

José Antonio Chehuen Neto 

Mauro Toledo Sirimarco*


Társsius Capelo Cândido**

Cinthia Magalhães Ulhoa***

Bruno Peruzza Reis****

Vinicius Magaton Lima****

RESUMO



As últimas décadas foram marcadas pela preocupação com a superespecialização da medicina, culminando com a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais. Estas orientam as instituições de ensino superior a transformarem o processo de ensino, objetivando a graduação do médico como generalista. Assim, é importante avaliar a percepção dos estudantes e profissionais médicos sob a formação médica atual. Foi realizado um estudo transversal através de dois questionários direcionados a acadêmicos e médicos. Observou-se que: 93,1% (n=95) dos médicos, 85,6% (n=184) dos acadêmicos concordam com formação generalista; 96,8% (n=210) dos acadêmicos pretendem se especializar e 75,5% (n=77) dos médicos já eram especialistas; o principal motivo para se especializar foi a realização profissional segundo 70,5% (n=146) dos acadêmicos e 87,1% (n=61) dos médicos; 63% (n=131) dos acadêmicos e 40,6% (n=41)  médicos se mostraram favoráveis a atuação temporária como generalista. Ao investigar a valorização profissional atribuída ao generalista, comparada ao especialista, a maioria dos entrevistados acredita que o primeiro é mais mal remunerado, tem menor prestígio social e oportunidade de trabalho. Apesar de concordarem com a formação generalista, a maioria dos entrevistados anseia pela especialização. Além disso, é importante avaliar algumas modificações na graduação, tais como maior envolvimento com a comunidade e enfoque na relevância do generalista para o sistema de saúde. Diante do exposto sugere-se a adoção de iniciativas de valorização ao médico generalista, como a criação de plano de carreira com melhor remuneração e estímulos científicos, que poderiam instigar os estudantes a exercerem este ramo da medicina.

Palavras-chave: Educação Médica. Currículo. Especialização. Papel do Médico. Medicina de Família e Comunidade.

1 INTRODUÇÃO

A prática médica, desde sua origem, se caracterizava por uma avaliação geral do paciente; contudo apresentava baixa resolutividade e pouco prestígio social (FERREIRA, 2006). No início do século XX essa realidade se modificou, advinda das teorias de Abraham Flexner, que enfatizavam o conhecimento extraído da pesquisa experimental de base individual. A partir desse momento, iniciou a superespecialização médica juntamente com a busca por avanço tecnológico, com consequente aumento da efetividade e do status profissional (RONZANI; RIBEIRO, 2003). Ainda hoje essa lógica permanece por meio da prática profissional individualista e baseada

no modelo hospitalar, de elevado custo, atendimento curativo e descontextualizado (RONCOLETTA, 2010).

Em 1978, com a Conferência de Alma-Ata, promovida  Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela  NICEF, foi estabelecido o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), na tentativa de aumentar a acessibilidade à saúde e frear o processo de superespecialização (FERREIRA, 2006). O Brasil norteou a reforma dos sistemas de saúde baseado nesse modelo. Surgem, assim, ações como o Programa de Saúde da Família (PSF), que se pauta nos princípios da APS, integralizando os níveis de atenção à saúde e fortalecendo o Sistema Único de Saúde (SUS) (RONZANI, 2007). Esse fato evocou a discussão

* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia – Juiz de Fora, MG.

** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Bolsista do Programa de Bolsa de Iniciação Científica (BIC), XXV BIC/UFJF-2012/2013 – Juiz de Fora, MG.

*** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Bolsista do Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica (PROVOQUE), XXV BIC/UFJF-2012/2013 – Juiz de Fora, MG.

**** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina – Juiz de Fora, MG.

sobre a relevância da formação de recursos humanos como forma de complementar essa idealização, algo que influenciou diretamente a graduação médica.

Em 2001, foram homologadas as Diretrizes Curriculares Nacionais que orientam as instituições de ensino superior a transformarem o processo de ensino-aprendizagem-avaliação, devendo contemplar os princípios adotados pelo SUS (AGUIAR; RIBEIRO, 2010). Assim objetiva-se a formação generalista dos profissionais egressos, atentando para uma visão mais humanista do exercer da medicina (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). A partir de então, inicia-se a adaptação do currículo médico acadêmico, tentando torná-lo mais apropriado a verdadeira realidade da saúde das pessoas, contribuindo para o conhecimento do aluno frente ao trabalho desenvolvido pelo médico generalista, além de romper o aprendizado focado nos hospitais e transferi-lo ao atendimento em unidades básicas de saúde. (RONCOLETTA, 2010).

Na formação generalista, em concordância com as novas diretrizes, o médico precisa praticar a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas, aplicar adequadamente recursos semiológicos e tratamentos contemporâneos, hierarquizados para atenção integral, ampla e em todos os níveis de atenção a saúde. Necessita ainda, estar apto à realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Dentro dessas propostas, percebem-se os generalistas como profissionais que contemplam ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, considerando o indivíduo como um ser biopsicossocial, personalizando a relação médico-paciente. Devem fazer a utilização racional das tecnologias, levando em consideração o custo-benefício e ter a capacidade de liderança e interdisciplinaridade (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

O médico especialista, por sua vez, possui um entendimento aprofundado sobre um conhecimento médico fragmentado segundo a área do corpo ou em relação ao tratamento de doenças específicas. São qualificados para realizar diagnósticos e procedimentos terapêuticos que não estão no repertório do generalista, com considerável acesso tecnológico (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

A especialização começou a ser observada como uma imposição para inserção no mercado de trabalho, como forma de gerar uma maior qualificação do serviço que promova melhores vínculos

empregatícios e melhor remuneração (SOBRINHO; NASCIMENTO; CARVALHO, 2005). Assim o título de especialista pode garantir mais segurança e possibilidade de sucesso na prática liberal da profissão (MACEDO; BATISTA, 2011).

Dessa forma, a medicina adquiriu um caráter de transação comercial com o passar dos anos e da valorização da **super-especialização**. Sendo assim, as atividades de saúde coletiva não são tão sedutoras para o profissional, já que não trazem o status social e científico (RONZANI; RIBEIRO, 2003). Além disso, a maioria dos profissionais de saúde e acadêmicos em medicina se identifica mais com práticas especializadas (RONZANI, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde, o PSF enfrenta uma dificuldade de fixação dos recursos humanos e a alta rotatividade dos profissionais. Uma das justificativas plausíveis situa-se no conflito de expectativas e realidades que envolvem tanto os médicos quanto os empregadores. Em relação aos médicos nota-se desalinhamento entre perspectivas profissionais e a condição existente, que não engloba um plano de carreira adequado. Já no que diz respeito ao empregador há um desencontro entre as características esperadas do profissional, baseadas nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais, e a realidade em que se percebe insuficiência em quantidade e efetividade (GUGLIELMI, 2006).

Diante do exposto pode-se perceber que há, aparentemente, uma dicotomia entre dois grupos: o primeiro, constituído pelo perfil profissional desejado pela reforma do ensino médico; e o segundo, que contempla as regras de mercado de trabalho e a percepção pela qual o médico generalista é visto pela sociedade. A contradição existente entre esses grupos pode ser observada na própria graduação médica. Na maioria das faculdades de medicina o curso está tradicionalmente estruturado em departamentos com divisão dos currículos em ciclos básico e profissionalizante, fragmentando a abordagem pedagógica em disciplinas separadas e com pouca interação, retratando caracteristicamente a forma como as especialidades prestam assistência à saúde (LAMPERT, 2005).

A maioria dos acadêmicos se sente insegura quanto a proposta de uma formação generalista (NETO; CHEUEN 2004). Parcela significativa de docentes, por sua vez, demonstrou não concordar com a implantação da reforma curricular, apesar de apoiá-la (NETO; CHEUEN 2004). A explicação para os sentimentos de estudantes e professores são provenientes do estereótipo veiculado pelos meios de comunicação da imagem do médico. Esse cenário pode refletir na constituição da identidade profissional

entre os acadêmicos da graduação, que acabam por absorver crenças e atitudes a partir de sistemas de referência, em que se tem como exemplos principais os professores e a própria faculdade, responsáveis pelo processo de ensino (RONZANI; RIBEIRO, 2003).

Outro aspecto relevante é o número de profissionais especialistas e generalistas existentes. No Brasil, há escassez de dados sobre formação médica especializada no que se refere a disponibilidade de especialistas, seja para todo o país ou em macro e microrregiões. Exceção a esse quadro é o Estado de São Paulo, que através de um Programa Estadual de Residência Médica permite traçar um perfil da formação especializada. De acordo com o Cremesp, que levou em consideração a existência de 53 especialidades médicas reconhecidas, de um total de 92.580 profissionais registrados no Conselho, 53.899 profissionais (53%) apresentavam título de especialista enquanto que 47% não apresentavam (SAMPAIO; MAZZA, 2008). Trata-se de apenas um Estado brasileiro, que compreende cerca de 20 % da população do país, que pode indicar a tendência atual (IBGE, 2010).

De acordo com o apresentado, a construção da formação médica e acadêmica acaba por depender de uma miscelânea de fatores, como: o modo como os acadêmicos percebem os grupos profissionais e como os próprios profissionais de saúde pensam a cerca do seu trabalho. Dessa forma, torna-se necessário avaliar o conhecimento desses envolvidos a cerca formação generalista instituída. Esse fato pode evocar a necessidade de realizar ajustes, tanto no ensino como nos campos de atuação, a fim de abarcar a demanda da população e assim possibilitar o progresso da ciência médica.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Realizado um estudo observacional transversal, em que fator e desfecho são medidos concomitantemente e que estima a prevalência da variável de desfecho (no caso, conhecimento acerca da temática “Formação médica generalista: percepção do profissional e do estudante”).

Trata-se de uma pesquisa de natureza original, de objetivo exploratório, procedimento de campo e de abordagem quantitativa. O instrumento de coleta dos dados foram dois questionários. Cada questionário foi direcionado a um grupo da amostra: acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e médicos atuantes em Juiz de Fora. Foram compostos por perguntas de múltipla escolha, direcionadas à avaliação do conhecimento dos sujeitos sobre o tema da pesquisa. Foram elaborados para

compreensão de cada grupo pertencente da amostra e dessa forma a quantidade de perguntas direcionadas aos acadêmicos e médicos foi respectivamente dez e treze.

Os participantes foram abordados de forma padronizada por pesquisador treinado, com prévia concordância e com o preenchimento individual e voluntário do questionário, assinando o TCLE. Eram três os estudantes de medicina responsáveis pela coleta de dados, participantes da Disciplina de Metodologia Científica na Saúde. O treinamento para a referida coleta se deu através da realização de um estudo piloto com 16 indivíduos, a fim de testar o instrumento, identificar problemas na compreensão das perguntas, fazer alterações no questionário e contribuir para a organização do trabalho de campo.

A amostra foi composta por dois grupos amostrais distintos: o primeiro formado por acadêmicos do curso de medicina da UFJF, o segundo por médicos.

A pesquisa abrangeu 7 acadêmicos que cursavam o 5º, 7º e 9º período de medicina na UFJF e 102 médicos de Juiz de Fora em seus consultórios. Os participantes de cada grupo foram convidados a responder ao questionário de forma voluntária, sem trazer nenhum custo ou prejuízo.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: em relação aos acadêmicos, deveriam ser estudantes de medicina do 5º, 7º ou 9º períodos; em relação ao médico esse deveria ser um profissional graduado e atuante em Juiz de Fora. Todos os entrevistados deveriam responder de imediato o questionário. A exclusão foi representada por questionários respondidos incompletamente ou TCLE não devolvido.

Utilizado o programa EPI INFO 3.5.1 ® para a montagem do banco de dados e para a análise estatística, levantando-se possíveis justificativas para os dados colhidos. A análise dos resultados obtidos respeitou as seguintes normas: Índice de Confiança de 95% e p-valor menor do que 0.05. Utilizamos ainda o teste qui-quadrado sem correção como medida de significância estatística.

A participação na pesquisa implicou risco mínimo aos participantes, ou seja, não houve interferência do pesquisador em nenhum aspecto do bem-estar físico, psicológico e social bem como da intimidade, conforme os parâmetros contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer 279/2011.

3 RESULTADOS

A amostra foi constituída de 319 participantes, distribuídos em dois grupos: acadêmicos da

graduação de medicina 68,03% (n=217) e médicos 31,97% (n=102). A caracterização da amostra pode ser observada na Tabela 1.

TABELA 1

Caracterização da amostra quanto ao sexo e idade

Característica	Grupo Acadêmicos	Grupo Médicos
Sexo		
Masculino	47,00% (n=95)	57,6% (n=57)
Feminino	53,00% (n=107)	42,4% (n=42)
Idade		
18 a 21	22,44% (n=48)	
22 a 25	65,88% (n=141)	8,5% (n=5)
26 a 28	10,29% (n=22)	24,2% (n=23)
29 a 35	1,40% (n=3)	27,5% (n=26)
36 a 45	12,8% (n=12)	
46 a 55	21,3% (n=20)	
Acima de 55	6,6% (n=6)	

Fonte – Os autores (2011).

Ao questionar os entrevistados sobre a concordância da graduação em medicina formar médicos generalistas observou-se que dentre os médicos 93,1% (n=95) estão de acordo e 6,9% (n=7) não concordam; já no grupo dos acadêmicos 85,6% (n=184) relatam estarem do formado para atuarem como generalista, e 14,4% (n=31) acreditam que sua formação está direcionando-o para se tornar um médico especialista.

No que diz respeito a participação do estudante junto à comunidade os acadêmicos relataram que esse envolvimento ocorre: frequentemente 22,1% (n=48), eventualmente 60,8% (n=132) e raramente 17,1% (n=37). A maioria dos médicos, por sua vez, indicou que durante a graduação estava vinculada a comunidade frequentemente 37,3% (n=38), eventualmente 45,1% (n=46) e raramente 17,6% (n=18).

Ao serem abordados sobre a forma como atuam ao atender um paciente, 35,5% (n=77) dos acadêmicos afirmou priorizar o diagnóstico e tratamento da queixa principal, já 64,5% (n=140) adotam uma abordagem biopsicossocial levando em consideração outros aspectos. Para os médicos, a prioridade em focar a queixa principal e as relações diretas com o caso foi relatada por 35,4% (n=35), enquanto que 64,6% (n=64) priorizam uma abordagem que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

A maioria dos acadêmicos, 76,5% (n=166) orientaria um familiar a procurar o médico generalista antes de um especialista; por outro lado, 23,5%

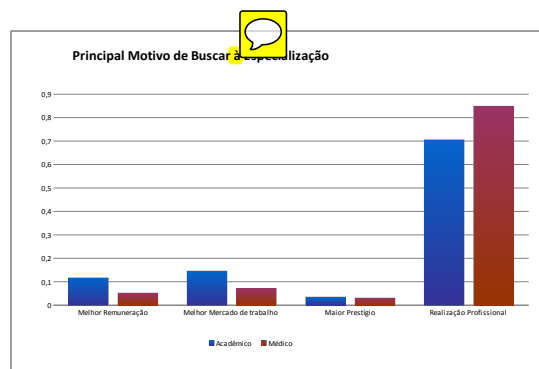
(n=51) afirmam não adotar tal conduta. Caso a queixa fosse inespecífica e fora de sua especialidade, 38,1% (n=37) dos médicos entrevistados encaminhariam o paciente a um generalista, em contrapartida 60,1% (n=60) encaminhariam a um especialista.

Após se formarem como generalistas, 63% (n=136) dos acadêmicos acreditam que serão capazes de solucionar a maioria dos problemas de saúde da população; por outro lado, 37% (n=80) julgam que não estarão habilitados. Por sua vez, a maioria dos médicos entrevistados, 74,5% (n=76), concorda que o generalista é capaz de solucionar a maioria dos problemas de saúde e 25,5% (n=26) discordam. Dentre os entrevistados dos grupos que indicaram o generalista como incapaz de resolver a maioria dos problemas de saúde, foi possível observar como motivo principal a falta de conhecimento e habilidades técnicas, sendo indicado por 67,6 % (n=50) acadêmicos e 76% (n=19) médicos.

Em relação à intenção em se especializar, 96,8% (n=210) dos acadêmicos desejam prosseguir com uma especialização, enquanto 3,2% (n=7) pretendem se tornar médicos generalistas. Na amostra dos médicos, 75,5% (n=77) dos entrevistados já haviam se especializado e 24,5% (n=25) pretendiam se especializar.

Dentre os estudantes, 70,5% (n=146) farão especialização tendo como motivo a realização profissional. Assim também foi para a maioria dos médicos, que em 87,1% (n=61) dos casos apontaram a realização profissional como principal motivo para se especializarem (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Principal motivo de buscar especialização



Fonte – Os autores (2012)

Quanto à pretensão de atuar como generalista por um tempo até buscar a especialização, 63% (n=131) dos acadêmicos relataram esse intuito e 37% (n=77) negaram essa intenção. Na amostra de médicos, 40,6% (n=41) atuaram como generalista apenas em uma fase intermediária entre a graduação e a pós-graduação.

Ainda, 28,7% (n=29) não atuaram como generalista indo direto para a especialização.

Quanto à solicitação de exames complementares, 72,9% (n=153) dos acadêmicos percebem que, como médicos generalistas, iriam solicitar menos exames complementares do que o especialista, e 27,1 (n=57) discordam. Dentre os médicos entrevistados, 54% (n=54) apontam os generalistas como solicitantes de mais exames em relação ao especialista e 25,7% (n=26) não concordam com tal aspecto.

No que diz respeito à remuneração, 73,6% (n=153) dos acadêmicos acreditam que ganharão menos trabalhando como médicos generalistas, em oposição a 26,4% (n=55) que discordam dessa possível situação. Segundo 74,3% (n=75) dos médicos entrevistados os médicos generalistas recebem menos por seu trabalho, enquanto 25,7% (n=26) negam essa perspectiva.

Considerando o atual mercado de trabalho, 74,6% (n=176) dos acadêmicos acreditam que ao se formar médicos generalistas não terão as mesmas chances que um especialista; e 25,4% (n=53) julgam que possuirão as mesmas oportunidades se comparados com o especialista. Com base em suas respectivas vivências profissionais, 79,2% (n=80) dos médicos apontam que o mercado de trabalho é distinto quando se compara generalistas e especialistas, ao passo que 20,8% (n=21) assinalam que ambos os grupos de médicos têm as mesmas chances de trabalho.

Dentre os acadêmicos entrevistados nota-se que 89,3% (n=184) acreditam que ao se formar generalistas terão um menor prestígio social quando comparado ao especialista (entre os médicos 95,9% (n=93)), contrapondo com os 10,7% (n=22) restantes que se opõem a esse pensamento.

Não foi observada diferença estatisticamente significativa na comparação das amostras (p-valor obtido foi superior a 0,05), o desfecho (concordância com a formação generalista em ambos os grupos) e as variáveis de exposição: participação do estudante junto à comunidade; atuação durante atendimento médico; orientação para buscar atendimento com o generalista; resolutividade do generalista; intenção em se especializar; solicitação de exames complementares; remuneração; mercado de trabalho e prestígio social. Desta forma, é semelhante a percepção dos dois grupos amostrais quanto ao desfecho.

4 DISCUSSÃO

Instituições como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e entidades como a Associação Brasileira de Escolas de Medicina (ABEM), mostram-se preocupadas com a evolução da superespecialização da medicina. Por isso, as últimas décadas foram

marcadas pela discussão sobre a educação médica e pelo surgimento de um modelo de ensino baseado em problemas, integrado ao assistencialismo público, dando ênfase na atenção primária e na epidemiologia da população (FERREIRA, 2010).

A graduação em medicina na UFJF, segundo a amostra analisada, parece estar inserida na proposta de formação generalista, pois 85,6% (n=184) dos acadêmicos de medicina julgam estar sendo formados com tais princípios. Os médicos entrevistados, de forma geral, também se mostraram favoráveis aos princípios da formação generalista, o que pode ser observado de forma semelhante na literatura (BULCÃO; SAYD, 2003).

Apesar de concordarem com a educação médica voltada à clínica geral, a grande maioria dos acadêmicos entrevistados (96,8% (n=214)) manifestou interesse em se especializar, o que denota uma incoerência em relação à proposta governamental. Algo corroborado pela literatura: Breinbauer (2009) relata que 53,2% dos estudantes desejam especializar-se, enquanto apenas 19,9% optam por seguir carreira como médico generalista, padrão este já observado nos estudantes dos primeiros anos; Oliveira (2007) e Ferreira e outros (2010) indicam que quase todos os estudantes de medicina querem ser especialistas, cerca de um quinto gostaria de trabalhar em serviços gerais de saúde como o PSF e a maioria dos recém-formados busca a residência médica visando uma especialização. Autores estrangeiros afirmam que apesar da importância da medicina de família para o sistema de saúde, existe um declínio no interesse dos acadêmicos na formação generalista durante a faculdade de medicina (MORRA; REGEHR; GLINSBURG, 2009).

A intenção de se especializar é concreta quando avaliada entre os médicos: a maioria é especialista em alguma área e aqueles que ainda não o são, pretendem ser. Essa intenção compartilhada por acadêmicos e médicos da nossa amostra pode ser justificada pelas crenças e identificações criadas na formação profissional. Estes padrões de comportamento são influenciados por aspectos individuais, pelas relações interpessoais e pelo ambiente (RONZANI, 2007).

As relações interpessoais são estabelecidas ainda no processo de educação do profissional, de acordo com o modelo pedagógico utilizado e com a relação entre os professores e alunos. Os professores possuem grande importância na manutenção de crenças por parte dos alunos, seja pela observação direta do comportamento, seja pela valorização por parte do professor de determinadas atitudes em saúde, como por exemplo, a especialização, ou também pelo modo de relacionar-se com o paciente. Além disso, a divisão das disciplinas médicas em departamentos com

ênfase nas especialidades, somada a uma possível falta de integração docente com a reforma curricular levam a uma maior identificação dos acadêmicos e recém-formados com as práticas especializadas (RONZANI, 2007). Já o ambiente pode ser compreendido como sendo o mercado de trabalho que é capaz de determinar a percepção sobre a atuação do médico e quais práticas são observadas de forma **positivas ou negativas**.

A cada ano são formados mais e mais especialistas, muitos não sendo totalmente absorvidos no mercado existente, já que os principais locais para exercício de algumas dessas práticas possuem vagas de trabalho limitadas e restritas aos centros urbanos (AMORETTI, 2005). Dessa forma alguns desses profissionais buscam uma inserção no mercado de trabalho no sistema público, seja em equipes de PSF ou em serviços de pronto atendimento, mesmo que temporariamente, como que num processo inverso **as** necessidades da política de saúde. Tal situação é capaz de reduzir a resolutividade, com a intensificação de encaminhamentos desnecessários a outros especialistas, com conseqüente aumento do tempo para o agendamento de consultas e dificultando o acesso da população a serviços de saúde (AMORETTI, 2005). A ineficácia do SUS, gerada por tal situação, aumenta a insatisfação e pressão por parte da população.

De acordo com o exposto, a compreensão da atitude de acadêmicos e médicos frente ao anseio de se especializarem se faz necessária para que tanto a reforma curricular quanto o sistema de saúde possam ser **melhores** substituídos. No presente estudo, o principal determinante para busca da especialização foi **a** especialização profissional. Em segundo lugar, temos o mercado de trabalho como mais favorável ao especialista, seguido por uma melhor remuneração e o prestígio social desse. Tais eventos podem demonstrar que os médicos e estudantes consideram que não estarão realizados como generalistas.

A figura do especialista possui melhor percepção quanto a resolutividade clínica, prestígio profissional e valorização econômica. O médico generalista possui uma imagem de mal remunerado, baixo potencial científico e profissional, com resolutividade limitada e dependente do especialista, algo que pode levar os estudantes a optarem pelas especialidades, o que pode dificultar a implementação da reforma na saúde e agravar **a** escassez de profissionais na atenção primária (DOMÁN, 2008).

Modificações no ensino médico são capazes de proporcionar ao futuro profissional a sensação de realização. Para isso é preciso, por exemplo, oferecer diferentes cenários de ensino prático, aproximando

precocemente o acadêmico da comunidade e proporcionando a ele uma melhor percepção da atuação do generalista, rompendo assim preconceitos. Além disso, os repetidos encontros com um paciente podem estimular os estudantes a adquirirem a capacidade de estabelecer um “cuidado global”, preocupando-se também com aspectos sociais e psicológicos (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001; RONCOLLETA, 2010).

Na contramão dessa idealização, observou-se que a percepção da maioria dos acadêmicos, **60,0%** (n=132) e médicos, 45,1% (n=46) **apontam** envolvimento apenas eventual com a comunidade durante a graduação, como as Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS). Evidencia-se, dessa forma, que esse objetivo específico da reforma curricular ainda não foi alcançado, pois não houve evolução entre a percepção dos médicos enquanto estudantes e os alunos atuais quanto à participação precoce em cenários comunitários diferentes.

O envolvimento incipiente dos estudantes com as organizações comunitárias e populares é algo observado na literatura (LAMPERT, 2002; OLIVEIRA, 2007). Assim o cenário de prática de várias faculdades de medicina ainda é predominantemente o hospital terciário, com um modelo de formação baseado na patologia de pacientes internados, priorizando o aprendizado nos casos menos comuns.

Nesse tipo de assistência e ensino há algumas características que podem ser consideradas deletérias para formação médica, como por exemplo, o contato pontual entre médico e paciente, sendo o atendimento construído de forma não integral. (RONCOLLETA, 2009). É possível ainda que sejam graduados profissionais desvinculados da atenção biopsicossocial e que desconhecem o sistema de saúde onde irão atuar.

Esse modelo de ensino ainda vigente pode ocasionar a formação de profissionais que se sentem incompetentes para atender as necessidades básicas da população, não se inserindo de imediato no mercado de trabalho e procurando uma pós-graduação para melhor se preparar; estimulando indiretamente a cultura da especialização. Dessa forma percebe-se que as bases teóricas com aplicação prática, expondo os estudantes ao contato com a comunidade, podem mudar a realidade do ensino. Essas constatações exemplificam o grande desafio e a dificuldade na implementação das reformas curriculares visando à formação de médicos generalistas realmente capacitados.

Em relação à capacitação é preciso ofertar condições para a aquisição de características mais humanizadas a respeito do processo saúde-doença.

Tais aspectos são almejados pela população e corroboram com o idealizado pelas novas diretrizes curriculares (MEDEIROS et al., 2010). O julgamento sobre a qualidade do atendimento quase sempre é vinculado à competência do médico em ouvir e atuar de forma cordial, respeitosa e interessada frente às queixas do paciente. Em concordância com os anseios da população 64,5% (n=140) dos acadêmicos e 64,6% (n=64) dos médicos afirmaram conduzir o atendimento por meio de uma abordagem biopsicossocial.

Outra característica na assistência médica que demonstra alinhamento com os preceitos da formação generalista é a solicitação de exames complementares. Espera-se que a utilização desses recursos seja em maior proporção pelo especialista, uma vez que atua mais frequentemente em patamares elevados de complexidade. Ao investigar esse aspecto observou-se que as amostras relataram que o médico generalista solicita menos exames complementares que o especialista. O que indica alinhamento com as propostas do SUS e das reformas curriculares favorecendo práticas mais humanas com menores atrasos diagnósticos e custos (ALMEIDA, 1999).

A resolução dos problemas de saúde também compõe a avaliação qualitativa de um atendimento. De certa forma a credibilidade e confiança na consulta com um médico e, por conseguinte um bom julgamento dela, passa pela percepção que as pessoas têm sobre o quão efetivo esse profissional é em suas ações. (HALAL et al., 1994). Dentre os médicos entrevistados, notou-se que a “falta de conhecimento suficiente para atuar” foi apontada como a primeira causa da relativa incapacidade dos generalistas, reforçando a pertinência com a responsabilização desse médico pela não resolução da maioria dos problemas de saúde. As “condições ruins do local de trabalho” foram indicadas como o segundo motivo.

A resolutividade do generalista recebeu crédito de 74,5% (n=76) dos médicos e 63% (n=136) dos acadêmicos entrevistados, indicando que após formado esse profissional é capaz de suprir as principais necessidades de saúde da população. A opinião apresentada pode demonstrar o interesse e a preocupação com a sociedade e o desejo de serem efetivos em sua profissão.

Já se afirmou que o médico generalista ganha espaço à medida que com sua capacidade de lidar com problemas multidimensionais, ajuda a organizar a assistência. Contudo ainda é muito recorrente a visão deste profissional como o “médico do posto de saúde” que, contrário à cultura da medicina ocidental, por não estar no hospital e não manejar alta tecnologia ocupa um lugar periférico sob a perspectiva da

comunidade médica (ROMANO, 2008). A atuação como generalista, em geral, é compreendida como algo temporário e por isso não haveria necessidade de capacitação, sendo a prática capaz de direcionar o ritmo da assistência. O generalista é então percebido como um profissional desvalorizado, menos capaz de resolver os problemas de saúde, em contradição com o especialista. (RIBEIRO; ROZAN, 2004).

Ainda em relação à capacidade de resolução do generalista, nota-se confiança por parte dos acadêmicos 76,5% (n= 166), ao afirmar que orientariam um familiar a se consultar primeiro com esse profissional antes de um especialista. Algo que se alinha na aplicação e na concordância dos acadêmicos com as novas Diretrizes Curriculares. Ao contrário, os médicos não recorreriam a um generalista caso não fossem capazes de solucionar o problema de um paciente. Tal aspecto pode ser resultado da grande maioria dos médicos entrevistados serem especialistas. Assim, encaminhar um paciente ao generalista, independente da queixa ser inespecífica, pode soar como um retrocesso na assistência.

A modificação do currículo se torna ainda mais relevante quando se analisa o serviço público de saúde, principal local onde os médicos recém-formados atuam. Os motivos para a participação destes novos médicos neste setor são diversos: número de vagas, desejo em atuar como generalista visando adquirir experiência inicial, ganhos financeiros ou pelo simples fato de não terem sido aprovados nos exames de seleção para residência médica (VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011). Entretanto, de maneira geral, tal participação é temporária, tornando-se uma dificuldade na gestão de saúde (CUNHA, 2009). De acordo com a literatura, a elevada rotatividade comprova que 60% dos médicos permanecem menos de dois anos neste serviço (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2008).

Esse aspecto de mão de obra itinerante pode ser percebido entre os acadêmicos entrevistados. Uma vez que a maioria 63% (n=131) apontou a atuação como generalista sendo apenas um estágio intermediário entre a graduação e a pós-graduação, não a percebendo como uma opção definitiva de trabalho. De forma semelhante, parcela significativa de médicos entrevistados 59,4% (n=60) relata que sua atuação como generalista foi uma etapa antes de se especializarem. Outra prova dessa realidade pode ser percebida pelo fato de que as equipes de saúde deixam de possuir médicos nos períodos coincidentes com os exames para a residência, justificado pelo abandono dos profissionais atuantes que buscam se preparar ou mesmo se submeter às avaliações (VASCONCELOS;

ZANIBONI, 2011). Isso talvez possa ser explicado pelo fato dos acadêmicos e médicos verem a especialização como continuidade necessária ao processo de crescimento profissional (RIBEIRO; RONZAN, 2004).

Ao pensarmos que o PSF pode ser o primeiro local procurado pela população para resolver seus problemas de saúde e na importância de vínculos com a equipe, esses dados causam apreensão. Sendo um local de trabalho temporário para os médicos, torna-se difícil uma relação duradoura e de confiança entre os polos interessados e, por consequência, de todo o tratamento de doenças crônicas que exigem um monitoramento constante. A solução pode estar na questão salarial, uma vez que, em qualquer área do mercado de trabalho, um dos aspectos que decisivamente influenciam a carreira e permanência de qualquer profissional é a remuneração (OLIVEIRA, 2010).

Ao investigar a remuneração do generalista comparativamente a do especialista percebeu-se que entre aos acadêmicos, 73,6% (n=153) acreditam que ganhariam menos trabalhando como médicos generalistas. Enquanto que 81,9% (n=59) dos médicos acreditam que os generalistas são mal remunerados. Esta situação corrobora com os motivos que levam o estudante de medicina ou o médico a buscar especialização, sendo que o retorno financeiro foi o terceiro fator determinante na busca pela especialização.

A percepção sobre as oportunidades de mercado de trabalho entre os estudantes demonstrou que a maioria acredita que ao se formarem como generalistas não terão as mesmas chances quando comparados ao especialista. Parcela significativa dos médicos também concorda com a distinção das oportunidades de mercado. Essa realidade mais uma vez reforça o valor e a continuidade da especialização, já que a percepção dos próprios profissionais é de que o mercado de trabalho é distinto. Identifica também uma dificuldade a ser ultrapassada pela universidade e pelos órgãos governamentais para a implementação plena de uma educação médica baseada na universalidade do SUS. É necessário planejar e regulamentar esses futuros profissionais para alcançar a equidade social, o que não será possível somente através da influência do mercado de trabalho (SAMPAIO; MAZZA, 2008).

Estudo publicado em 1997 já demonstrava realidade semelhante à encontrada na amostra analisada. A publicação evidenciou que 88,6% dos alunos da Escola Paulista de Medicina ao final do curso aspiravam atuar no mercado de trabalho como especialistas. Para

os acadêmicos entrevistados, a Residência Médica asseguraria um melhor treinamento, já que se sentiam inseguros e incapacitados a atuar imediatamente no mercado de trabalho ao término da graduação, além de contribuir para uma melhor forma de inserção no mercado de trabalho (STELLA et al. , 1997).

Assim como há diferenças em relação ao mercado de trabalho, também é possível observar que o prestígio varia entre as diferentes especialidades e entre a prática geral e especializada. Segundo Bulcão e Sayd (2003), a clínica médica é menos valorizada quando comparada com outras especialidades. Evidenciam também que essa diferenciação da valoração social é também percebida pelos próprios professores da faculdade médica, já que estes alegam que disciplinas gerais têm menos prestígio. Resultados semelhantes foram encontrados no presente estudo: a grande maioria dos acadêmicos de medicina entrevistados (80,3%) e dos médicos (95,7%) possui a crença que ao se formar como generalista possuirá um menor prestígio social em relação ao especialista.

Uma reflexão quanto a esses resultados é que a perda do prestígio social é ponto de conflito e desgaste entre os próprios médicos. Os médicos generalistas, muitas vezes, se sentem desvalorizados pelos próprios colegas de profissão (BULCÃO; SAYD, 2003). Talvez esse sentimento esteja relacionado com a ascensão e prestígio social atribuído às especialidades, as quais, por sua vez, são as mais procuradas pelos futuros médicos. Manca e colaboradores apontam que a falta de respeito com os generalistas pelos colegas especialistas é um dos desafios chave para a medicina de família, já que essa relação conflituosa pode contribuir para o isolamento dos profissionais e consequentemente um desentendimento do real papel de cada um no sistema de saúde. (MANCA et al. , 2008).

5 CONCLUSÃO

Médicos e acadêmicos concordam com a aplicação da reforma curricular e acham que o profissional generalista é capacitado para resolver a maioria dos problemas de saúde que acomete a população, atuando de maneira envolvida com os princípios de atendimento biopsicossocial. Em contrapartida, também identificamos que o médico generalista é percebido por acadêmicos e médicos como um profissional com remuneração, prestígio social e oportunidades de trabalho inferiores ao especialista, sendo eventuais justificativas do por quê amostras não desejarem atuar como generalista.

Notamos uma dissociação entre apoio ao programa governamental e a atitude pessoal dos entrevistados: apesar de entenderem a relevância

e a competência do médico generalista, apoiando a reforma curricular, os entrevistados apontam que a realidade social na prática é diferente, tendo esse profissional um menor reconhecimento, optando assim pela especialização. Pelos índices observados, é algo que denota a necessidade de um intenso trabalho de transformação cultural para a real efetivação do programa governamental em nosso meio. Diante desse cenário, seria também importante o esclarecimento da população quanto ao funcionamento do sistema de saúde ao qual está inserida, mostrando a importância do generalista para o bom funcionamento do SUS.

Notamos que seria válido reforçar algumas propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais, como por exemplo, maior envolvimento de docentes e discentes com a comunidade.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Pró-Reitoria de Pesquisa da UFJF (PROPESQ), pelo apoio concedido para realização dessa pesquisa, sob programa de Bolsa de Iniciação Científica (BIC) e Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica (PROVOQUE) através do programa XXV BIC/UFJF- 2012/2013.

General medical education: perception of professional and student

ABSTRACT

Recent decades have been marked by a concern with the overspecialization of medicine, culminating in the formulation of the National Curriculum Guidelines. Which guide the college transforming the teaching process, aiming undergraduate as a generalist physician. Hence, it is important to assess the training into perception of students and medical professionals about actually undergraduate. Have been provided a cross-sectional study through two questionnaires directed at academics and physicians. It was observed that: 93.1% (n = 95) of doctors a 85.6% (n = 184) of academics, agree with general education, 96.8% (n = 210) academics want to specialize and 75.5% (n = 77) of physicians were already experts, the main reason stated was to specialized professional fulfillment in accordance 70.5% (n = 146) of academics and 87.1% (n = 61) of the physicians; 63% (n = 131) of the academics 40.6% (n = 41) physicians were in favor of practitioner as generalist for brief period. When investigated the professional development attributed to generalist, compared to the expert, the majority of interviewed indicated that to be worse paid, less social prestige and job opportunity. Despite agreeing with the general education, most interviewed yearning for medical specialization. Furthermore is important to evaluate changes in undergraduate, such as greater community involvement and a focus on relevance to the general system health. Its suggests the adoption of initiatives aiming to the generalist, as career plan with better pay and scientific stimuli, that could to incite students pursue this branch of medicine.

Keywords: Education Medical; Curriculum; Specialization; Physician's Role; Family Practice

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Conceito e Avaliação de Habilidades e Competência na Educação Médica: Percepções Atuais dos Especialistas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 371-378, set. 2010.
- ALMEIDA, M. J. **Educação Médica e Saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: Ed. da UEL 1999.
- 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, maio/ago. 2005.
- IBGE. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/>>. Acesso em: 4 nov. 2012.
- BREINBAUER, H. et al. Tendencia en el estudiante de medicina a ejercer como médico general o especialista. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 137, n. 7, p. 865-872, jul. 2009.
- BULCÃO, L. G.; SAYD, J. D. As Razões da Escola Médica: Sobre Professores e seus valores. Os Valores dos Médicos e os Impasses da Escola Médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 13, p. 11-38, jun. 2003.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. (BRASIL) 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**, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 38. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/pces008_07.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **Comparação entre
sistemas de serviços de saúde da Europa e o SUS:** pontos
para reflexão da agenda da atenção básica. Belém, maio 2008.
Disponível em: <http://www.conasems.org.br > Acesso em: 10
nov. 2012.

CUNHA, E. M. **Vínculo longitudinal na atenção primária:
avaliando os modelos assistenciais do SUS.** 2009. Tese
(Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública)-Fundação
Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

FERREIRA, R. A. et al. O Estudante de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais: Perfil e Tendências.
Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 46, n.
3, p. 224-231, jul./set. 2010.

FERREIRA, J. R. A Formação do Médico Generalista -
Contextualização Histórica. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v.
2, n. 2, p. 41-45, jun. 2006.

GUGLIELMI, M. C. **A Política Pública “Saúde da Família”
e a Permanência – Fixação – do Profissional em Medicina:**
um Estudo de Campo em Pernambuco. 2006 Tese (Doutorado
em Política, Planejamento e Administração em Saúde)- Instituto
de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio
de Janeiro, 2006.

HALAL, I. S. et al. Avaliação da qualidade de assistência primária
à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Revista de
Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 131- 136, abr. 1994.

LAMPERT, J. B. **Tendências de Mudanças na Formação
Médica no Brasil.** 2002 Tese (Doutorado em Saúde Pública) -
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LAMPERT, J. B. Ato médico e a formação médica para atender
as necessidades de saúde da sociedade. **Ciência & Saúde
Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p.20-24, set./dez. 2005.

MACEDO, D. H.; BATISTA, N. A. O Mundo do Trabalho
durante a graduação médica: a visão dos recém-egressos. **Revista
Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p.
44-51, mar. 2011.

MANCA, D. et al. Respect from Specialists: Concerns of family
physicians. **Canadian Family Physician**, Willowdale, v. 10, n°.
54, p.1434–1435, Out. 2008.

MEDEIROS, F. A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica
de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de Salud
Pública**, Bogotá, v. 12, n. 3, p. 402-403, jun. 2010 .

MORRA, R.D.; REGEHR, G.; GLINSBURG, S. Medical
students, money and carrer selection: student's perception of
financial factors and remuneration in family medicine. **Family
Medicine**, Kansas City, v. 41, no. 2, p. 105-110, feb. 2009.

NETO, J.A.C. et al. Percepção dos discentes sobre novas
diretrizes no curso médico. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 7, n.
2, p. 80-90, jul./dez. 2004.

NETO, J. A. C. et al. Percepção dos docentes da Faculdade
de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora sobre a
reforma curricular. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 7, n. 1, p.
24-33, jan./jun. 2004.

OLIVEIRA, J. C. V. **Valores do dinheiro:** uma análise da
influência da percepção do dinheiro na escolha da profissão.
Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de
Administração, Universidade Federal da Santa Maria, Santa
Maria, 2010.

OLIVEIRA, N. A. **Ensino Médico no Brasil:** desafios e
prioridades, no contexto do SUS : um estudo a partir de seis
estados brasileiros. 2007 Tese (Doutorado em Ensino de
Biociências e Saúde)- Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro,
2007.

RIBEIRO, M. S.; RONZAN, T. M. Práticas e Crenças do Médico
de Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de
Janeiro, v. 28, n. 3, p.190-197, set./dez. 2004.

ROMÁN, O. Incorporación de médicos especialistas a la
atención primaria ¿una paradoja nacional? **Revista Médica do
Chile**, Santiago, v. 136, n. 8, p. 1073-1077, ago. 2008.

ROMANO, V. F. A busca de uma identidade para o médico de
família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.
1, p.13-25, set. 2008.

RONCOLLETA, A.; LEVITES, M.; MONACO, C. Impacto das
novas competências do médico de família: coordenação de cuidados
no hospital e gerenciamento de pacientes crônicos no domicílio. **O
Mundo da Saúde**, (Impresso) São Paulo, v. 33, n. 1, p. 108-113,
jan./mar. 2009.

RONCOLLETA, A. F. T. O impacto da medicina de família na
graduação médica : aprendizado centrado na continuidade e atenção
primária: a experiência do ambulatório de medicina de família no
PROMOVE. **O Mundo da saúde**, São Paulo v. 34, n. 3, p. 375-383,
jul./set. 2010.

RONZANI, T. M; RIBEIRO, M. S. Identidade e Formação
Profissional dos Médicos. **Revista Brasileira de Educação
Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 229-236, set./dez. 2003.

RONZANI, T. M. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde:
Qual o papel das crenças? **Revista Brasileira de Educação
Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 38-43, 2007.

SAMPAIO, S.A. P.; MAZZA, T. A formação de médicos
especialistas e a demanda por assistência hospitalar no sistema único
de saúde no estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, São
Paulo, v. 22, n. 2, p. 104-119, jul./dez, 2008.

SOBRINHO, C. L. N.; NASCIMENTO, M. A.; CARVALHO, F. M. Transformações no trabalho médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.29, n. 2, p. 129-135, maio/ago. 2005.

STELLA, R. C. R. et al. Graduação Médica e Especialização: uma Incompatibilidade Aparente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 290-294, dez. 1997.

VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 1497-1504, out. 2011.

Enviado em //

Aprovado em //