voluntária, sendo que você participa da pesquisa sem precisar se identificar; assim, a segurança e o sigilo de suas respostas serão preservados. O preenchimento deste formulário, que deve ocupar em média 10 minutos de seu tempo, resulta em aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ([clique aqui](#) para ver o Termo) e concordância para possível publicação dos resultados da pesquisa.

Ressalto mais uma vez a importância de suas respostas para a realização de um diagnóstico fidedigno dos médicos de família.

Desde já agradeço a sua colaboração!  
Atenciosamente,

ELISA TOFFOLI RODRIGUES  
MÉDICA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (HC – FMRP – USP)  
MESTRANDA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE NA COMUNIDADE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP

#### **BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO - INFORMAÇÕES PESSOAIS**

**Seus dados pessoais**

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****\*1 - Sexo?****\*2 - Ano de nascimento?****\*3 - Nacionalidade****\*4 - Naturalidade****\*5 - Estado Civil****\*6 - Número de filhos?****BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO - DADOS DE MORADIA**

Local de sua moradia

**\*7.1 - Cidade****\*7.2 - Estado****\*7.3 - A cidade que você mora possui:****BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO - GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

Dados da instituição onde você fez sua graduação

**\*8.1.1 - Nome da Instituição:****\*8.1.2 - Estado da Instituição:****\*8.2 - Ano de conclusão:****BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO - RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do**

Dados da instituição onde você fez sua residência em Medicina de Família e Comunidade

**\*9.1 - Nome da instituição****\*9.2 - Ano de conclusão****BLOCO 2 - ATUAÇÃO PROFISSIONAL - SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL****\*10.0 - Você atua na área da saúde?** Sim Não**BLOCO 2 - ATUAÇÃO PROFISSIONAL - SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL****\*10.1 - Qual a sua área médica de atuação?***(Você pode selecionar mais de uma opção)* Medicina de Família e Comunidade Outras? (especifique)**BLOCO 2 - ÁREA DE ATUAÇÃO - CONSULTÓRIO PARTICULAR (EXCETO DOCÊNCIA)**

Área de atuação médica - Consultório particular (exceto docência)

**\*11.1 - Exerce?** Sim Não**BLOCO 2 - ÁREA DE ATUAÇÃO - CONSULTÓRIO PARTICULAR (EXCETO DOCÊNCIA)**

Dados de sua atuação em consultório particular (exceto docência)

**\*11.2.1 - Cidade(s) de atuação**

## Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do

### \* 11.2.2 - Estado de atuação



### \* 11.3 - Total de horas semanais no consultório

### \* 11.4 - Quanto tempo de atuação em consultório?

## BLOCO 2 - ÁREA DE ATUAÇÃO - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Estratégia Saúde da Família - ESF (exceto docência)

### \* 12.1 - Atua?

Sim

Não

## BLOCO 2 - ÁREA DE ATUAÇÃO - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dados do local onde você atua na ESF

### \* 12.2.1 - Cidade de atuação

### \* 12.2.2 - Estado de atuação

### \* 12.3 - Total de horas semanais

### \* 12.4 - Tempo de atuação

### \* 12.5 - Modalidade de contratação

*(Você pode selecionar mais de uma opção)*

Servidor Público

Cooperativa

CLT

Cargo em comissão

Outros (especifique)

## BLOCO 2 - ÁREA DE ATUAÇÃO - UNIDADE DE SAÚDE "TRADICIONAL"

## Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do

Atuação em Unidade de Saúde "Tradicional" (Outra Unidade de Saúde que não trabalhe no modelo da ESF: Posto de Saúde, UBS ou Centro de Saúde) - (Exceto docência)

### \*13.1 - Atua?

- Sim  
 Não

## BLOCO 2 - ÁREA DE ATUAÇÃO - UNIDADE DE SAÚDE "TRADICIONAL"

Dados do local da Unidade de Saúde "Tradicional" onde você atua (Outra Unidade de Saúde que não seja no modelo da ESF: Posto de Saúde, UBS ou Centro de Saúde) - (Exceto docência)

### \*13.2.1 - Cidade de atuação?

### \*13.2.2 - Estado de atuação

### \*13.3 - Total de horas semanais

### \*13.4 - Tempo de atuação

### \*13.5 - Modalidade de contratação

(Você pode selecionar mais de uma opção)

- Servidor Público  
 Cooperativa  
 CLT  
 Cargo em comissão  
 Outro (especifique)

## BLOCO 2 - ÁREA DE ATUAÇÃO - GESTÃO/GERÊNCIA

Atuação na Gestão ou Gerência (exceto docência)

### \*14.1 - Atua?

- Sim  
 Não

## BLOCO 2 - ÁREA DE ATUAÇÃO - GESTÃO/GERÊNCIA

Dados do local onde você atua na gestão ou gerência (exceto docência)

## Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do

**\* 14.2.1 - Cidade de atuação**

**\* 14.2.2 - Estado de atuação**

**\* 14.3 - Qual cargo exerce?**

**\* 14.4 - Total de horas semanais**

**\* 14.5 - Tempo de atuação**

**\* 14.6 - Modalidade de contratação**

*(Você pode selecionar mais de uma opção)*

- Servidor Público
- Cooperativa
- CLT
- Cargo em comissão
- Outro (especifique)

## BLOCO 2 - ÁREA DE ATUAÇÃO - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Atuação nas áreas de Urgências e/ou Emergências (exceto docência)

**\* 15.1 - Atua?**

- Sim
- Não

## BLOCO 2 - ÁREA DE ATUAÇÃO - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Dados do local de sua atuação em Urgências/Emergências (exceto docência)

**\* 15.2.1 - Cidade de atuação**

**\* 15.2.2 - Estado de atuação**



**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****\* 15.3 - Qual cargo exerce?****\* 15.4 - Total de horas semanais****\* 15.5 - Tempo de atuação****\* 15.6 - Modalidade de contratação***(Você pode selecionar mais de uma opção)*

- Servidor Público
- Cooperativa
- CLT
- Cargo em comissão
- Outro (especifique)

**BLOCO 2 - ÁREA DE ATUAÇÃO - OUTROS LOCAIS****Citar outros locais onde trabalha ATUALMENTE, na área médica, e que não estejam relacionados com docência.****\* 16.1 - Atua?**

- Sim
- Não

**BLOCO 2 - ÁREA DE ATUAÇÃO - OUTROS LOCAIS****Dados do local****\* 16.2.1 - Nome da instituição****\* 16.2.2 - Local:****\* 16.3 - Tipo da Instituição**

- Pública
- Privada
- Outro (especifique)

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****\* 16.4.1 - Cidade de atuação****\* 16.4.2 - Estado de atuação****\* 16.5 - Exerce atividade de atendimento direto a pacientes?** Não Sim. Qual (is) atividades? (especifique)**\* 16.6 - Horas semanais****\* 16.7 - Tempo de atuação****\* 16.8 - Modalidade de contratação**

(Você pode selecionar mais de uma opção)

 Servidor Público Cooperativa CLT Cargo em comissão Outro (especifique)**\* - Atua em outro local?** Sim Não**BLOCO 2 - ÁREA DE ATUAÇÃO - OUTROS LOCAIS - LOCAL 2**

Citar outros locais onde trabalha ATUALMENTE, na área médica, e que não estejam relacionados com docência.

**\* 16.9.1 - Nome da instituição**

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****\* 16.9.2 - Local****\* 16.10 - Tipo da Instituição**

- Pública
- Privada
- Outro (especifique)

**\* 16.11.1 - Cidade de atuação****\* 16.11.2 - Estado de atuação****\* 16.12 - Exerce atividade de atendimento direto a pacientes?**

- Não
- Sim. Qual(is) atividades? (especifique)

**\* 16.13 - Horas semanais****\* 16.14 - Tempo de atuação****\* 16.15 - Modalidade de contratação**

*(Você pode selecionar mais de uma opção)*

- Servidor Público
- Cooperativa
- CLT
- Cargo em comissão
- Outro (especifique)

**BLOCO 2 - ÁREA DE ATUAÇÃO - OUTRA ÁREA**

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do**

Atuação em outra área (exceto Medicina e Docência)

**\*17.1 - Atua?** Não Sim. (Qual?)**BLOCO 2 - ATUAÇÃO PROFISSIONAL - REMUNERAÇÃO****\*18.1 - Renda mensal aproximada (renda individual por seu trabalho na área da saúde)****\*18.2 - Na sua opinião, qual o valor satisfatório para a renda mensal do médico? (estimar em Reais)****\*18.3 - Na sua opinião, qual deveria ser o piso adequado para uma jornada de trabalho médico de 40 horas/semana? (estimas em Reais)****BLOCO 2 - ATUAÇÃO PROFISSIONAL - ÁREA DE ATUAÇÃO EM PESQUISA****\*19.1 - Realiza pesquisa na área da saúde?** Sim Não**BLOCO 2 - ATUAÇÃO PROFISSIONAL - ÁREA DE ATUAÇÃO EM PESQUISA****\*19.2 - Pesquisa há quanto tempo?** Menos de 1 ano. Quantos anos?**\*19.3 - Qual(is) linha(s) de pesquisa?****BLOCO 2 - ATUAÇÃO PROFISSIONAL - ÁREA DE ATUAÇÃO EM DOCÊNCIA**

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****\*20.1 - Desenvolve atividades ligadas a Docência em Saúde?**

- Sim  
 Não

**BLOCO 2 - ATUAÇÃO PROFISSIONAL - ÁREA DE ATUAÇÃO EM DOCÊNCIA****20.2 - Atividades relacionadas à docência****\*20.2.1 - Exerce atividades de docência relacionadas à GRADUAÇÃO?**

- Sim  
 Não

**20.2.1.1 - Descreva a(s) atividade(s) / disciplina(s) que desenvolve:****20.2.1.2 - Cidade de atuação****20.2.1.3 - Estado de atuação****\*20.2.2 - Exerce atividades de docência relacionadas à RESIDÊNCIA MÉDICA?**

- Sim  
 Não

**20.2.2.1 - Descreva a(s) atividade(s) / disciplina(s) que desenvolve:****20.2.2.2 - Cidade de atuação****20.2.2.3 - Estado de atuação****\*20.2.3 - Exerce atividades de docência relacionadas a cursos de ESPECIALIZAÇÃO (curso de 360 horas ou mais)?**

- Sim  
 Não

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****20.2.3.1 - Descreva a(s) atividade(s) / disciplina(s) que desenvolve:****20.2.3.2 - Cidade de atuação****20.2.3.3 - Estado de atuação****\*20.2.4 - Exerce atividades de docência relacionadas à PÓS-GRADUAÇÃO (mestrado/doutorado/pós-doutorado)?** Sim Não**20.2.4.1 - Descreva a(s) atividade(s) / disciplina(s) que desenvolve:****20.2.4.2 - Cidade de atuação****20.2.4.3 - Estado de atuação****\*20.2.5 - Exerce OUTRA atividade de docência (incluído cursos de menos de 360h)?** Sim Não**20.2.5.1 - Descreva a(s) atividade(s) / disciplina(s) que desenvolve:****20.2.5.2 - Cidade de atuação****20.2.5.3 - Estado de atuação****BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****\*21.1 Cursa/Cursou?**

- Sim  
 Não

**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - SEGUNDA RESIDENCIA****\*21.2 - Residência em qual especialidade?****\*21.3 - Qual o ano de ingresso?****\*21.4 - Nome da Instituição:****\*21.5 - Tipo da instituição**

- Pública  
 Privada  
 Outro (especifique)

**\*21.6 - Local****\*21.7 - Concluída?**

- Sim  
 Não

**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - SEGUNDA RESIDENCIA****\*21.8 - Ano de conclusão****BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO****22 - Curso de Especialização (com mais de 360h)****\*22.1 - Cursa/cursou?**

- Sim  
 Não

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO****\* 22.2 - Qual especialização você faz/fez?****\* 22.3 - Qual o ano de ingresso?****\* 22.4 - Nome da Instituição****\* 22.5 - Tipo** Pública Privada Outro (especifique)**\* 22.7 - Concluída?** Sim Não**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO****\* 22.8 - Ano de conclusão****BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - OUTRA ESPECIALIZAÇÃO****\* 23.1 - Cursa/cursou?** Não Sim**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - OUTRA ESPECIALIZAÇÃO****\* 23.2 - Qual especialização você fez/faz?****\* 23.3 - Qual o ano de ingresso?****\* 23.4 - Nome da Instituição**



**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****\* 23.5 - Tipo**

- Pública
- Privada
- Outro (especifique)

**\*23.6 - Local****\*23.7 - Concluída?**

- Sim
- Não

**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - OUTRA ESPECIALIZAÇÃO****\*23.8 - Ano de conclusão****BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - MESTRADO/DOCTORADO/PÓS-DOCTORADO****\*24.1 - Cursa ou cursou algum programa de Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado?**

- Sim
- Não

**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - MESTRADO****\*25.1 Cursa ou cursou Mestrado?**

- Sim
- Não

**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - MESTRADO****\*25.2 - Qual Área?****\*25.3 - Qual o ano de ingresso?**

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****\*25.4 - Nome da Instituição****\*25.5 - Tipo**

- Pública
- Privada
- Outro (especifique)

**\*25.6 - Local****\*25.7 - Concluída?**

- Sim
- Não

**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - MESTRADO****\*25.8 - Ano de conclusão****BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - DOUTORADO****\*26.1 - Cursa ou cursou Doutorado?**

- Sim
- Não

**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - DOUTORADO****\*26.2 - Qual Área?****\*26.3 - Qual ano de ingresso?****\*26.4 - Nome da Instituição**

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****\* 26.5 - Tipo**

- Pública
- Privada
- Outro (especifique)

**\* 26.6 - Local****\* 26.7 - Concluída?**

- Sim
- Não

**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - DOUTORADO****\* 26.8 - Ano de conclusão****BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - PÓS-DOUTORADO****\* 27.1 - Cursa ou cursou Pós-Doutorado?**

- Sim
- Não

**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - PÓS-DOUTORADO****\* 27.2 - Qual Área?****\* 27.3 - Qual ano de ingresso?****\* 27.4 - Nome da Instituição****\* 27.5 - Tipo**

- Pública
- Privada
- Outro (especifique)

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****\*27.6 - Local****\*27.7 - Concluída?** Sim Não**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - PÓS-DOCTORADO****\*27.8 - Ano de conclusão****BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - TÍTULO DE ESPECIALISTA**

28 - Título de Especialista (obtido por meio de Associação Médica)

**\*28.1 - Possui título de especialista?** Sim Não**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - TÍTULO DE ESPECIALISTA**

28.2 - Qual(is) Título(s) de Especialista?

**\*A) Especialidade obtida no 1º Título de Especialista****\*Ano de obtenção do Título****\*Entidade que concedeu****B) Especialidade obtida no 2º Título de Especialista****Ano de obtenção do Título****Entidade que concedeu****C) Especialidade obtida no 3º Título de Especialista**

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****Ano de obtenção do Título****Entidade que concedeu****BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - EMPREGOS APÓS RESIDÊNCIA****29 - Empregos após a Residência em MFC (diferentes dos atuais)****\*29.1 - Após a residência em MFC, trabalhou em locais diferentes dos atuais?** Sim Não**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - EMPREGOS APÓS RESIDÊNCIA****\*29.2 - Trabalhou em consultório particular após o término da residência de MFC?** Sim Não**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - EMPREGOS APÓS RESIDÊNCIA****\*29.3 - Tempo de permanência em consultório particular** Menos de 1 ano Mais de 1 ano (especifique quantos anos)**\*29.4.1 - Cidade****\*29.4.2 - Estado****BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - EMPREGOS APÓS RESIDÊNCIA****\*29.5 - Trabalhou na ESF após o término da residência de MFC?** Sim Não**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - EMPREGOS APÓS RESIDÊNCIA**

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****\*29.6 - Número de equipes de saúde da família em que trabalhou**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Outro (especifique quantas equipes)

**\*29.7 - Tempo de permanência total**

- Menos de 1 ano
- 1 ano ou mais (especifique quantos anos)

**\*29.8 - Tempo de permanência máxima na mesma equipe**  
**\*29.9.1 - Cidade****\*29.9.2 - Estado****BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - EMPREGOS APÓS RESIDÊNCIA****\*29.10 - Trabalhou em Unidade de Saúde "Tradicional" (Unidade de saúde com modelo diferente da ESF - Ex: Posto de saúde, Unidade Básica, Centro de Saúde) após o término da residência de MFC ?**

- Sim
- Não

**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - EMPREGOS APÓS RESIDÊNCIA****\*29.11 - Tempo de permanência**

- Menos de 1 ano
- 1 ano ou mais (especifique quantos anos)

**\*29.12.1 - Cidade**

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****\*29.12.2 - Estado****BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - EMPREGOS APÓS RESIDÊNCIA****\*29.13 - Trabalhou na gestão ou gerência após o término da residência de MFC?**

- Sim
- Não

**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - EMPREGOS APÓS RESIDÊNCIA****\*29.14 - Tempo de permanência**

- Menos de 1 ano
- 1 ano ou mais (especifique quantos anos)

**\*29.15.1 - Cidade****\*29.15.2 - Estado****BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - EMPREGOS APÓS RESIDÊNCIA****\*29.16 - Trabalhou na Urgência/Emergência após o término da residência de MFC?**

- Sim
- Não

**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - EMPREGOS APÓS RESIDÊNCIA****\*29.17 - Tempo de permanência**

- Menos de 1 ano
- 1 ano ou mais (especifique quantos anos)

**\*29.18.1 - Cidade****\*29.18.2 - Estado****BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - EMPREGOS APÓS RESIDÊNCIA**

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****\*29.19 - Trabalhou em outros lugares após o término da residência de MFC?**

- Sim
- Não

**BLOCO 2 - SITUAÇÃO APÓS A RESIDÊNCIA - EMPREGOS APÓS RESIDÊNCIA****\*29.20 - Local 1 - Tipo:****\*29.21 - Tempo de permanência**

- Menos de 1 ano
- 1 ano ou mais (especifique quantos anos)

**\*29.22.1 - Cidade****\*29.22.2 - Estado****29.23 - Local 2 - Tipo:****29.24 - Tempo de permanência**

- Menos de 1 ano
- 1 ano ou mais (especifique quantos anos)

**29.25.1 - Cidade****29.25.2 - Estado****29.26 - Local 3 - Tipo:****29.27 - Tempo de permanência**

- Menos de 1 ano
- 1 ano ou mais (especifique quantos anos)

**29.28.1 - Cidade**



**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****29.28.2 - Estado****BLOCO 3 - ATIVIDADES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE****30 - Participação na formação de Médicos de Família e Comunidade****\* 30.1 - Você tem interesse em participar da formação de médicos de família e comunidade (como preceptor, docente ou outros?)** Sim Não**BLOCO 3 - ATIVIDADES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE****\* 30.2 - Seu interesse de participar na formação de médicos de família é relacionado a**  
*(Você pode selecionar mais de uma opção)*

- Preceptoria/Supervisão alunos/Residentes
- Ministrar aulas
- Professores de cursos de educação permanente/continuada
- Tutoria
- Elaboração de projetos pedagógicos
- Cursos à distância
- Elaboração de material didático
- Outros (especifique)

**BLOCO 3 - ATIVIDADES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

## Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do

### \* 30.3 - Você participa atualmente de alguma dessas atividades na formação de Médicos de Família?

(Você pode selecionar mais de uma opção)

- Preceptoria/Supervisão alunos/Residentes
- Ministrar aulas
- Professores de cursos de educação permanente/continuada
- Tutoria
- Elaboração de projetos pedagógicos
- Cursos à distância
- Elaboração de material didático
- Outros (especifique)

## BLOCO 3 - ATIVIDADES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

### 31 - Atuação como Médico de Família e Comunidade e grau de satisfação

#### \*31.1 - Você exerce atualmente atividades profissionais relacionadas a Medicina de Família e Comunidade?

- Sim
- Não

## BLOCO 3 - ATIVIDADES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

#### \*31.2 - Quais os motivos que lhe levaram a se distanciar da MFC?

## BLOCO 3 - ATIVIDADES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

#### \*31.3.1 - Você se sente motivado para trabalhar como médico de família e comunidade?

- Não
- Parcialmente
- Sim

**Egressos de Residências de Medicina de Família e Comunidade do****\*31.2.2 - Por que?****\*31.4.1 - Qual o seu grau de satisfação no exercício da MFC?**

- Insatisfeito
- Pouco satisfeito
- Indiferente
- Satisfeito
- Muito satisfeito

**\*31.4.1 - Justifique sucintamente o seu grau de satisfação****BLOCO 3 - ATIVIDADES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE****\*31.5 - Quando você concluiu o curso de medicina, pensava em ser Médico de Família e Comunidade?**

- Sim
- Não

**Escreva aqui comentários gerais ou observações:**

## APÊNDICE II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **Egressos de Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo**, sob a responsabilidade da pesquisadora Elisa Toffoli Rodrigues, mestrande do programa Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto e docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Nesta pesquisa me interessa compreender a formação de recursos humanos em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e colaborar com os programas de Residência em MFC. Os objetivos da pesquisa são:

#### **Objetivos gerais:**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos médicos de família e comunidade egressos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo, no período de 2000 a 2009.

- Descrever a trajetória profissional desses egressos após o término da residência.

#### **Objetivos específicos:**

- Descrever a atuação profissional dos egressos: situação profissional atual, áreas de atuação em pesquisa e docência, empregos após a residência em MFC;

**Os procedimentos** que serão utilizados: envio de questionário aos médicos egressos dos Programas de Residência do Estado de São Paulo. Caso o médico não deseje participar, não o responderá.

**Garantia de acesso:** você deverá guardar uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em qualquer etapa da pesquisa, você poderá contatar-me pelo telefone número 34-91638544 ou e-mail [elisa@famed.ufu.br](mailto:elisa@famed.ufu.br) ou no endereço: Rua Cirineu Menezes, 296, Bairro Vigilato Pereira, Uberlândia-MG, CEP 38408-624, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios, etc.

**Garantia de liberdade da retirada** do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a qualquer momento você poderá deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano à sua pessoa.

**Direito de confidencialidade** ao sujeito da pesquisa: direito de não identificação e de manutenção do caráter confidencial da informação com relação à privacidade.

**Direito de acesso atualizado** aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar a vontade do voluntário em continuar participando da mesma.

Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar na pesquisa.

Após acreditar ter sido suficientemente informado a respeito das informações que leu, descrevendo o estudo, você concorda voluntariamente em participar deste estudo e poderá retirar o seu consentimento a qualquer hora, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que você possa ter adquirido. Ao responder o questionário você estará autorizando a autora do estudo a utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando a sua privacidade.

Atenciosamente,

---

**Elisa Toffoli Rodrigues**

Pesquisadora responsável pelo projeto

---

Médico(a) de Família e Comunidade

## APÊNDICE III

### RESULTADOS DO TESTE PILOTO

#### Descrição da amostra do teste piloto

##### BLOCO 1 – Identificação

No teste piloto foram entrevistados 17 egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de Minas Gerais, que concluíram a residência entre 2000 e 2009. Esta população se caracterizou por 9 médicos do sexo masculino e 8 do sexo feminino, com idade entre 29 e 42 anos (mediana de 33 anos).

Todos são brasileiros, sendo que a maioria nasceu no estado de Minas Gerais (14), seguido por Bahia (2) e Espírito Santo (1).

O estado civil declarado foi casado (8 entrevistados) ou solteiro (9), sendo que a maioria não tem filhos (88% dos entrevistados).

Os médicos entrevistados fizeram a graduação na UFMG (47%), Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (12%) ou outras faculdades de medicina (41%), como EMESCAM, UFJF, UNAERP, FM de Petrópolis, FM de Itajubá e FM de Barbacena. O ano de conclusão da graduação variou entre 2000 e 2007.

##### BLOCO 2 – Atuação profissional

#### A- Área de atuação e desejo de ser Médico de Família e Comunidade

Todos os entrevistados atuam na área da saúde.

Atuam apenas em MFC 58,8% (10/17), somente em outras áreas 23,5% (4/17) e em MFC e outras áreas, 17,6% (3/17), conforme Tabela 2.1. Foram citadas nove outras áreas de atuação, sendo a mais referida a clínica médica ou clínica geral (3/7) e urgência e emergência (2/7), sendo que outras áreas apenas uma pessoa exercia (Cardiologia, Epidemiologia e gestão, docência, curso de especialização em geriatria, Medicina Interna, Terapia intensiva e psicoterapia).

Tabela 2.1 - Egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de Minas Gerais, 2000-2009, segundo área médica de atuação.

Área médica de atuação	N	%
MFC	10	58,82
Outras	4	23,53
MFC e outras	3	17,65

Queriam ser MFC após terminar a graduação em medicina apenas 23,5%. Dentre estes, metade (50%) continua atuando em MFC. Em relação aos que não queriam ser MFC, 84,6% estão atuando em MFC (Tabela 2.2).

Tabela 2.2 - Egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de Minas Gerais, 2000-2009, segundo áreas de atuação e desejo de ser Médico de Família e Comunidade após graduação em medicina

Desejo de ser médico de família após graduação	Atua na MFC	Atua em outras áreas	Atua na MFC + outras áreas	Total
NÃO	9 (50,0%)	2 (11,1%)	2 (11,1%)	13 (72,2%)
SIM	1 (5,6%)	2 (11,1%)	1 (5,6%)	4 (23,5%)

#### B- Local de atuação

Quanto ao local de atuação, 2/17 pessoas atuam em consultório, 11/17 na ESF, 13/17 em Unidade Básica de Saúde e 6 pessoas em outros locais.

Duas pessoas (11,8%) relataram que atuam em outra área além da Medicina ou docência, sendo citada a música e a administração.

### C – Renda

A maior parte dos médicos tem renda mensal individual pelo trabalho realizado na área da saúde maior que R\$ 8.000 (Tabela 2.3)

Quanto a opinião dos entrevistados sobre o valor satisfatório para a renda mensal do médico e sobre o piso adequado para uma jornada de trabalho médico de 40 horas semanais, a maior parte referiu que esse valor deveria ser entre 11.000 e 15.000 reais (tabelas 2.4 e 2.5).

Tabela 2.3 - Distribuição dos egressos de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de Minas Gerais, 2000-2009, segundo faixa de renda mensal

Renda mensal	N	%	% acumulado
R\$ 2.001 a R\$ 3.000	1	5,9	5,9
R\$ 3.001 a R\$ 4.000	1	5,9	11,8
R\$ 4.001 a R\$ 5.000	1	5,9	17,6
R\$ 5.001 a R\$ 6.000	0	0,0	17,6
R\$ 6.001 a R\$ 7.000	3	17,6	35,3
R\$ 7.001 a R\$ 8.000	1	5,9	41,2
Mais de R\$ 8.000	10	58,8	100,0

Tabela 2.4 - Distribuição dos egressos de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de Minas Gerais, 2000-2009, segundo a opinião sobre o valor satisfatório para renda mensal do médico

Valor satisfatório para renda mensal do médico (em reais)	N	%	% acumulado
6.000 a 10.000	4	23,5	23,5
11.000 a 15.000	10	58,8	82,4
16.000 a 20.000	2	11,8	94,1
21.000 a 25.000	1	5,9	100,0

Tabela 2.5 - Distribuição dos egressos de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de Minas Gerais, 2000-2009, segundo a opinião sobre o valor satisfatório para o piso adequado para uma jornada de trabalho médico de 40 horas semanais

Piso adequado para jornada de 40h/sem (em reais)	N	%	% acumulado
6.000 a 10.000	2	11,8	11,8
11.000 a 15.000	13	76,5	88,2
16.000 a 20.000	1	5,9	94,1
21.000 a 25.000	1	5,9	100,0



#### D – Pesquisa e docência

Apenas 17,6% atuam na pesquisa, sendo as linhas de pesquisa referidas: clínica observacional, epidemiologia e gestão em saúde e saúde do adulto (clínica médica).

Em relação à docência, 47,1% (8/17) atuam. Destes, a maioria atua na residência médica (87,5%), seguido de outras atividades (37,5%) e da graduação (37,5%), sendo que todos atuam no curso de medicina. Apenas uma pessoa (12,5%) atua em curso de especialização de mais de 360 horas. Várias pessoas atuam em mais de uma atividade (63,5%) e uma pessoa (12,5%) atua em três atividades relacionadas à docência ao mesmo tempo.

#### E – Situação após a Residência de Medicina de Família e Comunidade

11,8% dos egressos cursaram uma segunda residência (Cardiologia e Geriatria) após a Residência de MFC. Ninguém fez uma terceira residência médica. Em relação a curso de especialização 35,3% fizeram, sendo os cursos realizados: geriatria, homeopatia, MBA Executivo em Saúde e Psicoterapia.

Em relação à carreira acadêmica, apenas 1 pessoa está realizando mestrado e nenhum egresso realizou outra graduação, doutorado ou pós-doutorado.

Possuem título de especialista 57,1%, sendo que, destes, 87,5% são em MFC e 12,5% em Geriatria.

Vários egressos (7/17) já trabalharam em locais diferentes dos atuais, sendo que 2/7 trabalharam em consultório particular e todos eles já trabalham na ESF ou em UBS. Outro local de trabalho citado é a urgência e emergência.

### **BLOCO 3 – Acesso a informação técnico-científica**

#### Acesso a publicações

Relataram não ter acesso publicações técnico-científica dois médicos (11,8%). Dos 15 (88,2%) egressos que tem acesso a publicações, todos tem acesso a publicações eletrônicas (internet). Os tipos de publicações acessados são (tabela 3.1): publicações nacionais 52,2%, internacionais 58,8%, livros especializados 52,9%, material institucional apenas 23,5% e outras publicações 29,4% (como

artigos online, PROMEF, portais eletrônicos, bibliotecas virtuais, PubMed e Up To Date). A frequência de leitura mais referida foi semanalmente (58,8%), seguido por quinzenalmente (17,6%). Apenas 2 pessoas (11,8%) lêem raramente publicações técnico-científicas.

Tabela 3.1 - Distribuição dos egressos de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de Minas Gerais, 2000-2009, segundo o acesso a publicações técnico-científicas.

Tipo de publicação	N	%
Revista científica nacional	9	52,9
Revista científica internacional	10	58,8
Livros especializados	9	52,9
Material Institucional	4	23,5
Outros	5	29,4
Não respondeu	1	5,9

#### Participação em Sociedade Científica

A maioria não faz parte de sociedades científicas, sendo que apenas um médico é membro de sociedade regional e três de sociedade nacional. A participação em sociedades científicas é importante pois pode aumentar a troca de experiências entre os colegas de profissão e facilitar o acesso a publicações.

Não foi possível definir o número de pessoas que assinam revista (nacional ou internacional) pois a pergunta no questionário estava errada (ao invés de “assinante” estava escrito “assistente de revista científica”).

#### **BLOCO 4 – Atividades de Medicina de Família e Comunidade**

Das 14 pessoas que relataram ter interesse em participar da formação de MFC, as atividades mais requisitadas foram (Tabela 4.1): preceptoria ou supervisão de alunos ou residentes (92,9%), ministrar aulas (57,1%) ou ser professor de cursos de educação continuada (42,85%).

Tabela 4.1 - Distribuição dos egressos de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de Minas Gerais, 2000-2009, segundo o interesse por atividades relacionadas à formação de médicos de família\*

Atividades de interesse na formação de MFC	N	%
Preceptoria/Supervisão/alunos/residentes	13	92,9
Ministrar aulas	8	57,1
Professor de cursos de educação permanente/ continuada	6	42,9
Tutoria	4	28,6
Elaboração de projetos pedagógicos	3	21,4
Cursos à distância	4	28,6
Elaboração de material didático	2	14,3
Outros	2	14,3

\* 4 pessoas não tinham interesse em participar da formação de médicos de família

Em relação a atuação como médico de família e comunidade, quatro pessoas relataram que não estão realizando atividade de MFC. Os principais motivos que levaram os médicos a se afastarem da MFC foram: necessidade de ampliar a formação clínica para posteriormente exercer a Medicina de Família e Comunidade, sobrecarga de trabalho, tempo disponível (devido a realização de curso de especialização), desânimo pessoal e falta de credibilidade em relação a especialidade.

A maioria dos egressos de residência de MFC ainda atua como médicos de família (76,5%), sendo que a maior parte destes está satisfeito ou muito satisfeito com o exercício da MFC, como pode ser observado no gráfico abaixo (Gráfico 4.1).

As principais motivações para trabalhar como médico de Família e Comunidade estão relacionadas com a possibilidade de exercer os princípios dessa especialidade, principalmente a promoção da saúde e a prevenção da doença, a longitudinalidade, a integralidade e o vínculo, como pode-se observar nos registros abaixo:

*“Desafio Clínico. Abordagem Centrada na pessoa. Vínculo com o paciente.”(P3)*

*“Me agrada muito poder interagir com as pessoas em meu território, seja no consultório do centro de saúde ou na comunidade. Também me agrada o fato de ter afinidade ideológica com o que faço” (P4)*

*“Atuar principalmente na área da medicina que poderá ter impacto real na saúde da população: Prevenção e Promoção à Saúde” (P5)*

*“Percepção de que há impacto na saúde de populações acompanhadas por médicos de família a longo prazo. Satisfação pessoal”*  
(P8)

*“Variabilidade dos casos, longitudinalidade.”* (P9)

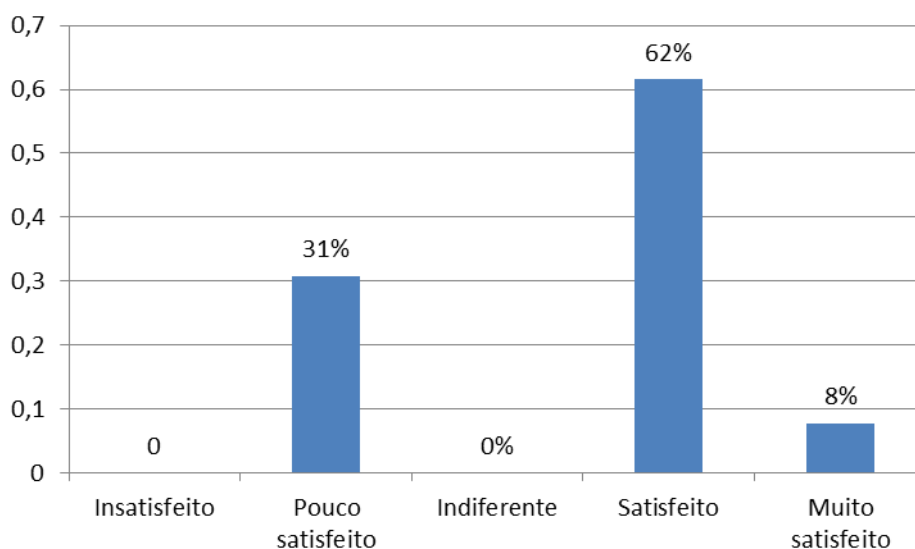


Gráfico 4.1 - Distribuição dos egressos de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de Minas Gerais, 2000-2009, segundo o grau de satisfação no exercício da MFC

Além disso, percebe-se nas falas que a carga horária de trabalho da MFC é adequada, como o exemplo a seguir: *“Afinidade com a especialidade, estabilidade, benefícios indiretos, carga horária de trabalho adequada às minhas necessidades”* (P11). Isso pode ser devido ao fato das Unidades de Saúde da Família ter funcionamento somente durante o dia, com horário de início e término das atividades, e geralmente não ter trabalhos noturnos ou nos finais de semana.

Algumas pessoas relataram motivos que levam a insatisfação de trabalhar como médico de família e comunidade ou que os levaram a se distanciar da especialidade, sendo que os principais estão relacionados aspectos estruturais e da gestão do serviço e da unidade de saúde e também da falta de valorização da especialidade:

*“Desmotivado com as condições de trabalho, perda progressiva da autonomia das equipes, sobrecarga de trabalho com diversos Programas e com população superdimensionada.”* (P14)

*“(...)falta de apoio da gestão (segurança, insumos, etc), sobrecarga de trabalho (relação usuários/ESF), implementação de políticas e estratégias de forma impositiva, sem participação do trabalhador.” (P8)*

*“Volume de atendimento, poucas condições de exercer os fundamentos da MFC, condições de trabalho precárias, baixa remuneração, falta de reconhecimento e valorização da especialidade.” (P13)*