

**PESQUISA**

Reforma curricular e intenção profissional de especialização médica

José Antonio Chehuen Neto¹, Renato Erothildes Ferreira¹, Andressa Carvalho Quinet de Andrade¹, Jonas Munck de Oliveira¹, Matheus Bresser¹, Matheus Magalhães Apolinário¹, Pedro Murari de Barros¹

1. Núcleo de Cirurgia Experimental, Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora/MG, Brasil.

Resumo

A reforma determinada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina estabeleceu como eixo do modelo didático-assistencial a atenção primária à saúde. Contudo, a escolha pela especialização pode ser influenciada por fatores individuais, culturais e socioeconômicos. O objetivo deste estudo foi avaliar os aspectos que motivam estudantes na escolha da carreira e o impacto da reforma curricular nesta decisão. Trata-se de pesquisa transversal, descritiva e quantitativa, com aplicação de questionários pela internet a 1.006 alunos de medicina das cinco regiões do Brasil. Concluiu-se que houve pouco interesse por medicina de família e comunidade (1,5%; n=15), ginecologia e obstetrícia (3,1%; n=31) e pediatria (4,7%; n=47). A afinidade pela área foi o principal fator nessa escolha, sendo considerada “muito importante” por 91,1% (n=916) dos discentes, seguida pelo estilo de vida pretendido (56,8% n=571).

Palavras-chave: Medicina. Currículo. Atenção primária à saúde.

Resumen**Reforma curricular e intención de especialización médica**

La reforma determinada por las Directrices Curriculares Nacionales de la carrera de grado en Medicina, estableció como eje del modelo didáctico-asistencial la Atención Primaria de la Salud. No obstante, la elección de la especialización puede verse influenciada por factores individuales, culturales y socioeconómicos. El objetivo de este estudio fue evaluar los aspectos que motivan a los estudiantes en la elección de la carrera y el impacto de la reforma curricular en esta decisión. Se trata de una investigación transversal, descriptiva y cuantitativa, con la aplicación de cuestionarios, a través de internet, a 1.006 estudiantes de medicina de todas las regiones de Brasil. Se concluyó que hubo poco interés por la medicina de la familia y la comunidad (1,5%; n=15), ginecología y obstetricia (3,1%; n=31) y pediatría (4,7%; n=47). La afinidad por el área fue el principal factor en esa elección, siendo considerada “muy importante” por el 91,1% (n=916) de los estudiantes, seguida por el estilo de vida deseado (56,8% n=571).

Palabras clave: Medicina. Curriculum. Atención primaria de salud.

Abstract**Curricular reform and the professional intention of medical specialization**

The reform determined by the National Curricular Guidelines of the Medical Graduation Course established primary health care as the axis of the teaching-care model. However, the option of specialization may be influenced by individual, cultural and socioeconomic factors. The objective of this study was to evaluate the factors that motivate students in their career choice, and the impact of the curricular reform on this decision. This was a cross-sectional, descriptive and quantitative research. It consisted of questionnaires applied through the internet to 1,006 medical students from the five regions of Brazil. It was concluded that there was little interest in family and community medicine (1.5%; n=15), gynecology and obstetrics (3.1%; n=31) and pediatrics (4.7%; n=47). Affinity for the field was the main factor in this choice, being considered “very important” by 91.1% (n=916) of the students, followed by the intended lifestyle (56.8% n=571).

Keywords: Medicine. Curriculum. Primary health care.

Declaram não haver conflito de interesse.

Com quase 300 escolas de medicina, o Brasil tornou-se o país com a maior quantidade de cursos médicos no mundo, formando anualmente milhares de profissionais que podem se especializar em uma das quase 60 opções reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)^{1,2}. Contudo, há considerável disparidade de distribuição dos profissionais nessas especialidades, como demonstra a preferência dos graduandos pelas áreas de dermatologia, anesthesiologia e radiologia, em contraponto ao baixo interesse por medicina da família e infectologia^{1,3}.

A escolha da especialidade médica é complexa e está sujeita a fatores culturais, sociais e psíquicos dos estudantes, sendo também influenciada pela busca de maior qualidade de vida, por experiências durante o curso e pelo desejo de prestígio social e econômico^{1,3,4}. A definição precoce da área de atuação médica implica, muitas vezes, embaraço da formação como generalista, fragilizando o conhecimento em áreas básicas, como clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Consequentemente, o estudante de medicina concebe a profissão de forma fragmentária e descontínua, por vezes excessivamente segmentada em diferentes nichos^{1,4,5}.

Mesmo em transição, com maior enfoque em atenção primária e prática médica generalista, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda carrega muito de seu passado hospitalocêntrico e dependente de especialistas. Isso impele muitos estudantes a escolher uma especialidade durante a graduação⁶⁻⁸ e, por consequência, é causa considerável do interesse de mais de 80% dos recém-formados em ingressar em programa de residência médica¹. Uma vez que os conhecimentos e habilidades adquiridos na graduação não bastam para garantir prática segura, é aconselhável que todos os médicos façam residência na área em que desejam atuar, inclusive medicina de família e comunidade, que já dispõe deste programa.

O aluno recém-chegado ao curso de medicina traz expectativas decorrentes, por exemplo, do *status* que acompanha a profissão. Provavelmente essa concepção se associa aos rendimentos financeiros dos médicos, mais altos em comparação à renda média dos demais brasileiros³. Contudo, conhecendo melhor a rotina de determinadas especialidades, ou devido a mudanças pessoais ao longo do tempo, os estudantes optam por trocar a área de atuação^{8,9}.

Para formar novos recursos humanos, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde buscaram mudar a prevalência dessas características, criando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)¹⁰ do curso de graduação em medicina, emitidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). As DCN visaram a capacitação do médico nos diferentes níveis de atenção, especialmente primário e secundário, fomentando a aptidão desses profissionais para promover, recuperar e reabilitar a saúde, a fim de prevenir agravos.

Na perspectiva da integralidade da assistência, o médico deve, independentemente de suas escolhas, ser dotado de habilidades que permitam a interação multiprofissional em benefício da comunidade⁵. Daí a preocupação e a política governamental quanto à tendência de escolha do aluno: ele ainda prioriza a busca pela especialidade médica ou dá continuidade à carreira generalista, correspondendo à demanda atual do sistema de saúde brasileiro⁸?

Compreender o processo de escolha da carreira pelos estudantes é tema relevante em educação médica, uma vez que permite desenvolver medidas para sustentar o equilíbrio de distribuição dos profissionais nas especialidades⁶. Além disso, colabora com o perfil curricular e a demanda por cursos de pós-graduação, bem como possibilita acompanhar subjetivamente a intenção dos estudantes de seguir carreira generalista, um projeto governamental.

No contexto de alta demanda por médicos generalistas em diversas regiões do Brasil, surge a Lei 12.871/2013¹¹. O texto institui o Programa Mais Médicos e propõe mudanças em diferentes eixos, mas principalmente nas vagas de residência médica, passando a exigir atuação em medicina geral de família e comunidade para ingresso na maioria dos programas. A lei também aborda novos parâmetros na formação de médicos, com a implantação das DCN pelo CNE¹²⁻¹⁴. Portanto, estes pontos acabam influenciando também o dia a dia do estudante de medicina e sua decisão sobre qual carreira seguir.

Este artigo visa avaliar os fatores que influenciam a escolha da especialidade por estudantes de medicina e o impacto da reforma curricular nesta decisão. Busca-se analisar o grau de satisfação dos discentes com a reforma do currículo médico e conhecer sua intenção profissional de optar por especialidade.

Método

O delineamento do estudo é transversal e descritivo, com características quantitativas. Trata-se de pesquisa aplicada, original, realizada com alunos do primeiro ao último ano de cursos de medicina no Brasil, divididos por regiões geográficas de abrangência. Os dados foram colhidos entre setembro e dezembro de 2017.

O número amostral foi calculado pelo intervalo de confiança para prevalências com a seguinte equação: $n = z^2 \cdot \hat{p} \cdot (1 - \hat{p}) / (E^2)$. Considerou-se prevalência de 37% de alunos que ainda não haviam se decidido pela especialização médica, conforme Corsi e colaboradores⁷; erro de 3%, acrescido de 1% para possíveis perdas por digitação, totalizando 1.005 indivíduos. Em seguida, esse número foi proporcionalmente dividido pela quantidade de escolas de medicina por região geográfica.

O critério de inclusão foi estar matriculado em curso de medicina das faculdades ou universidades pesquisadas, públicas ou particulares, mediante concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Fizeram parte da pesquisa as instituições cujos canais de comunicação estavam disponíveis após a procura e que aceitaram participar voluntariamente.

Para levantar as informações utilizou-se questionário estruturado, composto por 19 perguntas sobre dados sociodemográficos, perspectivas de futuro profissional e questões individuais, culturais e econômicas, respondidas com base nas experiências vividas pelos discentes. Os questionários foram enviados por e-mail e WhatsApp para alunos das faculdades de medicina públicas e privadas nas cinco regiões do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste). Repetiu-se três vezes o envio, com intervalo de um mês, para aumentar a probabilidade de visualização e resposta.

Recorreu-se à plataforma *online* SurveyMonkey, que exige identificação do Protocolo de Internet (IP) do computador ou do dispositivo celular. Isso impediu que uma pessoa respondesse mais de uma vez o mesmo questionário. Ao acessar a SurveyMonkey, cada aluno leu o TCLE e assinalou que estava de acordo com o documento para que as perguntas pudessem ser respondidas. Os dados obtidos foram tabelados pela própria plataforma, para posterior análise dos pesquisadores. Os questionários com respostas incompletas não compõem os dados analisados neste trabalho, não havendo, portanto, perda amostral.

Resultados

O estudo avaliou 1.006 estudantes de medicina, distribuídos em instituições de nível superior nas cinco regiões brasileiras. Os participantes responderam o questionário por intermédio de um *software online* até alcançar o número de amostra calculado. A distribuição dos discentes entre os três ciclos de ensino foi: 37,3% (n=375) do ciclo básico (1º ao 4º período); 45,5% (n=458) do clínico (5º ao 8º); e 17,2% (n=173) do internato (9º ao 12º). Do total, 11,3% (n=114) reportaram que sua faculdade se localizava na região Norte; 21% (n=211) no Nordeste; 12,5% (n=126) no Centro-Oeste; 13,9% (n=140) no Sul; e 41,3% (n=415) na região Sudeste. Das instituições envolvidas, 74,2% eram de capital público (n=746) e 25,8% (n=260) eram faculdades privadas.

Ao serem questionados se já haviam decidido sua especialidade antes de ingressar na faculdade, 26,2% (n=264) dos alunos disseram que sim, sendo 39,8% (n=105; $p < 0,034$) do Sudeste e 22% (n=58) do Nordeste. Quando indagados se no atual momento do curso já haviam tomado tal decisão, quase metade respondeu positivamente (48,5%; n=488; $p < 0,0001$). Destes, destacaram-se os alunos do ciclo clínico, com 44,9% (n=219; $p < 0,0001$), comparados com o ciclo básico (30,7%; n=150; $p < 0,0001$) e com o internato (24,4%; n=119, $p < 0,0001$).

Notou-se baixa preferência por ginecologia e obstetrícia (3,1%; n=31), medicina de família e comunidade (1,5%; n=15) e pediatria (4,7%; n=47). Considerando o momento atual do curso, foi perguntado se já haviam excluído alguma das grandes áreas de atuação, e 85,3% responderam que sim (n=858), sendo 47,7% (n=409; $p < 0,0001$) alunos do 5º ao 8º período. As especialidades mais excluídas foram ginecologia e obstetrícia (20,4%; n=205), medicina de família e comunidade (22,7%; n=228) e cirurgia (20%; n=201).

O critério que mais influenciou a escolha profissional foi “afinidade com a especialidade”, considerado por 91,1% (n=916) dos alunos como “muito importante”, com prevalência entre os do 5º ao 8º período (35,4%; n=324; $p < 0,0001$). O segundo critério mais apontado foi “estilo/qualidade de vida”, com 56,8% das respostas (n=571). Ao avaliar a influência familiar nessa decisão, a maioria (86,1%; n=866) a considerou “não importante” ou “pouco importante”. Em contrapartida, o papel do professor ou orientador foi considerado relevante por grande parte dos discentes (67,5%; n=679), como apresentado na Tabela 1.

Quanto à importância de determinados temas para o currículo médico, algumas variáveis merecem destaque. A mais relevante foi “qualidade na assistência à saúde”, considerada por 91,3% (n=918) dos estudantes como “importante” ou “muito importante”, seguida de “representação médica na gestão hospitalar” (90,1%; n=906). Por outro lado, o critério de menor impacto foi “empreendedorismo médico”, avaliado como “não importante” ou “pouco importante” (21,9%; n=220), assim como “gestão pública na saúde” (15,9%; n=160).

Ao serem questionados se escolheriam especialidade na atenção primária à saúde, 44,7% (n=450) responderam que sim, sendo 44,2% (n=199; $p<0,0001$) deles alunos do 1º ao 4º período. Nos três ciclos o motivo principal de resposta negativa foi “afinidade” (37,3%; n=375). Além disso, mais da metade (50,4%; n=507) respondeu que seria profissional de medicina da família se houvesse plano de carreira pública federal (Tabela 2).

A respeito da carga horária de disciplinas relacionadas à atenção primária à saúde, mais da metade dos alunos (54,2%; n=545) respondeu que

concorda; destes, 44% (n=240; $p<0,001$) estavam no ciclo clínico. Por outro lado, a maioria discordou da exigência de dois anos de serviço em medicina de família e comunidade após a graduação (82,5%; n=830), sendo 46,5% (n=386; $p<0,0001$) alunos do 5º ao 8º período. Entre os que afirmaram ter médicos na família (31,6%; n=318), 23,9% (n=76) relataram influência de parentes.

Esperava-se que as diferenças demográficas entre regiões brasileiras, assim como suas necessidades de cuidados com saúde, permitissem explicar a escolha da especialização e, de forma indireta, as variáveis capazes de reter futuros médicos nos locais de trabalho. Entretanto, esta associação se mostrou baixa. Apenas o Sudeste apresentou prevalências de respostas afirmativas e, mesmo assim, em poucos itens avaliados: ingressantes no curso já com especialidade definida (39,8%); alunos com médicos na família (48,7%); e que se declararam influenciados por parentes na escolha da especialidade (65,8%). Estas variáveis foram estatisticamente significativas ($p<0,05$).

Tabela 1. Fatores que influenciam a escolha da especialidade médica

	Não importante		Pouco importante		Importante		Muito importante	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estilo de vida, qualidade de vida (horas de trabalho, plantões, salário)	7	0,7	64	6,4	364	36,2	571	56,8
Afinidade com a especialidade, satisfação pessoal/profissional	1	0,1	0,0	0,0	89	8,8	916	91,1
Contato com a especialidade ao longo da graduação, exposição à área durante o curso	8	0,8	162	16,1	568	56,5	268	26,6
Conhecimento de professor/orientador que tenha despertado interesse pela especialidade	34	3,4	293	29,1	475	47,2	204	20,3
Influência familiar	432	42,9	434	43,1	110	10,9	30	3,0
Tendência/compromisso social	94	9,3	284	28,2	419	41,7	209	20,8
Urgência em ganhar dinheiro rápido, tempo curto de residência	221	22,0	467	46,4	262	26,0	56	5,6

Tabela 2. Distribuição geral das variáveis

Questões/categorias	Escala	n	%
Período que cursa atualmente	1º ao 4º	375	37,3
	5º ao 8º	458	45,5
	9º ao 12º	173	17,2
A que região do país sua faculdade pertence?	Norte	114	11,3
	Nordeste	211	21,0
	Centro-Oeste	126	12,5
	Sul	140	13,9
	Sudeste	415	41,3
Percentual de instituições públicas e privadas	Públicas	746	74,2
	Privadas	260	25,8
Ao entrar na faculdade de medicina, você já havia decidido por uma especialidade médica?	Sim	264	26,2
	Não	742	73,8
Neste momento do curso, já definiu uma especialidade em uma das grandes áreas de atuação?	Sim	488	48,5
	Não	518	51,5
A sua especialidade se encaixa melhor em qual destas grandes áreas?	Sem resposta	517	51,4
	Cirurgia	208	20,7
	Clínica médica	188	18,7
	Ginecologia e obstetrícia	31	3,1
	Medicina da família	15	1,5
	Pediatria	47	4,7
Neste momento do curso, você já excluiu alguma das grandes áreas de atuação?	Sim	858	85,3
	Não	148	14,7
Qual?	Sem resposta	146	14,5
	Cirurgia	201	20,0
	Clínica médica	29	2,9
	Ginecologia e obstetrícia	205	20,4
	Medicina da família	228	22,7
	Pediatria	197	19,6
Por que já excluiu essa área de atuação?	Não excluiu	152	15,1
	Afinidade	656	65,2
	Estilo de vida	154	15,3
	Influência familiar	3	0,3
	Pouco contato	11	1,1
	Relação/conhecimento	11	1,1
	Tendência	13	1,3
	Financeiro	6	0,6
Seria profissional de medicina da família se houvesse plano de carreira pública federal?	Sim	507	50,4
	Não	499	49,6
Você considera escolher uma especialização na atenção primária à saúde?	Sim	450	44,7
	Não	556	55,3

continua...

Tabela 2. Continuação

Questões/categorias	Escala	n	%
Por quê?	Não excluiu	450	44,7
	Afinidade	375	37,3
	Estilo de vida	126	12,5
	Influência familiar	3	0,3
	Pouco contato	14	1,4
	Relação/conhecimento	18	1,8
	Tendência	10	1,0
	Financeiro	10	1,0
Você possui médicos entre seus familiares próximos (pai, tio, avô)?	Sim	318	31,6
	Não	688	68,4
Você é favorável à carga horária das disciplinas relacionadas à atenção primária à saúde no currículo de sua faculdade?	Sim	545	54,2
	Não, gostaria que fosse maior	165	16,4
	Não, gostaria que fosse menor	296	29,4
Você é favorável ao estabelecimento de dois anos de serviço em medicina de família e comunidade como exigência após a graduação?	Sim	176	17,5
	Não	830	82,5

Tabela 3. Distribuição das variáveis pelos ciclos da graduação

Variável explicativa	Total	Ciclo básico 1º ao 4º período		Ciclo clínico 5º ao 8º período		Ciclo internato 9º ao 12º período	
		n	%	n	%	n	%
Decidiu a especialidade antes de entrar na faculdade?							
Sim	264	116	43,9	105	39,8	43	16,3
Não	742	259	34,9	353	47,6	130	17,5
$p < 0,030$							
Já decidiu neste momento do curso?							
Sim	488	150	30,7	219	44,9	119	24,4
Não	518	225	43,4	239	46,1	54	10,4
$p < 0,0001$							
A especialidade escolhida se encaixa em:							
Ainda não definiu	517	225	43,5	238	46,0	54	10,4
Cirurgia	203	74	36,5	82	40,4	47	23,2
Clínica médica	188	42	22,3	94	50,0	52	27,7
Ginecologia/obstetrícia	36	9	25,0	21	58,3	6	16,7
Medicina da família	15	3	20,0	7	46,7	5	33,3
Pediatria	47	22	46,8	16	34,0	9	19,1
$p < 0,0001$							
Já excluiu alguma área neste momento?							
Sim	858	284	33,1	409	47,7	165	19,2
Não	148	91	61,5	49	33,1	8	5,4
$p < 0,0001$							
Qual área excluiu?							
Não excluiu ainda	146	90	61,6	48	32,9	8	5,5
Cirurgia	201	55	27,4	97	48,3	49	24,4
Clínica médica	29	9	31,0	10	34,5	10	34,5

continua...

Tabela 3. Continuação

Variável explicativa	Total	Ciclo básico 1º ao 4º período		Ciclo clínico 5º ao 8º período		Ciclo internato 9º ao 12º período	
		n	%	n	%	n	%
Ginecologia/obstetrícia	205	69	33,7	99	48,3	37	18,0
Medicina da família	228	96	42,1	101	44,3	31	13,6
Pediatria	197	56	28,4	103	52,3	38	19,3
<i>p</i> <0,0001							
Por que excluiu?							
Não excluiu ainda	152	94	61,8	50	32,9	8	5,3
Afinidade	656	225	34,3	324	49,4	107	16,3
Estilo de vida	154	41	26,6	62	40,3	51	33,1
Outros*	44	15	34,1	22	50,0	7	15,9
<i>p</i> <0,0001							
Você considera escolher uma especialidade na atenção primária à saúde?							
Sim	450	199	44,2	190	42,2	61	13,6
Não	556	176	31,7	268	48,2	112	20,1
<i>p</i> <0,0001							
Concorda com a carga horária de disciplinas da atenção primária à saúde?							
Sim	545	224	41,1	240	44,0	81	14,9
Não, gostaria que fosse maior	165	69	41,8	67	40,6	29	17,6
Não, gostaria que fosse menor	296	82	27,7	151	51,0	63	21,3
<i>p</i> <0,001							
Concorda com estágio na medicina da família?							
Sim	176	91	51,7	72	40,9	13	7,4
Não	830	284	34,2	386	46,5	160	19,3
<i>p</i> <0,0001							

*Outros: influência familiar, pouco contato, relação/conhecimento, tendência, financeiro.

Discussão

A Lei 12.871/2013¹¹, como já apontado, criou o Programa Mais Médicos, iniciativa do governo federal para enfrentar a falta de profissionais generalistas no interior do Brasil, buscando formar recursos humanos para o SUS e fortalecer a prestação de serviços de atenção básica à saúde no país. Somam-se a isso os novos parâmetros para formação médica, com as DCN implantadas pelo CNE¹²⁻¹⁴.

A amplitude de reformas suscitou posicionamentos diversos por parte da sociedade civil e de entidades médicas. Por exemplo, a Associação Médica Brasileira (AMB) e o CFM alegaram possível ilegalidade na entrada de médicos estrangeiros no país sem aprovação no Exame Nacional de Revalidação de Diplomas (Revalida), o que viabilizaria o exercício ilegal da profissão^{15,16}.

A ênfase do Mais Médicos na atenção primária é consonante com os princípios da *Declaração de Alma-Ata*¹⁷, que norteia as políticas internacionais

de saúde. Em fins de 2018, médicos brasileiros passaram a ocupar esta função, que se tornou mais uma oportunidade de trabalho. No entanto, ainda aguardam a tão almejada *interiorização da medicina* – e não apenas dos médicos –, bem como melhores condições de trabalho, salários e qualidade de vida para os brasileiros menos assistidos.

Quanto ao currículo da graduação médica, o artigo 4º da Lei 12.871/2013¹¹ define que o funcionamento dos cursos é sujeito à implantação das DCN definidas pelo CNE. O avanço técnico-científico, somado à influência flexneriana, estruturou modelo hospitalocêntrico de educação médica e fortaleceu a concepção do processo saúde-doença excessivamente restrita a fatores biológicos¹⁸. Nesse cenário, há muitos anos vêm sendo adotadas estratégias para melhorar a articulação entre instituições de formação e sistema de saúde.

Exemplificam isso as reformas das DCN e de programas governamentais que estimulam mudanças curriculares. Entre estes, destacam-se o

Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), firmado em 2002; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), de 2005; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), de 2010; e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), de 2011. Em 20 de junho de 2014 foi emitida a Resolução CNE/CES 3¹², que define novas diretrizes para cursos de graduação em medicina no Brasil, apontando os eixos “atenção”, “gestão” e “educação em saúde” como centrais na formação do discente.

No primeiro eixo, espera-se que o graduando considere a multidimensionalidade de cada ser humano, de forma contextualizada, para promover o acesso universal e equitativo à saúde, com atenção integral, humanizada, qualificada e ética, centrada na pessoa sob cuidado, sua família e comunidade. Além disso, espera-se que o graduando preserve a biodiversidade, com vistas à sustentabilidade; articule-se às políticas sanitárias do Brasil, pela promoção da saúde de forma interprofissional; e possua habilidades comunicativas adequadas, verbais e não verbais, para as relações interpessoais inerentes à sua profissão.

O segundo eixo engloba a formação de profissionais capazes de compreender políticas, diretrizes e princípios do SUS e de promover o bem-estar comunitário por meio de ações gerenciais e administrativas. Enfoca sistema sanitário predominantemente público e multiprofissional, cujos pilares são: gestão do cuidado para desenvolver planos terapêuticos individuais e coletivos; valorização da vida, buscando de modo propositivo e resolutivo melhores indicadores de qualidade de vida, morbidade e mortalidade; trabalho em equipe, a fim de integrar diferentes entidades e construir de forma participativa o sistema de saúde; liderança, pautada na horizontalidade das relações pessoais e em valores como empatia e comprometimento, tendo em vista o bem-estar comunitário; comunicação, considerando as novas tecnologias disponíveis.

Convergindo com propostas de outros países¹⁹, a gestão em saúde colabora para currículo médico amplo, abrangendo diversas competências e habilidades para atuação em sistema público de saúde. Contudo, como observado em países de estrutura curricular semelhante²⁰, muitos temas nesse eixo recebem pouca ou nenhuma ênfase no documento. Se integrados à formação médica, esses elementos poderiam elevar a qualidade administrativa do sistema brasileiro, com recursos humanos ainda mais capacitados em atividades como análise de

conjunturas política, social e econômica; vigilância estratégica; gestão financeira e negociação.

Além de aspectos de gestão estratégica, planejamento de carreira, atuação em instituições hospitalares e ferramentas de gestão da qualidade, os estudantes avaliados nesta pesquisa também consideram relevantes para sua formação tópicos de administração e finanças ligadas à carreira; gestão pública em saúde; representação médica; qualidade da assistência; atuação médica na gestão hospitalar e empreendedorismo.

O terceiro eixo do documento postula alguns princípios aos graduandos: corresponsabilização pela própria formação inicial, continuada e em serviço; autonomia intelectual; responsabilidade social; e comprometimento com a formação de futuros profissionais de saúde. Determina-se aprendizado participativo, interprofissional, em contextos diversificados, mediado por profissionais do SUS desde o primeiro ano de curso. Objetiva-se envolver o graduando em pesquisa e extensão e estimulá-lo a dominar outro idioma, possibilitando mobilidade acadêmica e favorecendo o reconhecimento de novos desafios na carreira.

Lindeman defende que a experiência é o *livro-texto do adulto aprendiz*²¹. Alguns especialistas assinalam que o aluno adulto requer desafios e precisa gerir o próprio aprendizado. Essa concepção de educação contempla os princípios da corrente voltada ao ensino de adultos denominada andragogia^{22,23}, os quais são evidenciados nas seguintes diretrizes curriculares: inserir o graduando nos múltiplos contextos de atuação do SUS; incentivar o contato com novos cenários pela mobilidade acadêmica; apontar a importância de pesquisa e extensão durante a formação profissional, favorecendo maior desenvolvimento científico e criticidade; estimular a atualização dos conhecimentos individuais, diante da intensa produção acadêmica na área, e encorajar o domínio de outros idiomas para ampliar as fontes de aprendizado.

O artigo 26 das DCN¹² enfatiza a necessidade de uma prática docente que favoreça o ensino centrado no aluno, tornando-o protagonista do seu processo de aprendizagem. Como aponta Aquino²², esse fundamento representa pilar alternativo à pedagogia clássica. Perissé²³ assinala igualmente a importância de capacitar professores para exercer a andragogia, a fim de que o tratamento dado aos alunos corresponda ao de pessoas realmente livres e responsáveis.

Isso mostra-se significativo na pesquisa, pois 67,5% (n=679) dos estudantes referiram como

“importante” ou “muito importante” a influência do professor na carreira. Contudo, esta referência pode se tornar obstáculo tanto por resistência dos docentes em renovar seus métodos quanto pela dificuldade de formar novos recursos humanos entre os professores.

A nova concepção pedagógica é contemplada também pelo Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, mencionado no artigo 34 das DCN¹², que busca englobar ensino ativo e interdisciplinar para transformar as escolas médicas. Porém, mesmo com todas as diretrizes, normas e propostas de ensino voltado ao SUS e ao atendimento primário e secundário da população, implementadas há anos, não se observa maior interesse dos alunos em seguir esta carreira.

A baixa opção por medicina de família e comunidade merece ser reavaliada por gestores da educação e investigada por novas pesquisas nacionais. Nesse sentido, este artigo traz algumas contribuições para essa reflexão. Com o intuito de amenizar a fragmentação do exercício médico nas múltiplas especialidades, hierarquizar a atenção tornou-se objetivo dos gestores de saúde no Brasil nas últimas décadas. No entanto, problemas de infraestrutura e carência de investimento organizacional nas unidades da rede primária têm se mostrado grande obstáculo para atrair profissionais médicos a este campo.

No atual cenário, o especialista em saúde da família está sujeito a excessiva carga de trabalho, remuneração incompatível, baixo *status* social e profissional, pouca integração com demais níveis de complexidade e dificuldade em delimitar os próprios papéis^{3,24}. Na atenção primária à saúde, este estudo destaca a medicina de família e comunidade pela importância desses profissionais para o funcionamento do sistema público. Porém, a amostra revela baixíssimo interesse pela especialidade (Tabela 3), que foi a menos escolhida, considerada por apenas 1,5% dos participantes, percentual também observado em outro estudo recente¹.

Entre as especialidades médicas avaliadas neste trabalho, a medicina de família e comunidade foi excluída por 22,7% dos respondentes e, em contexto mais amplo, 82,5% não são favoráveis à exigência de dois anos de serviço na área após a graduação. Apesar de 55,3% dos alunos recusarem a opção de especializar-se em atenção primária à saúde (Tabela 2) caso houvesse possibilidade de carreira pública federal, 50,4% a considerariam.

Os dados indicam que o governo precisa incentivar e valorizar mais o exercício profissional na atenção primária, a fim de estimular o futuro médico a escolhê-la, pois as Unidades de Atenção Primária são a porta de entrada do SUS e

responsáveis por resolver a maioria dos problemas de saúde da população. Dessa maneira, seria possível descongestionar a atenção secundária, diminuindo custos e eliminando burocracias que fazem pacientes esperar anos por consultas com especialistas para solucionar casos que muitas vezes podem ser tratados na atenção primária.

Embora durante os primeiros períodos da graduação os alunos tenham maior contato com disciplinas sobre atenção primária, organização do SUS e outros temas fundamentais, ao longo de todo o curso e de forma homogênea observa-se baixo interesse em medicina de família. Possível explicação para este desinteresse seria a “baixa afinidade com a especialidade, satisfação pessoal e/ou profissional” (Tabela 1). Em relação à carga horária atualmente destinada à atenção primária, 545 estudantes declararam-se favoráveis, sendo que a maioria (44%) cursa do 5º ao 8º período.

Quanto à influência familiar, 68,4% dos estudantes não têm médicos entre seus parentes próximos. A decisão de especialização médica se deve mais às avaliações de desempenho da classe social em que o indivíduo está inserido do que diretamente à profissão de parentes.

Em relação ao serviço público obrigatório, o Projeto de Lei do Senado 168/2012²⁵, de autoria do senador Cristovam Buarque, propõe que o médico recém-formado em universidade pública ou privada com financiamento público exerça dois anos de sua profissão em municípios com menos de 30 mil habitantes ou em comunidades carentes de regiões metropolitanas.

Este tema é motivo de grande debate no Brasil. Enquanto parte da sociedade é favorável ao “exercício social da medicina”, defendendo a competência do poder público para regulamentar políticas de saúde, muitos argumentam que a ideia contraria o princípio da gratuidade do ensino, previsto na Constituição²⁶. Grande parte dos estudantes (82,5%; n=830) discorda do serviço público obrigatório, e quase metade deles (46,5%; n=386) estava no 5º ao 8º período, ou seja, já conhecia o funcionamento do SUS.

A baixa adesão a esse projeto por parte dos graduandos é lacuna a ser preenchida em estudos futuros. Entretanto, vale iniciar a discussão destacando que obrigar qualquer categoria profissional a exercer sua atividade em determinado lugar e tempo, mesmo que isso aconteça da melhor forma, é no mínimo cercear a liberdade do indivíduo, sobrepondo sua individualidade e autonomia.

O novo Código de Ética Médica²⁷, em vigor desde abril de 2019, nos seus Princípios Fundamentais III, VII e VIII, cita a autonomia do médico no exercício da profissão. Em bioética, “autonomia” significa liberdade de decidir tanto o público a quem atender quanto as condições de trabalho, buscando na ética assistencial as bases profissionais. Qualquer obrigação profissional deve ser muito bem avaliada eticamente antes de ser implementada.

Para finalizar, observa-se a eventual limitação desta pesquisa. Por se tratar de estudo nacional, visando abranger maior número de universidades e diversas regiões, aplicou-se o questionário *online*, o que pode fragilizar a veracidade dos dados enviados pelos participantes.

Considerações finais

No Brasil, 26,2% dos estudantes de medicina afirmaram que já haviam escolhido uma especialidade ao entrar no curso, decisão mais prevalente no Sudeste e Nordeste. Ao longo da graduação, na amostra distribuída nas cinco regiões do país,

foram mínimas as opções por especialidade nas áreas de ginecologia e obstetrícia, pediatria e medicina de família.

O principal momento dessa escolha foi a fase intermediária do curso, entre o 5º e 8º período. No estágio, a maioria já tinha optado por uma especialidade. “Afinidade” foi o principal fator dessa decisão, seguida de “estilo de vida”, “contato com a especialidade durante a graduação” e “influência de professores”. Nas cinco regiões, a maioria da amostra está satisfeita com a carga horária atual estabelecida para disciplinas de atenção básica à saúde.

Observa-se que 82,5% dos alunos são contra a obrigatoriedade de atuar dois anos em medicina da família antes da residência médica. A maioria considera “importante” ou “muito importante” introduzir regularmente os seguintes tópicos na graduação: administração e finanças ligadas à carreira, gestão pública na saúde, entidades de representação médica, qualidade na assistência, atuação médica na gestão hospitalar e empreendedorismo. Em todas as regiões pesquisadas, a opção pela especialidade em medicina da família foi mínima entre os estudantes ao longo da graduação.

Referências

1. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia médica no Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: Cremesp; 2018 [acesso 11 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/2lqC0mD>
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.149/2016. Homologa a Portaria CME nº 2/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 99, 3 ago 2016 [acesso 24 mar 2018]. Seção 1. Disponível: <http://bit.ly/359a2We>
3. Fiore MLM, Yazigi L. Especialidades médicas: estudo psicossocial. *Psicol Reflex Crít* [Internet]. 2005 [acesso 3 jul 2018];18(2):200-6. DOI: 10.1590/S0102-79722005000200008
4. Cruz JAS, Sandy NS, Vannucchi TR, Gouveia ÉM, Passerotti CC, Bruschini H *et al.* Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no Brasil. *Rev Med* [Internet]. 2010 [acesso 3 jul 2018];89(1):32-42. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v89i1p32-42
5. Ribeiro MMF, Leal SS, Diamantino FC, Bianchi HA. A opção pela medicina e os planos em relação ao futuro profissional de estudantes de uma faculdade pública brasileira. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2011 [acesso 3 jul 2018];35(3):405-11. DOI: 10.1590/S0100-55022011000300015
6. Sousa IQ, Silva CP, Caldas CAM. Especialidade médica: escolhas e influências. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2014 [acesso 3 jul 2018];38(1):79-86. DOI: 10.1590/S0100-55022014000100011
7. Corsi PR, Fernandes ÉL, Intelizano PM, Montagnini CCB, Baracat FI, Ribeiro MCSA. Fatores que influenciam o aluno na escolha da especialidade médica. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2014 [acesso 3 jul 2018];38(2):213-20. DOI: 10.1590/S0100-55022014000200008
8. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhniianas. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2005 [acesso 3 jul 2018];9(16):53-66. DOI: 10.1590/S1414-32832005000100005
9. Ayuso-Raya MC, Escobar-Rabadán F, López-Torres-Hidalgo J, Montoya-Fernández J, Téllez-Lapeira JM, Campa-Valera F. Predictors for choosing the specialty of family medicine from undergraduate knowledge and attitudes. *São Paulo Med J* [Internet]. 2016 [acesso 3 jul 2018];134(4):306-14. DOI: 10.1590/1516-3180.2015.02581002
10. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 38, 9 nov 2001 [acesso 3 jul 2018]. Seção 1. Disponível: <http://bit.ly/2LOWyFK>
11. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e

- dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 206, p. 1, 23 out 2013 [acesso 15 dez 2017]. Seção 1. Disponível: <http://bit.ly/2oUOwE8>
12. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 8-11, 23 jun 2014 [acesso 3 jul 2018]. Seção 1. Disponível: <http://bit.ly/2MiUpD7>
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos: dois anos: mais saúde para os brasileiros [Internet]. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 2015 [acesso 3 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/2VhlfhU>
 14. Brasil. Ministério Público Federal. Ação direta de inconstitucionalidade 5.035-DF [Internet]. 2014 [acesso 3 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/2MhYE1V>
 15. Organização Pan-Americana da Saúde. Nota da Opas/OMS no Brasil sobre o Projeto Mais Médicos [Internet]. 2015 [acesso 10 dez 2017]. Disponível: <http://bit.ly/359n85W>
 16. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2008 [acesso 3 jul 2018];32(4):492-9. DOI: 10.1590/S0100-55022008000400012
 17. Declaração de Alma-Ata. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde [Internet]. 1978 [acesso 3 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/2LQe3HI>
 18. Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad Saúde Pública [Internet]. 1997 [acesso 3 jul 2018];13(1):141-4. DOI: 10.1590/S0102-311X1997000100025
 19. World Health Organization. Reorientation of medical education: goal, strategies and targets [Internet]. Nova Delhi: Regional Office for South-East Asia; 1991 [acesso 3 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/2Mckle0>
 20. Quince T, Abbas M, Murugesu S, Crawley F, Hyde S, Wood D *et al.* Leadership and management in the undergraduate medical curriculum: a qualitative study of students' attitudes and opinions at one UK medical school. BMJ Open [Internet]. 2014 [acesso 3 jul 2018];4(6):e005353. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-005353
 21. Lindeman EC. The meaning of adult education. Nova York: New Republic; 1926. p. 10.
 22. Aquino CTE. Como aprender: andragogia e as habilidades de aprendizagem. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2007.
 23. Perissé G. Andragogia. Correio Cidadania [Internet]. 2008 [acesso 9 dez 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2ojwhlz>
 24. Mello GA, Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2009 [acesso 3 jul 2018];33(3):464-71. DOI: 10.1590/S0100-55022009000300017
 25. Brasil. Projeto de Lei do Senado nº 168, de 2012. Institui o exercício social da profissão para garantir emprego e exigir prestação de serviço dos graduados em medicina que obtiveram seus diplomas em cursos custeados com recursos públicos, em instituições públicas ou privadas. Senado Federal [Internet]. Brasília, 21 maio 2012 [acesso 3 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/2ALMloX>
 26. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [acesso 10 jul 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2E5yiNy>
 27. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 3 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/322vjil>


Participação dos autores

Andressa Carvalho Quinet de Andrade, Jonas Munck de Oliveira, Matheus Bresser, Matheus Magalhães Apolinário e Pedro Murari de Barros conceberam o projeto, realizaram a pesquisa bibliográfica, coletaram os dados e redigiram o artigo. José Antonio Chehuen Neto orientou e revisou o projeto, bem como formatou e revisou o texto. Renato Erothildes Ferreira colaborou com o desenho do estudo, a análise estatística e a interpretação dos dados.


Correspondência

José Antonio Chehuen Neto – Av. Presidente Itamar Franco, 1.495/1.001, Centro CEP 36016-320. Juiz de Fora/MG, Brasil.


José Antonio Chehuen Neto – Doutor – chehuen.neto@yahoo.com.br

 0000-0001-9640-0444


Renato Erothildes Ferreira – Mestre – renato.eferreira@gmail.com

 0000-0001-8011-3192


Andressa Carvalho Quinet de Andrade – Graduada – andressaquinet@hotmail.com

 0000-0003-3592-4900


Jonas Munck de Oliveira – Graduando – jonas.munck.jf@gmail.com

 0000-0002-4302-6994


Matheus Bresser – Graduando – mbresser@live.com

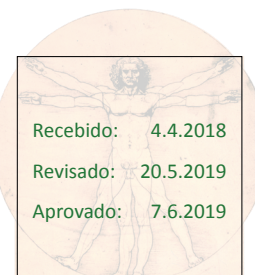
 0000-0002-3410-5172

Matheus Magalhães Apolinário – Graduando – matheus_apolinario@hotmail.com

 0000-0002-2599-9442

Pedro Murari de Barros – Graduando – pedromdebarros@gmail.com

 0000-0003-1517-3097



Anexo

Questionário aplicado aos estudantes de medicina

1. Você concorda com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)?
() Sim () Não
2. Instituição de ensino? _____
3. Período que cursa atualmente? _____
4. A qual região do país sua faculdade pertence?
() Norte () Nordeste () Centro-Oeste () Sul () Sudeste
5. Ao entrar na faculdade de medicina, você já havia decidido por uma especialidade médica?
() Sim () Não
6. Neste momento do seu curso, você já definiu uma especialidade em uma das grandes áreas de atuação?
() Sim () Não
7. A sua especialidade se encaixa melhor em qual das grandes áreas abaixo?
() Clínica médica
() Cirurgia
() Pediatria
() Ginecologia e obstetrícia
() Medicina de família e comunidade
8. Neste momento do curso, você já excluiu alguma das grandes áreas de atuação?
() Sim () Não
9. Qual?
() Clínica médica
() Cirurgia
() Pediatria
() Ginecologia e obstetrícia
() Medicina de família e comunidade
10. Por quê?
() Estilo de vida, qualidade de vida (horas de trabalho, plantões, salário)
() Afinidade com a especialidade, satisfação pessoal/profissional
() Pouco contato com a especialidade ao longo da graduação, exposição à área durante o curso
() Relação com ou conhecimento de professor/orientador que tenha despertado o interesse por outra especialidade
() Influência familiar
() Tendência/compromisso social
() Urgência em ganhar dinheiro rápido, tempo curto de residência
11. Você considera escolher uma especialização na atenção primária à saúde?
() Sim () Não

12. Por quê?

- () Estilo de vida, qualidade de vida (horas de trabalho, plantões, salário)
- () Afinidade com a especialidade, satisfação pessoal/profissional
- () Pouco contato com a especialidade ao longo da graduação, exposição à área durante o curso
- () Relação com ou conhecimento de professor/orientador que tenha despertado o interesse por outra especialidade
- () Influência familiar
- () Tendência/compromisso social
- () Urgência em ganhar dinheiro rápido, tempo curto de residência

13. Você possui médicos entre seus familiares próximos (pai, tio, avô)?

- () Sim () Não

14. Sua escolha foi influenciada pela especialidade do(s) médico(s) da família?

- () Sim () Não

15. Em cada um dos sete motivos abaixo, atribua uma nota (muito importante; importante; pouco importante; não importante) para sua relevância na escolha da especialidade:

(15.1) Estilo de vida, qualidade de vida (horas de trabalho, plantões, salário) _____

(15.2) Afinidade com a especialidade, satisfação pessoal/profissional _____

(15.3) Contato com a especialidade ao longo da graduação, exposição à área durante o curso _____

(15.4) Relação com ou conhecimento de professor/orientador que tenha despertado o interesse pela especialidade _____

(15.5) Influência familiar _____

(15.6) Tendência/compromisso social _____

(15.7) Urgência em ganhar dinheiro rápido, tempo curto de residência _____

16. Você é favorável à carga horária das disciplinas relacionadas à atenção primária à saúde no currículo de sua faculdade?

- () Sim () Não, gostaria que fosse maior () Não, gostaria que fosse menor

17. Você é favorável ao estabelecimento de dois anos de serviço em medicina de família e comunidade como exigência após a graduação?

- () Sim () Não

18. Você seria profissional de medicina de família e comunidade se houvesse plano de carreira pública federal?

- () Sim () Não

19. Sobre os temas assinalados, atribua uma nota (muito importante; importante; pouco importante; não importante) segundo sua relevância para o currículo médico:

(19.1) Aspectos administrativos e financeiros ligados à carreira _____

(19.2) Gestão pública na saúde _____

(19.3) Entidades médicas de representação (Conselho Regional de Medicina, Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira etc.) _____

(19.4) Qualidade na assistência à saúde (Organização Nacional de Acreditação, certificações internacionais etc.) _____

(19.5) Representação médica na gestão hospitalar (diretoria técnica, clínica, comissão de infecção hospitalar, comissão de ética etc.) _____

(19.6) Empreendedorismo médico _____