

Políticas públicas para a formação médica no SUS: representações sociais de profissionais e estudantes

Public policies for medical education in SUS: social representations of professionals and students

Stephanie Ribeiro Lacerda¹, Luzmarina Aparecida Doretto Braccioli², Carlos Alberto Lazarini³

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: novembro de 2017 – Aceito julho de 2021

RESUMO

Introdução: Políticas públicas nacionais são necessárias para consolidar a articulação entre o ensino e os serviços de saúde no processo de formação profissional. Nesse sentido, a participação ativa de estudantes de Medicina e médicos é essencial para mudar esse contexto. **Objetivo:** Compreender as representações sociais de estudantes de Medicina e médicos sobre as novas Políticas Públicas para a formação de médicos voltados às necessidades do SUS. **Método:** Pesquisa do tipo transversal com abordagem quali-quantitativa. A parte quantitativa contou com 124 professores médicos e 243 estudantes da primeira a sexta séries de Medicina. Os dados foram obtidos por meio da aplicação de questionário e analisados pelo programa computacional SPSS v. 17. A qualitativa contou com 123 entrevistas em uma amostragem por sorteio. Os dados foram organizados pelo Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** A maioria dos estudantes não almeja atuar na Atenção Primária e dos docentes se mostra contra o Programa Mais Médicos. A maior parte dos entrevistados se mostrou a favor de alterações na formação médica para o SUS e que no internato devem ser desenvolvidas atividades na Atenção Primária e em Urgência e Emergência. **Conclusões:** Entre as formas de desenvolver conteúdos e práticas essenciais à formação médica há a articulação efetiva entre instituição de ensino e rede de saúde. Entretanto, é fato que o exercício da prática médica na APS implica, potencialmente, o encontro com ambientes de grandes dificuldades sociais e com a vida cotidiana que se opõe a panoramas idealizados que muitos estudantes constituem para si e para o exercício de sua profissão.

Palavras-chave: Educação médica. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Política de saúde. Integralidade em saúde.

ABSTRACT

Introduction: National public policies are needed to consolidate the link between education and health services in the professional training process. In this sense, the active participation of medical students and physicians is essential to change this context. **Objective:** To understand the social representations of medical students and physicians regarding new Public Policies to train physicians focused on the needs of the SUS. **Method:** Cross-sectional research with a quali-quantitative approach. One hundred and twenty-four medical professors and 243 students from the first to the sixth grade of medicine participated in the study. Data were obtained through the application of a questionnaire and analyzed by the computer program SPSS v.17. The qualitative approach included 123 interviews in a random sampling. Data were organized by the Discourse of the Collective Subject. **Results:** Most students do not intend to work in Primary Care and teachers are against the “Mais Médicos” (“More Physicians”) Program. Most respondents were in favor of promoting changes in medical training for the SUS and having internship activities being developed in Primary Care and in Emergency. **Conclusions:** Among the ways to develop content and practices essential to medical training there is the effective articulation between educational institution and health network. However, it is a fact that the exercise of medical practice in PHC potentially implies finding environments of great social difficulties and daily life that opposes idealized panoramas that many students constitute for themselves and for their profession.

Keywords: Medical education. Unified Health System. Primary Health Care. Health Politic. Integrality in Health.

¹ Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina de Marília. *E-mail:* steribeior@gmail.com

² Doutora e mestra em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

³ Farmacêutico. Mestre em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Botucatu - SP, e doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Professor titular da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a formação médica vem se transformando, saindo de um modelo mais tecnicista reforçado pelo paradigma flexneriano para um mais humanístico, considerando as dimensões sociais, psicológicas e econômicas. Entretanto, no Brasil, a resistência a esse modelo teve início na década de 80, quando houve a proposta de reorganizar o ensino médico e a prática da profissão por meio da redefinição de formação do médico generalista ou de família.¹

Nesse ínterim, novas mudanças foram propostas a fim de concretizar a integração entre a formação médica e as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que discorre sobre a formação médica no Brasil, instituiu o Programa Mais Médicos que almeja formar recursos humanos na área médica para o SUS.² Essa mesma lei também promove mudanças a ocorrerem progressivamente até o final do ano de 2018 na graduação do curso de Medicina e nos Programas de Residência Médica. No âmbito da graduação, ao menos trinta por cento da carga horária do internato médico será desenvolvida na Atenção Primária e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS. Para ingressar na maioria das especialidades dos programas de residência médica, será obrigatório realizar um a dois anos no Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, o qual deverá contemplar especificidades do SUS.²

Em suma, é evidente que diversas políticas públicas são necessárias para consolidar a imprescindível articulação entre o ensino e os serviços de saúde brasileiros no processo de formação profissional. Entretanto, a participação ativa do estudante de Medicina e dos médicos em todas as fases do processo de readequação da educação médica consiste em um fator essencial, uma vez que juntos eles são os atores principais desse contexto.³

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo compreender as representações sociais de estudantes de Medicina e médicos sobre as novas Políticas Públicas para a formação de médicos voltados às necessidades do SUS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa e qualitativa, o qual foi desenvolvido em uma faculdade pública do interior do Estado de São Paulo.

Os sujeitos da pesquisa eram 248 médicos que atuam como professores nas diferentes séries do curso de Medicina, aplicado o cálculo amostral *online*, com nível de confiabilidade de 95% e 5% de margem de erro, desse total, a amostra consistiu em 151 profissionais, porém, 124 aceitaram participar

da pesquisa. Para os estudantes o cálculo amostral foi de 243 da primeira a sexta série da faculdade de Medicina, selecionados aleatoriamente e distribuídos proporcionalmente à série. Quando a série possuía número ímpar de estudantes, o número de entrevistas foi arredondado para o maior número. Os estudantes que trancaram a matrícula não foram considerados no cálculo do número de estudantes. Dessa maneira, foram entrevistados, de cada série: 41 da primeira, 40 da segunda, 42 da terceira, 39 da quarta, 40 da quinta e 41 da sexta. Vale ressaltar que todos os estudantes convidados concordaram em participar da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, utilizando instrumento validado após aplicação de projeto piloto e análise por expertises. O instrumento era composto por questões que caracterizavam o perfil sociodemográfico, perguntas fechadas utilizando a escala Likert e por questões norteadoras do estudo. A escala Likert era composta por cinco alternativas (concordo totalmente, concordo, indiferente, discordo, discordo totalmente). Para a análise estatística, as alternativas concordo totalmente e concordo foram agrupadas. Isso foi feito também para as alternativas discordo e discordo totalmente.

Os dados quantitativos de caracterização sociodemográfica e as respostas às perguntas fechadas foram armazenados na forma de banco de dados e tratados estatisticamente com o programa SPSS v. 17. Para a análise inferencial, foi utilizado o Teste do Qui-quadrado para tabelas de contingência 3 x 2 e o valor de $p \leq 0,05$ resultou em diferença significativa entre os grupos comparados. O momento de formação (profissional ou estudante) foi considerado como variável independente. Os dados qualitativos foram discutidos sob os fundamentos da Teoria das Representações Sociais (TRS). O conceito de representação social compreende a concepção que um sujeito, um grupo ou uma sociedade têm sobre determinado tema ou assunto, estando presente tanto nas relações sociais como no conjunto de opiniões e comportamentos dos indivíduos, refletindo em sua conduta e valores. Moscovici apresenta a seguinte definição: “Em poucas palavras, a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”.⁴

A Teoria das Representações Sociais, teoria do senso comum ou teoria do saber ingênuo, contribui com a investigação proposta, uma vez que busca compreender como o conhecimento produzido pela ciência é transformado no tecido social – nos universos consensuais; ou ainda como aquilo que não é familiar é tornado familiar, como o distante é tornado próximo para a vida prática cotidiana. Além disso, a referida teoria contribui com as pesquisas que intencionam investigar as representações sociais formadas nas imbricações do social com o individual ou do coletivo com o psicológico de grupos específicos.⁵

A coleta de dados qualitativa ocorreu por meio de uma entrevista em uma amostragem por sorteio da população, de estudantes e médicos de cada série do curso. Dessa maneira, foram entrevistados 22 médicos e 101 estudantes, sendo 18 da primeira série, 17 da segunda, 20 da terceira, 16 da quarta, 12 da quinta e 18 da sexta, totalizando 123 entrevistas. Os dados foram organizados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).^{6,7}

O DSC preconiza o tratamento das mensagens verbais que podem ser faladas ou escritas e são advindas de depoimentos dos participantes, constituído por um conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos e discutidos à luz da Teoria das Representações Sociais, enquanto fenômeno representativo dos participantes.⁶ Esse mesmo autor afirma que a técnica do DSC permite resgatar as Representações Sociais provenientes de dados de pesquisas empíricas, onde as opiniões ou expressões de cada indivíduo são agrupadas em categorias semânticas gerais, desde que apresentem sentidos semelhantes.

Para o desenvolvimento dessa técnica, o pesquisador percorre o seguinte caminho: leitura das transcrições para seleção das expressões-chave (ECH) de cada discurso particular, por exemplo, de cada resposta a uma questão. As ECH são caracterizadas como segmentos contínuos ou descontínuos de discurso que revelam o principal do conteúdo discursivo, são uma espécie de "prova discursivo-empírica" da "verdade" das ideias centrais; identificação da ideia central (IC) de cada uma dessas ECH e que é a síntese do conteúdo dessas expressões, ou seja, o que elas querem efetivamente dizer, identificação das IC semelhantes ou complementares; e reunião das ECH referentes às IC, em um discurso síntese que é o DSC. O DSC é construído com base na união das ECH e AC, referentes às IC, em um discurso síntese associado ao conteúdo das opiniões individuais com sentidos semelhantes, possibilitando construir um discurso relativo a uma coletividade na voz de apenas um representante, sempre redigido na primeira pessoa do singular.⁶

As entrevistas foram gravadas em sua totalidade por meio de um gravador de voz portátil e transcritas na íntegra após consentimento do sujeito da pesquisa. Durante o processo de transcrição e categorização dos dados foi utilizado um código de identificação com as iniciais do grupo de médicos e estudantes em suas respectivas séries, seguidas do número de sequência de realização das entrevistas (P1, P2,...P22; E1, E2,...E101), objetivando manter o aspecto ético. A apresentação dos discursos foi realizada com a quantidade de participantes deles, ou seja, E para estudantes e P para professores.

De acordo com os aspectos éticos e legais contidos na Resolução n^o 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional e Saúde, o presente projeto foi analisado pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e aprovado em 2 de setembro de 2015.

Não houve necessidade de readequação dos métodos quantitativo e qualitativo no decorrer da pesquisa, pois foram realizados de acordo com o desenho inicial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere à caracterização sociodemográfica dos estudantes observa-se predomínio de mulheres (53,5%) e da faixa etária entre 21 e 25 anos (63,0%).

Quanto aos médicos, houve predomínio do sexo masculino (67,7%) e da faixa etária entre 31 e 40 anos (33,9%). No que se refere à quantidade de séries do curso em que atuaram simultaneamente no período em que o questionário foi aplicado, verificou-se que 35,5% atuavam em uma série apenas. Quanto ao tempo de formação, predominou entre 11 e 20 anos (34,7%). Em relação à formação médica, foram contempladas as seguintes áreas: Médica/Cirúrgica (31,5%), Clínica Médica (30,6%), Clínica Cirúrgica (16,1%), Ginecologia/Obstetrícia (5,6%), Pediatria (4,8%), Saúde Mental (4,8%), Clínica Urgência e Emergência (4%) e Saúde da Família/Saúde (2,4%).

Ao se comparar as opiniões de estudantes e professores, a análise estatística mostrou associação positiva para as variáveis 1, 3 e 4. Observa-se predomínio de estudantes que concordam/concordam totalmente para as três variáveis citadas ao serem comparados aos professores.

Tabela 1 – Formação médica brasileira e as legislações para o fortalecimento do SUS na visão de professores e estudantes de Medicina de uma faculdade pública do interior do estado de São Paulo, Marília 2015-2016

Variáveis	Estudantes	Professores	P
	N (%)	N (%)	
Alterações na graduação para atuação no SUS			0,03*
Concordo/Concordo totalmente	224 (92,2)	103 (83,1)	
Indiferente	6 (2,5)	6 (4,8)	
Discordo totalmente/Discordo	13 (5,3)	15 (12,1)	
Lei 12.871 - carga horária do internato médico			0,71
Concordo/Concordo totalmente	153 (63,0)	81 (65,3)	
Indiferente	22 (9,0)	13 (10,5)	
Discordo totalmente/Discordo	68 (28,0)	30 (24,2)	

Variáveis			(Conclusão)
	Estudantes N (%)	Professores N (%)	P
Lei 12.871 - Programas de Residência Médica			0,01*
Concordo/Concordo totalmente	66 (27,2)	26 (21,0)	
Indiferente	27 (11,1)	4 (3,2)	
Discordo totalmente/Discordo	150 (61,7)	94 (75,8)	
Lei 12.871 – Programa Mais Médicos			0,001*
Concordo/Concordo totalmente	115 (47,3)	18 (14,5)	
Indiferente	21 (8,6)	4 (3,2)	
Discordo totalmente/Discordo	107 (44,0)	102 (82,3)	

* $p \leq 0,05$ - teste do Qui-quadrado

Fonte: elaborada pelos autores

A tabela 1 demonstra o que os estudantes de Medicina e os professores pensavam sobre a afirmação: a educação médica brasileira atual precisa de alterações para que um estudante ao se formar possa atuar adequadamente no SUS.

É possível verificar que a maioria dos estudantes e docentes apoiam o fato de que a educação médica brasileira atual precisa de alterações para que o médico recém-formado possa atuar de forma adequada no sistema público de saúde. Sob o mesmo ponto de vista, é imprescindível destacar que importantes autores brasileiros discutem há aproximadamente 30 anos propostas para mudanças na graduação na saúde no país, particularmente possuem o intuito de tornar a educação na saúde próxima às necessidades de saúde da população.⁸⁻¹¹

A seguir é apresentado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) da maioria dos entrevistados sobre o tema em questão:

“Na teoria a gente prepara os estudantes para atuar no SUS. O que o Ministério da Educação (MEC) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) propõem para o currículo já são suficientes para uma formação adequada. Entretanto, a medicina mantém bases muito ultrapassadas e há defasagens na maioria das matérias.” (P=13, E=9)

Este DSC remete à representação social de uma dicotomia entre teoria e prática. Analogamente, há o conhecimento consagrado de que a formação do profissional de saúde no Brasil é fragmentada, tecnicista e centrada na doença, ou seja, é uma formação que não almeja as reais necessidades da população brasileira e é uma barreira para a consolidação do SUS.¹²

Uma vez que os estudantes não estão preparados para atuar nos níveis de atenção do SUS, eles precisam ser inseridos no cenário para poder conhecê-lo, com isso haverá uma construção duplamente transformadora, pois ao mesmo tempo em que o estudante produz os atos de cuidado, alterando a realidade, constrói a si mesmo como sujeito.¹³ Além disso, a fim de adequar os profissionais da saúde é imprescindível ver a saúde como um produto social e não como a ausência de doenças.¹⁴

Em relação à afirmativa “com a Lei 12.871, a partir de 2018, ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Primária e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS”, ela é considerada favorável pela maioria dos participantes. Sobre essa questão, o DSC dos entrevistados retrata:

“A nova lei se trata de um estímulo à Atenção Primária e passar pela Urgência e Emergência durante o internato é fundamental. Os estudantes precisam estar presentes nesses ambientes para serem melhores profissionais” (P=9, E=66).

A opinião da maioria dos entrevistados expressa a representação social da construção do conhecimento a partir da prática, a qual se assemelha ao encontrado na literatura. Essa reforma educacional deve ter alguns pontos importantes, entre eles: a institucionalização de profissionalismo mais condizente com a atualidade que desenvolve os valores; a transformação de centros acadêmicos isolados em sistemas acadêmicos que operam em Rede de Atenção à Saúde ligando a Atenção Primária à Saúde (APS), os centros ambulatoriais especializados e os hospitais.¹⁵ De forma semelhante, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o ensino de Medicina sugerem que o desenvolvimento curricular seja voltado para as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações e a capacitação para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases da graduação.^{16, 17}

Em relação à afirmativa “de acordo com a Lei 12.871, a partir de 2018, excetuando-se 9 (nove) Programas de Residência Médica de acesso direto, será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para acessar os demais Programas de Residência Médica, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)”, a maioria dos estudantes e professores discordam dessa mudança. Sobre a mesma questão, os entrevistados trazem no DSC:

“Não concordo totalmente, pois a Atenção Primária brasileira não está estruturada para receber os médicos recém-formados a ponto de aprimorá-los. A opinião sobre como essa lei será aplicada é muito divergente entre as pessoas. Não há planejamento adequado para que ela possua sucesso”. (P=13, E=64).

Este DSC está sustentado na representação social de um serviço de saúde não adequado enquanto cenário de aprendizagem.

Tal fato pode ser explicado, principalmente, pela falta de estrutura no local. Pesquisa realizada em 2014 identifica a falta de adesão dos médicos na APS e acredita que a melhoria do cenário, abertura de

concursos para a contratação desses profissionais e a manutenção de pisos salariais, bem como de gratificações, são quesitos essenciais que auxiliariam a fixação do médico no local.¹⁸

A opinião dos estudantes em relação à afirmação “a Lei nº 12.871 de 2013 instituiu o Programa Mais Médicos que possui entre os seus objetivos formar recursos humanos na área médica para o SUS, diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS e fortalecer a prestação de serviços de Atenção Primária em saúde no país” mostra proximidade entre concordância e discordância. Quanto aos professores, predominaram as alternativas discordo ou discordo totalmente. Sobre a mesma afirmação, o DSC dos entrevistados que concordam com a medida traz:

“Concordo. O programa possui caráter emergencial e é necessário para o cenário atual da saúde brasileira”. (P=4, E=55).

Esse DSC expressa uma representação social de resolução rápida de problemas.

Em contraposição a tal discurso, foi obtido o DSC dos entrevistados que não concordam com a nova medida:

“Não concordo. Apenas ter médicos não supre as necessidades por saúde da população. Precisamos de infraestrutura, materiais básicos como remédios, macas e gases”. (P=17, E=42).

Já esse DSC traz, enquanto representação social, uma visão mais completa das necessidades de saúde dos usuários.

De forma análoga aos entrevistados que são contra o Programa Mais Médicos, evidência da literatura demonstra que o programa federal apresenta falha ao proporcionar uma solução simplista, de efeito duradouro e duvidoso.¹⁹ Além disso, estudos recentes revelam que o principal motivo da falta de um bom atendimento na APS não é a falta de médicos, mas sim o insuficiente financiamento da APS, a inadequada infraestrutura das UBS, a baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e a atenção à saúde, necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, pouca resolubilidade e cuidado longitudinal, inadequadas condições e relações de trabalho e o contexto de baixo investimento nos trabalhadores.^{20,21}

Em contraposição, com opinião semelhante à dos entrevistados que são a favor do programa, uma pesquisa revela que a partir da injusta falta de assistência médica e a dificuldade dos gestores em contratar profissionais médicos, é muito positiva a atuação de profissionais médicos estrangeiros ao país.²²

Em questionamento realizado para os professores sobre a afirmativa “durante o trabalho com os alunos há direcionamento para que eles atuem adequadamente na Atenção Primária”, verificou-se que a maioria concordou ou concordou totalmente com tal afirmativa. O DSC sobre a mesma questão revelou:

“Direciono os alunos para que atuem na Atenção Primária. Durante as atividades, enfatizo as principais patologias e as reais necessidades dos pacientes atreladas às suas condições socioeconômicas” (P =17).

Estudo publicado em 2015 vai ao encontro do discurso dos professores, pois residentes de Medicina de Família e Comunidade revelaram que a sua formação baseou-se nas ações primárias de saúde.²³

Com opinião divergente, estudiosos acreditam que, de maneira errônea, no Brasil, dá-se ênfase a objetivos educacionais, a partir de domínio cognitivo e, se necessário, àqueles de ordem psicomotora, mas pouco se faz em relação aos aspectos afetivos.²⁴ Tais autores alegam que a formação de um profissional de saúde não se esgota no mero aprendizado de competências e habilidades de ordem técnica ocorrido nas universidades atualmente, mas inclui também o manejo de situações de ordem intersubjetiva, em que assume importância de todo um conjunto de valores éticos e morais e trazem também, como fator intensificador desse quadro, a inexistência de estímulos à reflexão crítica dos docentes, dos profissionais das redes de serviço e dos estudantes inseridos nos diversos cenários de aprendizagem.²⁴

Em questionamento realizado apenas para os estudantes de Medicina com a intenção de verificar a opinião destes sobre a afirmativa “durante a graduação tive atividades práticas na Atenção Primária do SUS”, verificou-se que a quase totalidade deles concordou ou concordou totalmente com tal afirmativa. Sobre a mesma questão, o DSC mostra:

“No 1º e 2º ano da graduação temos atividades práticas na Atenção Primária. Mesmo com seus defeitos, há estruturação das tarefas, trata-se de um ótimo lugar para iniciarmos atividades práticas”. (E=42)

Tal opinião está sustentada no fato de que na faculdade em que o estudo foi realizado a grade curricular do Curso de Medicina, nos dois primeiros anos, conta com a Unidade de Prática Profissional (UPP), cujo propósito é promover o desenvolvimento de recursos cognitivos, afetivos e psicomotores que possam ser mobilizados e integrados para a promoção de ações em saúde que visam à identificação de necessidades de saúde do indivíduo, da família e do coletivo, e a definição e elaboração de um plano de cuidado, sendo realizada na Unidade de Saúde da Família (USF). Com estas práticas, alternam-se momentos de discussão com o grupo. A partir da leitura e esclarecimento, problematizam-se as situações. Definidas as lacunas de conhecimento, elaboram-se as questões de estudo. Em seguida, os estudantes buscam teorização para responderem às questões formuladas, em grupo, é realizada a socialização das informações encontradas, elaborando-se uma nova síntese.²⁵

Muitas universidades, em especial as privadas, contam eventualmente com a inserção dos alunos na APS. Entretanto, de forma semelhante à que ocorre nesta faculdade, outras instituições tanto públicas

quanto privadas, promovem o contato dos seus alunos com o SUS nesse cenário de ensino aprendizagem.^{26,27} O encontro entre instituições de ensino e a rede de saúde é uma grande oportunidade para os estudantes perceberem um modelo assistencial distinto do curativo, individual e tão tradicionalmente enraizado no ensino em ambiente hospitalar.²⁸

Em outro questionamento realizado apenas com os estudantes com a intenção de verificar a opinião destes sobre a afirmativa “posso o interesse de trabalhar na Atenção Primária do SUS futuramente”, a maior porcentagem (41,6%) discordou ou discordou totalmente da afirmativa apresentada. Apresentando um ponto de vista oposto, 84 estudantes (34,5%) optaram pela alternativa concordo ou concordo totalmente. Sobre a mesma questão, o DSC apontou:

“Não possuo o interesse em trabalhar na Atenção Primária do SUS futuramente. Exerceria a função por um ano se eu não passar na prova de residência. Acredito que há uma diferença muito grande entre o que a Atenção Primária é na teoria e o que ela é na prática”. (E=52).

A resposta da maioria dos estudantes pode estar relacionada com o fato de que a medicina de alta tecnologia, inerente a alguns procedimentos de maior complexidade, não é o campo da APS. Assim, sua ação cotidiana, mesmo que agregue mais saúde à população, não é atrativa aos profissionais de saúde e nem valorizada por eles. A ideologia da medicina científica seduz a população que vê a APS como medicina de baixa qualidade e busca avidamente os cuidados dos especialistas. Frequentemente, a população refere-se à APS, no Brasil, de uma forma ambígua em que se entrelaçam simpatia e preconceito, como o "postinho de saúde". Tais fatores econômicos e ideológicos possuem resultados no plano político. Isso se verifica no instante em que gestores preferem, no planejamento a curto prazo, investir em hospitais, de maior visibilidade política, o que fragiliza a APS.²⁹ Em suma, o quadro da saúde e da APS é muito claro para todos e a falta de profissionais, de estrutura e de materiais é bem documentada, entretanto, os gestores das finanças brasileiras permanecem sem a intenção de buscar alternativas que efetivamente provoquem mudanças e que sejam sustentadas por evidências científicas.³⁰

CONCLUSÃO

Alterações na educação médica brasileira são defendidas pela maioria dos participantes da pesquisa, o que reforça a ideia presente na literatura de que os médicos formados não estão aptos a atender de forma satisfatória a população brasileira.

Em relação às novas leis citadas no estudo que propõem a integração da educação médica e do SUS, foi possível identificar que muitos participantes apenas conheciam o Programa Mais Médicos. Estudantes e professores desconheciam as medidas que promovem a partir de 2018 alterações no internato e na residência médica. Portanto, torna-se claro que a classe médica necessita de mais

informações sobre as novas leis que promovem alterações na formação médica. Além disso, é preciso reforçar o propósito e o funcionamento da Atenção Primária do SUS para toda a população e ressaltar a importância da residência em Medicina de Família e Comunidade.

O sentido de formação proposto pelos entrevistados não precisa estar presente apenas para a APS, podendo ocorrer em outros serviços do sistema de saúde, resultando em outra forma de ensino e serviço. Entretanto, é fato que o exercício da prática médica na APS implica, potencialmente, o encontro com ambientes de grandes dificuldades sociais e com a vida cotidiana que se opõe a panoramas idealizados que muitos estudantes constituem para si e para o exercício de sua profissão.

Em suma, a alteração na educação médica brasileira se propõe a um salto qualitativo, no qual a formação passa a ser gerenciada coletivamente e orientada pelas reais necessidades de saúde do país. Entre as formas de desenvolver conteúdos e práticas essenciais à formação há a articulação efetiva entre instituição de ensino e rede de saúde. Ademais, é imprescindível que investimentos na infraestrutura do SUS sejam realizados, pois são essenciais para a melhoria do atendimento aos usuários e para aprimorar a educação médica.

* Este artigo é resultado de pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

REFERÊNCIAS

1. Magalhães TN, Belmonte TSA, Luna CA. A medicina de família na educação médica: um núcleo de ensino na atenção terciária para a aprendizagem em atenção primária. *Cad Bras Med [Internet]*. 2014 [acesso em 2017 maio 12]; 27(3): 7-16. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cadernosbrasileirosdemedicina/article/view/4421>
2. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro 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, Brasília, DF, 23 de outubro de 2013. Seção 1.* [acesso em 2017 abr. 26]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm
3. Jatene A. Ensino médico no Brasil. *Rev USP [Internet]*. 2014 [acesso em 2017 mai. 12]; (100): 77-86. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/76170/79914>
4. Moscovici S, Cabral TA. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1978.
5. Jodelet D.. *Representações sociais: Um domínio em expansão*. In D. Jodelet (Ed.). *As representações sociais* (pp. 17- 44). Rio de Janeiro, RJ: EdUERJ, 2001.
6. Lefèvre F. *Discurso do sujeito coletivo: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo*. São Paulo, SP: Andreoli, 2017.
7. QualiQuantSoft: software de apoio a pesquisas quali quantitativas, com base na teoria DSC – discurso do sujeito coletivo (Lefevre F, Lefevre AMC) [Internet]. São Paulo: Sales & Paschoal Informática (SPi);

- [data desconhecida]. [acesso em 2017 jan. 12]. Disponível em: <http://www.spi-net.com.br/html/software.html>
8. Magaldi C. Compromisso social da escola médica. *Interface Comum Educ Saúde*. 2011 mar; 15(36): 327-31.
 9. Ferreira JR. Análisis prospectivo de la educación médica. *Educ Med Salud*. 1986; 20(1): 26-42.
 10. Kisil M, Chaves M. Programa UNI: uma nova iniciativa de educação dos profissionais de saúde. Barueri: Fundação Kellog; 1994.
 11. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004 jun.; 14(1): 41-65.
 12. Azevedo BMS, Ferigato S, Souza TP, Carvalho SR. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. *Interface Comum Saúde Educ*. 2013 jan/mar; 17(44): 187-99.
 13. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface Comum Saúde Educ*. 2007 set/dez; 11(23): 427-38.
 14. Gil CRR, Turini B, Cabrera MAS, Kohatsu M, Orquiza SMC. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. *Rev Bras Educ Med*. 2008 abr/jun; 32(2): 230-9.
 15. Schimpff SC. *The future of medicine: megatrends in health care that will improve your quality of life*. Nashville: Thomas Nelson; 2007.
 16. Ministério da Educação (Brasil). Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de junho de 2014. Seção 1*. [acesso em 2017 abr. 26]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192
 17. Campos MCG, Senger MH. O trabalho do médico recém-formado em serviços de urgência. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2013 out/dez; 11(4): 355-9.
 18. Oliveira VG, Queiroz FN, Araújo BP, Silva CMM, Silva FD. Medicina de família e comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2014 jan/mar [acesso em 2017 jan. 12]; 9(30): 85-8. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/850/601>
 19. Programa mais médico é questionado no supremo. Setembro 2013. [acesso em 2021 jul. 05]. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/noticias/100662713/programa-mais-medicos-e-questionado-no-supremo>
 20. Pinto HA, Koerner RS, Silva DCA. Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica. *Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva*. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/artigoprioridade.pdf>.
 21. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). *Atenção Básica: construindo a base da integralidade*. Revista Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro, 51: 43-57, outubro 2014.
 22. Schneider Y, Oliveira J. Políticas públicas de efetivação do direito social à saúde: Programa Mais Médicos sob uma análise da ponderação de princípios. *Constituição Econ Desenvol* [Internet]. 2017

jul/dez [acesso em 2017 jan. 12]; 7(13): 371-93. Disponível em:

<http://abdconst.com.br/ojs/index.php/ABDConts1/article/view/129/128>

23. Nóbrega-Therrien SM, Souza PMM, Pinheiro FMC, Castro VS. Formação para a Estratégia Saúde da Família na graduação em medicina. Rev Bras Educ Med. 2015 jan/mar; 39(1): 112-118.
24. Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. Rev Baiana Saúde Pública, 2007 jun; 31(supl.1):20-31.
25. Faculdade de Medicina de Marília. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina: Curso de Medicina. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2017. [acesso em 2017 abr. 20]. Disponível em: http://www.famema.br/ensino/cursos/series_medicina.php
26. Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES. Normas para regulamentação do ensino nos cursos de graduação da Unimontes [Internet]. Montes Claros: Unimontes; 2012. [acesso em 2017 jan. 12]. Disponível em: http://www.unimontes.br/images/stories/ensino/Normas_de_Graduao/Normas_Para_Regulamentacao_do_Ensino_-_atualizada_Fevereiro_2012.pdf
27. Universidade de Campinas - UNICAMP. Diretoria Acadêmica. Regimento geral [Internet]. Campinas: Unicamp; c2017. Capítulo II, Seção VI, Da carga horária das disciplinas. [acesso em 2017 jan. 12]. Disponível em: <https://www.dac.unicamp.br/portal/graduacao/regimento-geral/regimento-geral-de-graduacao>
28. Pinto LLS, Formigli VLA, Rêgo RCF. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos em medicina social. Rev Baiana Saúde Pública. 2007 jan./jun.; 31(1): 115-33.
29. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
30. Nuño Solinís R. Exploración conceptual de la atención integrada. In: Bengoa R, Nuño Solinís R. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España; 2008. p. 31-57.