

AFYA UNIVERSIDADE UNIGRANRIO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO DE CIÊNCIAS E SAÚDE

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: COMO AS PERCEPÇÕES DOS ALUNOS INFLUENCIAM A FORMAÇÃO E A RELEVÂNCIA DA ESPECIALIDADE

DANIEL CARVALHO VIRGINIO



Duque de Caxias
Fevereiro/2026

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: COMO AS PERCEPÇÕES DOS ALUNOS INFLUENCIAM A FORMAÇÃO E A RELEVÂNCIA DA ESPECIALIDADE

DANIEL CARVALHO VIRGINIO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Saúde da Afya Universidade Unigranrio, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre.

Área de Concentração: Ensino de Ciências e Saúde
Linha de Pesquisa: Relações Sociais e Cidadania.

Orientadora
Dra. Eline das Flores Victor

Profa. Adjunta
Programa de Pós-Graduação em
Ensino de Ciências e Saúde
Afya Universidade Unigranrio



Duque de Caxias
Fevereiro/2026

CATALOGAÇÃO NA FONTE
AFYA UNIVERSIDADE UNIGRANRIO – BIBLIOTECA EUCLIDES DA CUNHA

V817m Virginio, Daniel Carvalho.

Medicina de família e comunidade : como as percepções dos alunos influenciam a formação e a relevância da especialidade / Daniel Carvalho Virginio. – Duque de Caxias, 2026.

116 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências e Saúde) – Afya Universidade Unigranrio, Escola de Ciências da Saúde, Duque de Caxias, 2026.

“Orientadora: Dra. Eline das Flores Victer”.

Referências: f. 95-102.

1. Ciência - Estudo e ensino. 2. Medicina da família e comunidade. 3. Especialização. 4. Medicina - Especialidades e especialistas. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Victer, Eline das Flores. II. Afya Universidade Unigranrio. III. Título.

CDD – 610.71

DANIEL CARVALHO VIRGINIO

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: COMO AS PERCEPÇÕES DOS ALUNOS INFLUENCIAM A FORMAÇÃO E A RELEVÂNCIA DA ESPECIALIDADE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Saúde, da Afya Universidade Unigranrio, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre.

Aprovada em 23 de fevereiro de 2026.

Documento assinado digitalmente
 **ELINE DAS FLORES VICTER**
Data: 03/03/2026 14:19:10-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Eline das Flores Victer
(Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Saúde - PPGECS
Afya Universidade Unigranrio (UNIGRANRIO)

Documento assinado digitalmente
 **MARCIA DE MELO DOREA**
Data: 23/02/2026 17:19:12-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Márcia de Melo Dórea
Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Saúde - PPGECS
Afya Universidade Unigranrio (UNIGRANRIO)

Documento assinado digitalmente
 **VALERIA FERREIRA ROMANO**
Data: 23/02/2026 20:10:07-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Valéria Ferreira Romano
Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária a Saúde (PPGAPS)
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Documento assinado digitalmente
 **MARCELE BOCATER PAULO DE PAIVA**
Data: 02/03/2026 19:53:00-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Marcele Bocater Paulo de Paiva
Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária a Saúde (PPGAPS)
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Ofereço esta dissertação a todos os que vieram antes de mim, àqueles que pensaram na humanidade, na sociedade e no indivíduo como um todo.

Em especial, homenageio, em memória, os meus pais, Oswaldina e Noel, que juntos dedicaram aos meus irmãos e a mim todos os seus esforços para que hoje possamos estar aqui.

À minha irmã Rosangela, que sempre foi o meu espelho nos estudos, pessoa responsável pela minha alfabetização e motivação.

“Ser médico é uma vocação: é responder ao chamado de Deus para aliviar a dor e dar esperança”

Papa Francisco

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço aos meus ancestrais, por permitirem a minha existência.

Ao meu companheiro Marcelo Gutierrez, pela paciência, compreensão e parceria ao longo de várias décadas de nossas vidas.

À Marta Ferreira da Silva, Yasmine Souza de Mattos, Marlene Bendia, Barbara Bendia, Jefferson Vicente Santos, César Bendia, Michelle Lemos dos Santos, Cristina Ferreira Martins, Sara Cristina Mendes Reis, Luciana Souza de Mattos, pessoas responsáveis pelo meu fortalecimento extramuros, para além das vivências acadêmicas e profissionais.

À Juliana B. Teperino pela edição, revisão e incentivo durante a composição da dissertação.

A José Alcântara e Joana Marinho, pelos recursos técnicos oferecidos pela Eró Produções para a criação do Produto Educacional.

À Eline das Flores Victer, pela orientação e direcionamento desta pesquisa.

À Marcia Ney, pela parceria e incentivo à presente pesquisa.

VIRGINIO, Daniel Carvalho. **Medicina de Família e Comunidade**: como as percepções dos alunos influenciam a formação e a relevância da especialidade. 2025. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino de Ciências e Saúde) — Afya Universidade Unigranrio, UNIGRANRIO, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, 2026.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se destaca como nível de atenção e porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), reorientando o modelo de organização dos serviços e atendendo às necessidades de saúde da população. Após iniciativas de reformas estruturantes dos sistemas de saúde, os cuidados primários consolidaram-se como estratégia para ampliar o acesso aos serviços e melhorar indicadores de saúde em países como o Brasil e outras regiões do mundo, conforme expresso em relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e em conferências internacionais que destacam o papel da APS. Esta pesquisa analisou a formação dos futuros médicos acerca da Medicina de Família e Comunidade (MFC). Atualmente, a MFC é uma das mais importantes portas de entrada no SUS. Ainda assim, há uma carência de profissionais especializados na área. A metodologia do estudo envolveu a coleta de dados por meio de entrevistas, com aplicação de questionário a alunos de graduação de Medicina que estavam cursando entre o 10º e 12º períodos, uma vez que, a essa altura, eles já passaram por todas as disciplinas teóricas e tinham maior percepção das especialidades já estudadas. Dessa forma, esperou-se que a MFC tivesse maior visibilidade e alcançasse mais discentes do curso, de modo que não somente se interessassem pela área durante a formação, mas também a considerarem como uma escolha profissional, ou seja, o tema abordado foi fundamental, sobretudo porque, na MFC, o usuário é acolhido e recebido de forma holística — a medicina é centrada na pessoa.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade. Especialização. Ensino. Formação do médico.

VIRGINIO, Daniel Carvalho. *Family and Community Medicine: How Students' Perceptions Influence Training and the Relevance of the Specialty.* 2026. Master's Dissertation (Professional Master's in Science and Health Education) — Afya Universidade Unigranrio, UNIGRANRIO, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, 2026.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) stands out as a level of care and the main gateway to the Unified Health System (SUS), reorienting the organizational model of services and meeting the population's health needs. Following structural reform initiatives in health systems, primary care has consolidated as a strategy to expand access to services and improve health indicators in countries like Brazil and other regions of the world, as expressed in World Health Organization (WHO) reports and international conferences that highlight the role of PHC. This research analyzed the training of future physicians regarding Family and Community Medicine (FCM). Currently, FCM is one of the most important entry points into the Unified Health System (SUS). Nevertheless, there is still a shortage of specialized professionals in the field. The study's methodology involved data collection through interviews, applying a questionnaire to undergraduate medical students enrolled between the 10th and 12th semesters; at this stage, they have already completed all theoretical subjects and possess a greater perception of the specialties studied. Thus, it was expected that FCM would gain more visibility and reach more students, encouraging them not only to take an interest in the area during their training but also to consider it as a professional career choice. Ultimately, the topic addressed was fundamental, especially because in FCM, the user is welcomed and received holistically—medicine is centered on the person.

Keywords: Family and Community Medicine. Specialization. Medical education. Medical training.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRM	Conselho Nacional de Residência Médica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEBRAICA	Faculdade de Formação Brasileira e Internacional de Capelania
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IESC	Medicina e Integração Ensino-Serviço-Comunidade
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Nacional de Previdência Social
JAMU	Jornada Acadêmica de Medicina
LGPD	Lei de Proteção de Dados
MFC	Medicina de Família e Comunidade
OCB	Ordem dos Capelães do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Produto Educacional
PNI	Programa Nacional de Imunização
PROVAB	Programa de Valorização Profissional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
R1	Residente do Primeiro ano
RM	Médicos Residentes
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNIGRANRIO	Afya Universidade Unigranrio
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo
WONCA	<i>World Organization of Family Doctors</i>

LISTA DE FIGURAS E ILUSTRAÇÕES

Figura 1 — Qual é a sua percepção atual sobre a importância da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no sistema de saúde brasileiro?	82
Figura 2 — Você considera que a MFC tem prestígio semelhante a outras especialidades médicas?	82
Figura 3 — Na sua opinião, quais são os principais desafios para a valorização da MFC no Brasil?	83
Figura 4 — Você escolheria a especialidade de Medicina de Família e Comunidade?	84

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 — Critérios para revisão sistemática.....	29
Quadro 2 — Categorias de análise	85
Tabela 1 — Procedência dos alunos voluntários	60
Tabela 2 — Escolha das especialidades médicas	62
Tabela 3 — Médicos residentes	63

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 — Depoimento da Márcia Silveira Ney.....	75
Imagem 2 — Depoimento de Paulo Cavalcante Apratto Jr.....	76
Imagem 3 — Maria Clara Veiga da Rocha, enfermeira na Clínica da Família Mauro Ferreira de Castro	76
Imagem 4 — Fala de Daniel Carvalho Virginio, médico especialista em Saúde da Família e comunidade e mestrando pela Afya Universidade Unigranrio	77

APRESENTAÇÃO

Sou médico, especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), servidor concursado nas prefeituras de Duque de Caxias e de Queimados, e professor do curso de medicina na Afya Universidade Unigranrio, onde leciono as disciplinas de Prática Médica V para o 7º período no curso de Medicina e Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) VI, para alunos do 6º período do curso.

Iniciei minha vida acadêmica em 1988 na Universidade Gama Filho, onde realizei minha primeira graduação no curso de Enfermagem. Nesse período, ao atuar como monitor de farmacologia, percebi minha aptidão para a docência. Ao concluir o curso no ano de 1992, fui contratado como professor em cursos técnicos de enfermagem na rede privada do município de Duque de Caxias.

Em 1995, ingressei no Programa de Residência em Enfermagem na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Durante esse período, fui convidado a ministrar aulas no curso de pós-graduação voltado para cuidados em pacientes críticos, na Faculdade São Camilo. Nesse mesmo ano, iniciei o curso de pós-graduação em Metodologia do Ensino Superior na UNIGRANRIO, já que a docência ocupava grande parte do meu tempo e do meu coração.

No início de 1996, em busca de mais conhecimentos técnico-científicos, ingressei no curso de Medicina na Universidade Iguaçu. Durante a segunda graduação, fui novamente monitor de farmacologia, e, então, já amadurecido com a didática, obtive grande êxito e reafirmei meu caminho na docência em saúde. Ao término da graduação em Medicina, em 2001, passei em vários concursos públicos; optei pelos municípios de Duque de Caxias — onde moro — e de Queimados, ambos na região da Baixada Fluminense, no estado do Rio de Janeiro. Nessas cidades, iniciei minha trajetória na assistência como médico emergencista, onde atuei desde a formação até 2009, quando fui convidado a conhecer a Atenção Primária à Saúde (APS). Logo, percebi que o médico atuante neste nível de atenção é de fundamental importância para o Sistema Único de Saúde (SUS) no país, pois a APS é a porta de entrada do SUS.

Em 2010, iniciei a pós-graduação em Saúde da Família e Comunidade na UNIRIO. Nesse ínterim, realizei vários cursos de aperfeiçoamento na área em

questão. Ao trabalhar como médico clínico geral até 2010, voltei minha atenção para a APS, área na qual atuo até o momento.

Ao longo dessa trajetória, proferi palestras e ministrei cursos para médicos e enfermeiros, mantendo meu perfil docente. Em 2021, publiquei, em parceria, artigos científicos na *Revista Científica Multidisciplinar* sobre os seguintes temas: a incidência e a repercussão do câncer de colo uterino em mulheres negras no município de Queimados; e os fatores que interferem no romantismo do aleitamento materno exclusivo.

Recebi, de ambos os municípios onde atuo, homenagens de honra ao mérito pelos bons serviços prestados à comunidade, bem como uma medalha de consagração. Em 2022, recebi o título honorífico de Doutor *Honoris Causa*, pela Faculdade de Formação Brasileira e Internacional de Capelania (Febraica) e pela Ordem dos Capelães do Brasil (OCB), reafirmando meu comprometimento com a educação e saúde do nosso país.

Além disso, nesse mesmo ano, fui convidado pela Afya Universidade Unigranrio a integrar seu corpo docente. Durante esse período na academia, percebi a necessidade de me qualificar como mestre. Desse modo, cresceu em mim o desejo de inserir-me no meio acadêmico, a fim de partilhar os conhecimentos técnico-científicos adquiridos no decorrer desses anos. Foi possível aprimorá-los a partir das aulas, das trocas e das pesquisas realizadas no mestrado profissional, além de qualificar minha atuação como docente junto aos alunos do curso de Medicina.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: DIÁLOGOS ENTRE O SUS E A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	25
2.1	Revisão de literatura.....	29
2.2	Saúde pública no Brasil	30
2.2.1	<i>Diretrizes e fundamentos do SUS</i>	<i>34</i>
2.2.2	<i>Importância do SUS para os brasileiros.....</i>	<i>35</i>
2.2.3	<i>Os desafios do SUS.....</i>	<i>36</i>
2.2.4	<i>O sucateamento do SUS e os interesses privados</i>	<i>37</i>
2.3	Medicina de Família e Comunidade: breve histórico	37
2.3.1	<i>Princípios da Medicina de Família e Comunidade</i>	<i>40</i>
2.3.2	<i>O ensino da medicina de Família e Comunidade no Brasil.....</i>	<i>41</i>
2.3.3	<i>História e consolidação da residência em Medicina de Família e Comunidade</i>	<i>44</i>
2.3.4	<i>Os desafios na fixação de profissionais na Atenção Básica</i>	<i>47</i>
3	METODOLOGIA DA PESQUISA	52
3.1	Contexto da pesquisa.....	52
3.2	O pesquisador como professor-pesquisador no Mestrado Profissional...52	
3.3	Sujeitos da pesquisa	53
3.4	Coleta de dados	54
3.5	Análise de dados.....	55
3.6	Ética na pesquisa.....	56
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES SOBRE A PESQUISA.....	58
4.1	Perfil sociodemográfico: faixa etária, gênero e raça	58
4.2	Perfil socioeconômico: família, localidade e realidade financeira	59
4.3	Percepção da Medicina de Família e Comunidade	60
4.4	Pretensões de cenários de atuação	61
4.5	A relevância da Medicina de Família e Comunidade na formação médica: percepções e críticas	66

5 FORTALECENDO A FORMAÇÃO: SUGESTÕES E PONTOS FORTES DA Medicina de Família e Comunidade	68
5.1 Aspectos que demandam desenvolvimento: o anseio por mais prática e políticas de saúde	68
5.2 Os pontos fortes da formação em Medicina de Família e Comunidade: prática comunitária e habilidades essenciais	69
5.3 Propostas para o futuro: o desejo por uma formação mais integrada	70
6 PRODUTO EDUCACIONAL (pe): PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO DOCUMENTÁRIO	72
6.1 <i>Perspectivas da narrativa a partir de Walter Benjamin</i>	78
6.2 Percepções dos alunos de Medicina acerca do Produto Educacional	79
6.3 Metodologia de aplicação do Produto Educacional e coleta de dados	79
6.3.1 <i>Cenário e participantes da intervenção</i>	79
6.3.2 <i>Procedimento de aplicação e etapas da coleta de dados</i>	80
6.3.3 <i>Fase 1: aplicação do questionário pré-documentário (parte 1)</i>	80
6.3.4 <i>Fase 2: a intervenção pedagógica — exibição do documentário</i>	81
6.3.5 <i>Fase 3: aplicação do questionário pós-documentário (parte 2)</i>	81
6.4 O diagnóstico inicial da percepção pré-documentário	81
6.5 A avaliação do impacto e a resignificação da Medicina de Família e Comunidade	84
6.5.1 <i>Eixo 1: enfoque no vínculo e cuidado integral — a essência humanizada da prática</i>	86
6.5.2 <i>Eixo 2: visão estratégica para o SUS — a ordenadora do sistema</i>	87
6.5.3 <i>Eixo 3: compromisso com a saúde coletiva — o foco na promoção e prevenção</i>	88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	94
ANEXOS	102
Anexo 1	103
Anexo 2	104
Anexo 3	105
Anexo 4	106
APÊNDICES	107

Apêndice A.....	108
Apêndice B.....	111

1 INTRODUÇÃO

Sendo a Atenção Primária à Saúde (APS), o primeiro nível de atenção essencial do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda são poucos os profissionais especializados para atuar nessa área em um país de grande extensão territorial e marcado por desigualdades sociais (Scheffer *et al.*, 2025). Posto isso, como a formação acadêmica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) impacta a preparação dos futuros médicos para atuarem na promoção da saúde? Essa questão conduz à reflexão sobre o principal problema da pesquisa.

A MFC surgiu no Brasil como especialidade médica em 1981, com o nome de Medicina Geral Comunitária, nomenclatura utilizada até 2002. Entretanto, desde 1808, com a vinda do rei D. João VI, já existiam na colônia as Santas Casas de Misericórdia, onde os chamados miseráveis e inválidos eram atendidos. Com a chegada da corte real no país, logo, se iniciou um processo de regulamentação oficial da prática médica (Gusso; Falk; Lopes, 2019).

Em setembro de 1978, após os esforços de diversas nações e da Organização Mundial da Saúde (OMS) no enfrentamento da crise de saúde mundial — caracterizada por ser fragmentada e cara —, ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na, então, URSS, mais especificamente no Cazaquistão, na cidade de Alma-Ata. Nessa conferência, foi assinada a Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários, documento que ressalta “a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (Brasil, 2002, p.1).

Ao analisar a referida Declaração de Alma-Ata, percebe-se que seu primeiro item reafirma:

I - A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde — estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade — é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (Brasil, 2002, p. 1).

Nesse contexto, verifica-se um significativo aumento, em escala global, da preocupação com a atenção primária, favorecendo o desenvolvimento e crescimento do que, hoje, é conhecido como APS. Dessa forma, por meio da Constituição de 1988, o caminho para a formação do SUS começou a ser trilhado, sendo de fato implementado em

1990, com o intuito de garantir acesso universal à saúde para a população brasileira. Mesmo enfrentando problemas com o subfinanciamento crônico e a ineficiência no gasto público, o SUS possui programas de excelência, reconhecidos mundialmente, como exemplos nas áreas de imunização, no tratamento de HIV/Aids e nos transplantes (Cavalcante Neto, 2008).

A APS no Brasil alcançou um marco fundamental em 1994, quando o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF). Inicialmente, a adesão e o mercado de trabalho eram incipientes, o que resultou, por exemplo, na desativação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) por falta de profissionais dispostos a assumir a diretoria (Gusso; Lopes; Dias, 2019).

Entre 1998 e 2002, a iniciativa — posteriormente renomeada como Estratégia de Saúde da Família (ESF) — experimentou sua fase de mais intensa expansão e começou a consolidar um mercado de trabalho mais consistente. No entanto, esse crescimento ocorreu em uma velocidade superior à capacidade de formação de recursos humanos adequados para a atuação na APS.

Para mitigar as limitações e as fragilidades que permeavam a formação dos profissionais, a infraestrutura e a sustentabilidade do programa, o Ministério da Saúde e outros órgãos introduziram, ao longo do tempo, diversas iniciativas para ampliar e qualificar o acesso de profissionais de saúde à APS, a saber:

- a) **iniciativas de qualificação e fixação:** desde o início da década de 2000, o Ministério da Saúde promoveu ações como cursos de especialização, cursos de curta duração e polos de capacitação, com o objetivo de atrair, fixar e qualificar os profissionais para a ESF;
- b) **programas de provimento:** em seguida, a partir de 2011, foram implementados programas específicos de provimento para ampliar o acesso de médicos à APS, destacando-se o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), em 2011, e o Programa Mais Médicos, em 2013;
- c) **diretrizes curriculares:** em paralelo às ações de provimento, houve estímulo a mudanças no ensino de graduação na área de saúde. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) foram instituídas, como as de 2014, com o objetivo de manter os currículos atualizados e mais bem alinhados às necessidades da ESF, reforçando, assim, a importância da APS na formação. A necessidade de novas adaptações e atualizações das diretrizes continua a ser tema de discussão, com a expectativa de novas diretrizes em 2025.

Dessa forma, a expansão da ESF no Brasil foi acompanhada por respostas governamentais em diferentes momentos históricos: qualificação nos anos 2000, provimento a partir de 2011/2013 e alterações curriculares em 2014 e 2025. Desta maneira, embora com limitações, vê-se um esforço em aprimorar a qualidade da atenção e a sustentabilidade do programa.

Decidir qual área de especialização cursar é algo cada vez mais complexo dentro da formação médica brasileira. Entre as especializações que assumem papel de destaque nas políticas públicas de saúde, a Saúde da Família e Comunidade se destaca, sobretudo no contexto do SUS. Embora o número de médicos no país tenha aumentado, ainda persistem desafios importantes relacionados à distribuição e à adesão desses profissionais, especialmente na área de MFC, conforme destaca o estudo *Demografia Médica no Brasil 2025* (Scheffer *et al.*, 2025), publicado pela Associação Médica Brasileira (AMB).

Sabe-se que a atuação do médico de família é fundamental para a garantia de uma assistência integral e coordenada, princípios primordiais da APS e pilares do SUS. No entanto, conforme Scheffer *et al.* (2025), a MFC representa apenas 8,9% dos especialistas no Brasil, configurando-se como uma das áreas com menor número de profissionais. Essa baixa adesão reflete, em parte, a percepção histórica de desvalorização da APS em relação a outras especialidades, além de questões estruturais, como condições de trabalho e remuneração.

O relatório da *Demografia Médica no Brasil 2025* (Scheffer *et al.*, 2025) aponta que médicos atuantes na APS, frequentemente, enfrentam condições de trabalho desafiadoras, incluindo intensa carga horária, infraestrutura insuficiente e salários que não são competitivos quando comparados a outras especialidades. Em outras palavras, mesmo diante de iniciativas como o Programa Mais Médicos e o crescimento das residências médicas em MFC, persistem os desafios para integrar a formação de maneira atrativa e sustentável à trajetória profissional dos médicos.

Ainda de acordo com Scheffer *et al.* (2025), constata-se que, embora o número de médicos graduados no Brasil tenha aumentado substancialmente nas últimas décadas, essa expansão não foi acompanhada por uma distribuição equitativa entre as especialidades e as regiões do país. Isso reforça a necessidade de políticas públicas que incentivem a formação e a fixação de médicos na APS, sobretudo, em áreas rurais e de difícil acesso, onde a carência de profissionais é maior. Sendo assim, o fortalecimento da

especialização em Saúde da Família emerge como uma estratégia crucial para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde e a eficiência no uso dos recursos públicos.

Para tanto, é necessário investir não apenas na ampliação de vagas para formação, mas também na valorização do papel do médico de família, fomentando melhores condições de trabalho, reconhecimento profissional e uma cultura de cuidado holística, centrada no paciente. Assim, a especialização em Saúde da Família deve ser compreendida como um alicerce indispensável para o aprimoramento do SUS e para a promoção de uma assistência mais equitativa e resolutiva.

Em entrevista realizada por Gabriel Britto (2023b) na revista *Pulso*, Zeliete Zambon, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família, defende o valor da Medicina de Família e diz que a especialidade deveria assumir um “papel central na expansão necessária do SUS”. Em outro artigo, Britto (2023a) informa que Inez de Padula, médica de família e ex-presidente da SBMFC, explicita a importância da APS e da MFC, uma vez que ambas promovem saúde, atendendo muitos pacientes que precisam ter acesso a exames diversos. Dada tamanha demanda e relevância, os profissionais de saúde precisam estar assegurados por boas condições trabalhistas e financeiras, porém, isso nem sempre acontece. Em termos financeiros, a especialização goza de menor prestígio e reconhecimento social (Scheffer *et al.*, 2025). Em razão da elevada taxa de desistência na área, Inez assevera: “O profissional precisa de bons contratos de trabalho, senão vai sair mesmo” (Britto, 2023a).

A MFC assume um papel estratégico no SUS e na formação médica no Brasil. Sua relevância transcende a mera atuação clínica, pois se estabelece como um eixo central para organizar a APS, sendo fundamental para a resolutividade e a sustentabilidade do sistema (Machado *et al.*, 2019). No entanto, o diagnóstico inicial (apresentado na Seção 4) apontou uma desvalorização da especialidade por parte dos acadêmicos. Essa lacuna de percepção e de conhecimento é o motor desta pesquisa, uma vez que a visão adquirida pelo estudante sobre a MFC durante a graduação influencia diretamente sua escolha de carreira e sua capacidade de atuar na rede pública. Dessa forma, o presente estudo visa não apenas diagnosticar a percepção dos alunos, mas, sobretudo, intervir no processo formativo por meio de um Produto Educacional (PE), que busca ressignificar essa especialidade para o futuro médico.

O objeto de estudo desta pesquisa envolve, portanto, a relação entre a especialidade de MFC e o olhar do graduando em Medicina quanto à atuação no mercado de trabalho do setor de saúde no Brasil. Tendo como referência as escritas de Gusso,

Lopes e Dias (2019), Costa, Santos Júnior e Reis (2024), e embasada em outras pesquisas acadêmicas, esta dissertação apresenta inquietações e evidências sobre as percepções dos alunos do curso de Medicina em relação à especialidade de MFC, bem como fomenta o conhecimento e a vontade desses — que em breve serão egressos — em seguir tal especialidade e/ou desenvolver um olhar mais atento às estratégias de Saúde da Família, sobretudo por meio da participação em equipes multidisciplinares.

Segundo o relatório *Demografia Médica no Brasil 2025* (Scheffer *et al.*, 2025), a área de MFC encontra-se com menor procura entre os recém-formados. Esse dado destaca a relevância de entender como as percepções dos estudantes de Medicina influenciam suas escolhas profissionais e, por conseguinte, o desenvolvimento da especialidade. Desta forma, entende-se, a partir dos dados, não somente a importância desse sistema de saúde dentro do desenvolvimento social, mas também a necessidade do olhar atento às especificidades que abarcam a manutenção e permanência desses profissionais na área. Logo, este trabalho pretende buscar os principais indícios que apontam o desinteresse e pouco conhecimento da área em questão, assim como as motivações para a não escolha dos alunos pela especialidade.

Como visto até aqui, a falta de motivação dos alunos de graduação em Medicina em buscar a MFC como especialidade e atuação está associada a fatores estruturais e culturais, relacionados tanto à formação médica no Brasil como à percepção de desvalorização da APS. Outro ponto contundente, no entanto, diz respeito à formação médica durante a graduação, que ainda prioriza modelos de ensino voltados para o ambiente hospitalar e para especialidades mais tecnológicas, em vez de focar em uma via comunitária e generalista. Nesse sentido, esse modelo de formação impacta negativamente o interesse dos alunos em atuar na APS e, por extensão, em escolher a MFC como especialização. Segundo a Scheffer *et al.* (2023), mesmo com a expansão de programas como o Mais Médicos e o aumento das residências em MFC, o número de vagas ociosas para a especialidade continua alto, indicando uma falta de interesse que vai além da simples disponibilidade de formação.

Assim, a hipótese desta dissertação é que a combinação de uma formação acadêmica pouco orientada para o reconhecimento da APS, aliada às condições de trabalho percebidas como desfavoráveis e à desvalorização cultural da MFC, desmotiva os alunos de graduação em Medicina a optar por essa especialidade. A partir dessa premissa, a pesquisa buscou investigar como estratégias de valorização e reformulação no currículo

médico podem impactar as escolhas dos futuros médicos em direção a uma atuação mais alinhada às demandas do SUS

Atuando como docente para o curso de Medicina, observei que grande parte dos alunos com os quais trabalhei não apresentavam interesse na especialidade de MFC, embora seja uma área fundamental na formação dos futuros médicos — tendo em vista a realidade socioeconômica do nosso país. Segundo estudo realizado na Universidade Federal do Maranhão (UFMA), em 2020, em um grupo de 62 graduandos, 70% optaram por especialidades focais — como Radiologia, Clínica Médica, Dermatologia, Psiquiatria. Mesmo sendo considerada regular, a MFC atingiu apenas 42,8% das intenções de escolha (Pinto, 2020).

Ainda conforme o documento *Demografia Médica no Brasil 2025* (Scheffer *et al.*, 2025), citado anteriormente, considerando a média nacional de 8,04 especialistas em MFC para cada 100.000 habitantes, e 14 estados estão abaixo dessa razão. Assim, tais constatações incentivaram minha busca pela formação acadêmica no mestrado profissional, não somente para gerar dados ou analisá-los, mas também para mobilizar, de forma participante, uma grande parte dos alunos em formação no tema, encontrando novas maneiras e/ou caminhos de motivá-los.

Desse modo, o objetivo geral desta dissertação é **analisar a formação dos futuros médicos, para atuarem na especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC)**. Por sua vez, os objetivos específicos são: i) analisar a percepção dos estudantes de medicina com relação à especialidade de MFC, como opção de formação por meio da especialização e de trajetória profissional; ii) identificar, na literatura, as especificidades da MFC enquanto especialidade médica, por meio da realização de uma revisão sistêmica sobre esta área; iii) conhecer a percepção dos graduandos de medicina em relação à especialização em MFC; iv) produzir um documentário audiovisual com intuito de divulgar a especialidade de MFC, visando que os graduandos de Medicina tenham acesso ao conteúdo por meio de aulas e, assim, promover maior percepção sobre a especialidade; e v) proporcionar meios e/ou formas para que os estudantes de medicina possam desenvolver um olhar atento para a especialização em MFC, a fim de identificar a necessidade e a importância da área.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: DIÁLOGOS ENTRE O SUS E A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

O Brasil já apresentava vocação para a prática da medicina comunitária mesmo antes da conferência anteriormente citada, que resultou na Declaração de Alma-Ata em 1978, uma vez que algumas iniciativas já continham muitos dos princípios da APS conhecidos atualmente. Logo, basearemos nossas análises históricas a partir de fontes textuais, como Gusso, Lopes e Dias (2019), Campos (2005) e textos oficiais do Ministério da Saúde (Brasil, 2002, 2017).

As instituições começaram a se organizar na, então, colônia em 1808, com a vinda do rei D. João VI, em decorrência do cerco perpetrado por Napoleão. Nessa época, a preocupação era com ações de prevenção de doenças tropicais. Com isso, em 1900, fundou-se o Instituto Soroterápico Federal, que, em 1918, passou a se chamar Instituto Oswaldo Cruz. Em 1904, por sua vez, ocorreu a Revolta da Vacina, quando parte da população resistiu a ser vacinada pelas brigadas sanitárias, configurando-se como outro movimento marcante na história da saúde pública brasileira.

Em 1923, foram constituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), nas quais o trabalhador usava uma rede de serviços vinculada à empresa à qual estava associado. Na década de 1930, período conturbado sob a liderança de Getúlio Vargas, o governo instituiu o Ministério da Educação e Saúde. Nesse contexto, os trabalhadores passaram a acessar os serviços não mais segundo a empresa de vínculo, mas de acordo com a categoria profissional. Em 1953, o Ministério da Saúde foi criado e separado do Ministério da Educação. Da década de 1950 até a Constituição de 1988, o Ministério da Saúde era responsável pelas ações de prevenção, enquanto o Ministério do Trabalho e da Previdência Social eram responsáveis pela assistência. Entretanto, em 1960, ambos foram fundidos em um único órgão, chamado de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Na década seguinte, Gusso, Lopes e Dias (2019, p. 12) destacam que:

Na década de 1970, em plena ditadura militar, os primeiros embriões de um sistema de saúde universal e territorial, como posteriormente integrado à Constituição de 1988, começaram a aparecer. Em nível macro, várias iniciativas visavam à integração das ações para algo mais próximo, o que passou a ser conhecido como Distrito Sanitário Inseridos em um Sistema Nacional de Saúde (1975), Programa de Interiorização das Ações de Saúde (Pias, 1976), Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE, 1980), Plano de Reorientação de Assistência à

Saúde no Âmbito da Previdência Social (Plano CONASP, 1982), Programa da Ações Integradas à Saúde (PAIS, 1983) e Ações Integradas de Saúde (AIS, 1984).

Nessa conjuntura, muitos movimentos se impulsionaram em um nível macro entre os que se destacaram, estão o Projeto Montes Claros (MG), Vitória de Santo Antão (PE), Natal (RN), Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (UERJ), Vale do Ribeira (SP), Paulínia (SP) e Londrina (PR), muitos deles incentivados por fundações norte-americanas, como Kellogg e Rockefeller. Começa o período de reestruturação das residências médicas no Brasil.

A residência em Medicina Comunitária começou a tomar forma em alguns desses projetos, como em Vitória de Santo Antão (UFPE), Rio de Janeiro (UERJ) e em Porto Alegre (São José do Marialdo). Essas iniciativas não foram coordenadas por uma ação central, mas tinham relação tanto com o movimento de Medicina Comunitária que acontecia nos EUA quanto com o pioneirismo de alguns professores idealistas de diversas áreas (Gusso; Lopes; Dias, 2019).

Por meio de pesquisas nos anais do Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), é possível perceber que há uma lacuna histórica em grande parte da produção relacionada à MFC a partir do ano de 2002. Essa falta de dados indica a predominância de modelos hospitalocêntricos e de uma desvalorização da especialidade, acarretando a escassez de políticas públicas que contribuíssem para seu fortalecimento.

No mais completo estudo já realizado no Brasil sobre a realidade dos médicos do país, que analisa a demografia médica, a Associação Médica Brasileira e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) constataram que o número de registros de médicos com título de especialista cresceu 84% nos últimos dez anos. Tendo em vista a expansão dos cursos e das vagas de Medicina, projeta-se que, em 2035, haverá no Brasil mais de um milhão de médicos (Scheffer *et al.*, 2025). *A Demografia Médica no Brasil de 2025* (Scheffer *et al.*, 2025) apresenta um panorama atualizado das especialidades médicas, com foco na distribuição de médicos residentes (RM) e na evolução do número de vagas. O estudo complementa e atualiza dados anteriores, oferecendo uma visão mais recente sobre as tendências do corpo médico brasileiro.

Em 2024, as seis especialidades com maior concentração de médicos residentes representavam 54,8% do total de 26.144 residentes e são elas: Clínica Médica (13,6%), Pediatria (10,5%), Cirurgia Geral (9,0%), Ginecologia e Obstetrícia (8,6%), Anestesiologia (6,6%) e Medicina de Família e Comunidade (6,5%). O elevado número de residentes em

Clínica Médica e Cirurgia Geral se justifica, em parte, pelo fato de essas especialidades serem pré-requisitos para o ingresso em outras residências médicas. Por outro lado, especialidades como Angiologia (3 residentes), Medicina do Tráfego (4), Homeopatia (9), Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (13) e Acupuntura (19) registraram os menores números de residentes, evidenciando uma distribuição desigual de profissionais em formação.

A análise da série histórica de vagas de R1 (Residentes do primeiro ano), entre 2018 e 2024, revela um aumento geral de vagas na maioria das especialidades. Em termos absolutos, as que mais cresceram foram Medicina de Família e Comunidade (751 vagas), Clínica Médica (679 vagas), Medicina Intensiva (432 vagas) e Ginecologia e Obstetrícia (213 vagas). Proporcionalmente, as especialidades que apresentaram maior crescimento foram Medicina Intensiva (242,7%), Medicina de Emergência (191,3%), Nutrologia (83,3%) e Genética Médica (80,0%). O crescimento expressivo em Medicina Intensiva e Cirurgia Cardiovascular, a partir de 2022, relaciona-se a mudanças na matriz de competências, que as tornaram especialidades de acesso direto, com duração alterada.

Em contrapartida, quatorze especialidades registraram decréscimo no número de vagas ocupadas no período analisado, com destaque para diversas áreas cirúrgicas como Cirurgia Geral, Cirurgia Oncológica e Cirurgia Plástica. A redução pode estar associada ao extinto Programa de Pré-Requisito em Área Cirúrgica Básica, que, embora com duração de dois anos, não conferia ao médico o título de especialista.

Apesar do aumento significativo de médicos residentes, especialmente em áreas como MFC, e do crescimento notável de vagas em algumas especialidades, a distribuição e a concentração de profissionais em formação continuam a apresentar desafios. As especialidades de características hospitalares e cirúrgicas, embora com algumas reduções pontuais nas vagas de R1, ainda se mantêm como as maiores em número total de residentes.

A persistência de áreas com baixo número de residentes, assim como a heterogeneidade na razão de médicos residentes por habitante entre os estados, indica que a realidade da distribuição de especialistas em formação ainda é insuficiente, mesmo com o aumento no número de vagas. A grande carência da saúde pública brasileira decorre do fato de que o sistema depende fundamentalmente da APS para atender a maior parte das necessidades da população. Portanto, ainda há um caminho a percorrer para alinhar a formação de especialistas às necessidades do sistema de saúde, promovendo uma

distribuição mais equitativa e fortalecendo as áreas essenciais para garantir o acesso e a integralidade do cuidado.

2.1 Revisão de literatura

A seguir, o **Erro! Fonte de referência não encontrada.** apresenta os critérios para a realização da revisão sistemática a partir da questão de pesquisa apresentada:

Quadro 1 — Critérios para revisão sistemática

Critério	Descrição
Seleção de fontes	Será fundamentada em bases de dados eletrônicos e físicos, incluindo conferências, artigos, livros, dissertações etc.
Palavras-chave	Medicina de Família e Comunidade. Especialização. Ensino. Formação do médico.
Idioma dos estudos	Português (BR).
Métodos de busca de fontes	As fontes serão consultadas em documentos digitais e livros físicos. No contexto desta revisão, não será considerada a busca manual.
Listagem de fontes	Google Acadêmico, SciELO, <i>Tratado de Medicina de Família e Comunidade</i> .
Tipo de literatura médica	Artigos, livros, dissertações, teses, ensaios etc.
Linha de corte temporal	10 anos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Por meio de revisão bibliográfica de livros, dissertações, teses, sites oficiais e artigos acadêmicos, bem como da legislação específica aplicável ao SUS, selecionamos autores que desenvolveram temáticas similares à presente pesquisa. Preliminarmente, constatou-se, na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), que a região Nordeste concentra mais dissertações acadêmicas acerca do tema. Por contrastar e organizar diversos autores dentro da discussão sobre a formação do médico da família e comunidade, o embasamento teórico partiu dos ensinamentos de Gusso, Lopes e Dias (2019). Além disso, a pesquisa também contou com entrevistas e artigos elaborados e apresentados por médicos especialistas.

No livro *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*, Gusso, Lopes e Dias (2019) utilizam conceitos e fundamentos que explicam e dialogam com a temática aqui tratada. Ao detalhar a formação em medicina desde a graduação até a especialização, os autores nos auxiliam nas reflexões para a elaboração deste estudo. Já Pinto (2020) oferece maior clareza sobre a perspectiva dos estudantes acerca da especialidade MFC, encontrando,

assim, semelhanças com as preocupações que norteiam as hipóteses e questões abordadas e que são fundamentais para o caminhar deste projeto. No que se refere ao eixo central da pesquisa, Cavalcante Neto (2008) explicita as opiniões de graduandos de medicina sobre as expectativas relacionadas à especialização e à prática profissional no Programa Saúde da Família, temas que dialogam diretamente com os objetivos deste estudo.

Os trabalhos acadêmicos selecionados apresentam, portanto, perspectivas para ampliar a formação de especialistas na área de MFC, fortalecendo as hipóteses e questões suscitadas na presente pesquisa, sobretudo no que diz respeito ao interesse dos alunos de medicina na sua especialidade futura.

2.2 Saúde pública no Brasil

O Brasil é o único país com mais de 200 milhões de habitantes a ter um sistema de saúde público e universal. O SUS possui origem recente, tendo sua consolidação ocorrido a partir da Constituição Federal de 1988, a qual representou um marco na democratização do acesso à saúde no país (Brasil, 1988). No entanto, as bases para sua implementação datam de antes, ainda na Primeira República. Na época, discutia-se “pela primeira vez em um sistema verticalizado e caracterizado pela concentração de ações no governo central” (Redação, 2021). Havia, entretanto, entraves para concretizar o feito. De acordo com Polignano (2001), a situação sanitária do Rio de Janeiro, no início do século XX, era devastadora, pois a população sofria com uma série de doenças, como a febre amarela, a varíola e a malária.

Mediante tal cenário, o então presidente da República nomeou Oswaldo Cruz como diretor do Departamento de Saúde Pública, a fim de dar início a campanhas sanitárias, cujo objetivo era acabar com as endemias na cidade e no campo (Pereira; 2021). Em 1920, Carlos Chagas sucedeu a Oswaldo Cruz e reestruturou o modelo de atenção à saúde, incluindo em seu escopo a divulgação e a criação de projetos educacionais voltados ao combate às doenças venéreas e à tuberculose. Em 1923, a criação da Lei Eloy Chaves marcou o início da Previdência Social no Brasil:

As contribuições eram recolhidas pelas empresas e depositadas em sua própria CAP (Caixa de Aposentadoria e Pensão) e garantiria aos trabalhadores a ela ligados “socorros médicos em caso de doença”, o que incluía a família que habitasse sob o mesmo teto e dependesse da mesma renda. A partir de 1930, profundas mudanças políticas e econômicas acontecem no cenário brasileiro com

a era Vargas e, em 1943, consolidam-se as Leis Trabalhistas. As CAPs são substituídas pelo IAP (Instituto de Aposentadoria e Pensão), neste modelo os trabalhadores eram classificados segundo sua área de trabalho [...], para os brasileiros pertencentes a estas organizações então, era-lhes assegurado o direito de: assistência médica e hospitalar, socorros médicos em caso de doença e socorro farmacêutico (Pereira, 2021, p. 4–5).

Observa-se que o acesso à saúde, nesse período, estava ligado ao trabalho — mais precisamente à aposentadoria. Apenas tinham direito ao cuidado especializado aqueles que estivessem empregados, conforme os critérios estabelecidos pelo Estado e que, da mesma maneira, contribuíssem para a Previdência Social. Contudo, vale ressaltar que os benefícios dados para cada categoria profissional eram distintos, ou seja, “aqueles que faziam parte de uma CAPs mais estruturada obtinham como resultado uma assistência à saúde mais eficaz” (Pereira, 2021, p. 5).

Em 1953, criou-se o Ministério da Saúde, cindindo-o do Ministério da Educação. No entanto, o que parecia um primeiro passo para mudanças estruturais, na prática, não surtiu efeito no atendimento a problemas prioritários de saúde (Pereira, 2021). Na metade da década seguinte, uma reviravolta responsável por decidir o rumo da Previdência Social no cenário político brasileiro toma vez. Os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), assim como os demais órgãos incumbidos da mesma tarefa, são fundidos com o objetivo de alcançar a todos os trabalhadores urbanos e seus dependentes: “[...] cria-se então o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), em 1967” (Pereira, 2021, p. 5).

Ainda entre as décadas de 1960 e 1970, “ganha destaque a duplicidade de responsabilidades do governo federal na área da saúde, dividida entre o Ministério da Previdência Social e o Ministério da Saúde” (Pereira, 2021, p. 5). Ao longo da história da saúde no Brasil, essa veiculação da saúde com outros campos, sobretudo ligado à questão do trabalho, apresenta um dado curioso. Antes, o direito à saúde não era um direito de todos, sendo reservado apenas àqueles que contribuíam para a arrecadação do Estado. Nessa perspectiva, vê-se com clareza não apenas quem era considerado cidadão, como também a quem o Estado se sentia no dever de dar auxílio. Já nas décadas seguintes, outras transformações ditaram o caminho da história do SUS, conforme explica Pereira (2021, p. 6): “Com o crescente número de usuários do INPS e dos novos termos e acordos com a rede privada, surge a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1974, o atual INSS”.

Seguindo esse breve histórico, nota-se, portanto, como o sistema de saúde brasileiro era fragmentado e voltado principalmente para os trabalhadores formais, por

meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), excluindo uma parte significativa da população. Com a promulgação da Constituição de 1988, a saúde passa, então, a ser reconhecida como um direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). Desde sua criação, por meio da Lei nº8.080/1990 (Brasil, 1990a), o SUS buscou estabelecer um paradigma solidarista, no qual a saúde é entendida como um bem público e inalienável. Esse modelo foi construído com base nos valores da equidade, da integralidade e da universalidade, princípios fundamentais para sua operacionalização (Brasil, 2024). Além disso, a criação do SUS foi acompanhada pela introdução de uma nova lógica de descentralização, com ênfase na gestão compartilhada entre União, estados e municípios, garantindo não só maior capilaridade dos serviços, mas também a possibilidade de a população poder cobrar localmente dos gestores (Redação, 2021).

Com a Constituição de 1988, o Brasil deu um passo importante para a criação de um sistema de saúde universal, voltado a todos os brasileiros, incluindo aqueles que estavam à margem da sociedade. Nesse sentido, o contexto histórico de criação do SUS revela a saúde como um instrumento fundamental de cidadania e inclusão social.

À luz desse histórico, a MFC torna-se imprescindível enquanto campo médico essencial para o fortalecimento do SUS no Brasil. Essa especialidade, fundamentada nos princípios da APS, promove um atendimento abrangente e contínuo, reforçando a coordenação do cuidado, a acessibilidade e a equidade nos serviços de saúde. Assim, os profissionais de MFC incentivam a continuidade do atendimento, fortalecendo a conexão entre os usuários e os serviços de saúde. Isso melhora não apenas o monitoramento de condições crônicas e a prevenção de complicações, mas também a própria eficácia dos serviços.

Essa perspectiva holística, portanto, mostra-se essencial para responder às diversas e complexas necessidades da população. A gestão do cuidado garante, por meio da coordenação entre diferentes níveis de atenção, que a MFC funcione como um elo entre a APS e os demais serviços especializados, minimizando fragmentações e otimizando os recursos do sistema. Por conseguinte, a atenção aos fatores sociais da saúde permite que os médicos de família e comunidade considerem aspectos biopsicossociais na assistência, abordando questões como condições habitacionais, educacionais e trabalhistas, as quais afetam a saúde dos indivíduos e das comunidades. Com efeito, tal integralidade assegura uma atuação contínua, desde a promoção da saúde e prevenção de doenças até o tratamento e a reabilitação.

À vista disso, os médicos de família e comunidade atuam em estrita conformidade com os princípios orientadores do SUS. Tal atuação fundamenta-se nos princípios da universalidade, que garante o acesso à assistência à saúde a todos os cidadãos, independentemente de sua condição socioeconômica; da integralidade, que promove um cuidado contínuo e completo, abordando tanto os aspectos clínicos quanto os sociais; e da equidade, que prioriza o atendimento em áreas vulneráveis e para populações em situação de risco, contribuindo para a redução das desigualdades no setor da saúde.

O SUS é um marco de cidadania e justiça social no Brasil, mas enfrenta ameaças significativas que comprometem sua missão. Sua preservação exige um compromisso renovado da sociedade e do Estado em investir em saúde pública e priorizar os valores que o sustentam. Desse modo, garantir a sustentabilidade do SUS é uma forma de reafirmar a saúde como direito humano fundamental, promovendo uma sociedade mais justa e igualitária.

Logo, compreender o processo histórico do SUS evidencia a trajetória de lutas sociais, disputas políticas e avanços institucionais que culminaram na sua consolidação como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Desde os primeiros movimentos em direção à assistência médica pública até a Constituição Federal de 1988, o SUS é resultado de um esforço coletivo para universalização da saúde, ancorado nos já citados princípios da equidade, da integralidade e da universalidade. Todo esse processo, embora marcado por conquistas significativas, revela também desafios contínuos, como o subfinanciamento, as desigualdades regionais e a necessidade de adequações frente às novas e múltiplas demandas contemporâneas. Tanto o sucateamento do sistema quanto a prevalência de interesses privados comprometem os avanços alcançados, o que reforça desigualdades e torna a saúde um privilégio, em vez de um direito. A luta pelo fortalecimento do SUS é, portanto, a luta por um Brasil mais solidário, onde o bem-estar coletivo prevalece sobre os interesses individuais e mercadológicos.

Reconhecer esse contexto histórico é crucial não apenas para valorizar as bases do SUS, mas também para entender as condições que moldam suas práticas e apontam direções para seu fortalecimento enquanto instrumento fundamental de cidadania e justiça social. Diante disso, a MFC se revela imprescindível para seu sucesso, pois promove um modelo de assistência integral, centrado nas necessidades da população e fundamentado nos princípios da APS, e, por isso, deve ser valorizada como especialidade, já que sua adesão pode assegurar a viabilidade e a eficácia do SUS.

2.2.1 Diretrizes e fundamentos do SUS

Como mencionado anteriormente, o SUS está embasado em três diretrizes fundamentais: universalidade, integralidade e equidade. Esses princípios orientam o funcionamento do sistema, assegurando que toda a população tenha acesso irrestrito aos serviços de saúde, sem distinção de renda, gênero ou condição social. A universalidade reflete a premissa de que o direito à saúde deve ser garantido a todos os cidadãos, enquanto a integralidade enfatiza a necessidade de oferecer cuidados que abrangem desde a prevenção até a reabilitação. A equidade, por sua vez, propõe o reconhecimento das desigualdades sociais e a priorização de recursos para os mais necessitados, buscando reduzir, assim, as disparidades no acesso aos serviços (Pereira, 2021).

Essas diretrizes são sustentadas por um arcabouço legal e normativo robusto, que inclui a Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990), a qual estabelece as condições para a organização e o financiamento do sistema (Brasil, 1990a, 1990b). Além disso, a descentralização — um dos pilares da gestão do SUS — visa aproximar a administração dos serviços de saúde das realidades das comunidades locais. Essa característica descentralizadora permite maior autonomia aos municípios na implementação de políticas de saúde, ao mesmo tempo que requer articulação contínua entre os entes federativos para evitar fragmentações.

Outro princípio fundamental é a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, ao organizá-los em níveis de complexidade, de modo que a população tenha acesso a todos os serviços necessários, mesmo que estes não estejam disponíveis em sua cidade de origem (Brasil, 1988). A participação social também é uma diretriz importante, pois permite à comunidade participar ativamente na formulação, na execução e na fiscalização das políticas de saúde, o que garante maior legitimidade ao SUS e favorece a transparência na gestão pública (Brasil, 1990a).

A operacionalização do SUS, por sua vez, está intrinsecamente relacionada à promoção da justiça social. Para tanto, o sistema enfrenta o desafio de incorporar novas tecnologias, medicamentos e práticas clínicas que atendam às demandas de uma sociedade em constante transformação. Esse processo é fundamentado em valores solidários, que colocam o bem-estar coletivo acima de interesses individuais ou corporativos (Brasil, 2024).

2.2.2 Importância do SUS para os brasileiros

O SUS desempenha um papel essencial tanto na promoção da saúde pública quanto na garantia de cidadania. Ao longo de sua história, tornou-se a principal ferramenta para a redução de desigualdades em saúde no Brasil e, graças à sua abrangência, não apenas assegura acesso universal aos serviços de saúde, mas também contribui para a coesão social e para a economia nacional. Dessa forma, a saúde é entendida como um componente fundamental do capital humano, essencial para o desenvolvimento de uma sociedade mais justa e equilibrada (Brasil, 1988).

De igual modo, é possível constatar sua relevância em momentos críticos, como durante pandemias e epidemias. Nessas ocasiões, conforme afirma o SUS funciona como um escudo para os mais vulneráveis, garantindo o acesso a vacinas, tratamentos e informações (Bousquat *et al.*, 2021). Nesse sentido, o fortalecimento da APS, por exemplo, é um dos alicerces para a prevenção de doenças e a promoção da saúde em comunidades periféricas. Como exemplo, tivemos a recente pandemia de covid-19, catalisador responsável por uma nova crise mundial:

[...] a pandemia amplificou as importantes desigualdades no acesso, cobertura e utilização de serviços de média e alta complexidade presentes no país na atenção à saúde das condições crônicas, especialmente no acesso à atenção especializada e hospitalar no SUS (Bousquat *et al.*, 2021, p. 20).

Embora o presidente à época desconsiderasse a gravidade do vírus, o SUS desempenhou um papel decisivo, garantindo a vacinação em massa e o acesso ao tratamento para milhões de brasileiros (Bousquat *et al.*, 2021). Diante disso, não se pode perder de vista como o modelo neoliberal, focado no trabalho, após pouco tempo de reclusão, dispensou cuidados importantes no cotidiano dos trabalhadores. Logo, não é exagero dizer que o SUS é um exemplo de como políticas públicas podem reduzir desigualdades, sobretudo em um país marcado por profundas disparidades socioeconômicas.

Conforme já destacado, antes da implementação do SUS, a assistência médica pública era restrita àqueles que contribuíam para a Previdência Social e, como consequência, uma parcela significativa da população não tinha acesso aos serviços essenciais (Polignano, 2001). Desse modo, o SUS é muito mais que um sistema de saúde: configura-se como uma ferramenta de justiça social, ao promover equidade, garantir

acesso universal aos serviços de saúde e fortalecer o capital humano nacional. Além disso, políticas como o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ampliaram o alcance do sistema, tornando-o parte ainda mais fundamental da vida de milhões de brasileiros (Mendes, 2019).

O SUS é fruto de um processo de mobilização social em prol da redemocratização do Brasil, cujos princípios constitucionais dizem respeito ao bem-estar coletivo. Dentre as políticas públicas previstas na Constituição Federal (Brasil, 1988), a saúde destaca-se como a que mais avançou e produziu inclusão social. Entretanto, persistem desafios crescentes, como o financiamento insuficiente, a carência de recursos humanos e a própria judicialização (Santos; Almeida; Terrazas, 2020).

2.2.3 Os desafios do SUS

Apesar de suas conquistas, o SUS enfrenta desafios significativos. A escassez de recursos financeiros já se constitui uma questão crônica, agravada por problemas de gestão e de corrupção em alguns níveis do sistema. Além disso, a desvalorização dos profissionais de saúde, a precarização das condições de trabalho e a ausência de infraestrutura em áreas periféricas e rurais são barreiras à efetiva implementação de suas diretrizes. Segundo Paim (2018, p. 1725):

Em termos ideológicos, os valores dominantes na sociedade brasileira tendem mais para a diferenciação, o individualismo e a distinção do que para a solidariedade, a coletividade e a igualdade. Esse aspecto negativo é agravado pelas limitadas bases sociais e políticas do SUS que não conta com a força de partidos, nem com o apoio de trabalhadores organizados em sindicatos e centrais para a defesa do direito à saúde inerente à condição de cidadania, tal como ocorrera em países europeus que optaram pelo Estado de Bem-Estar Social.

Ademais, embora a Constituição (Brasil, 1988) declare a saúde como um direito de todos e dever do Estado, este não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e para o desenvolvimento científico-tecnológico do SUS (Paim, 2018). Vários obstáculos contribuem para isso: a falta de profissionalização, o número excessivo de cargos de confiança, o uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos, a burocratização das decisões e a descontinuidade administrativa (Paim, 2018).

Outro grande desafio decorre das mudanças no perfil epidemiológico da população. O envelhecimento dos cidadãos e o aumento das doenças crônicas exigem adaptações no sistema. Como argumentado, o modelo de seguro tradicional não responde

adequadamente às demandas de doenças crônicas, que requerem acompanhamento prolongado e custos contínuos, pressionando ainda mais os recursos do SUS.

Somado a isso, a crescente judicialização da saúde também representa um problema, uma vez que demandas judiciais frequentemente resultam em decisões que favorecem interesses individuais em detrimento de políticas coletivas mais amplas. Tal cenário revela a complexidade de alinhar as expectativas da sociedade aos recursos disponíveis.

2.2.4 O sucateamento do SUS e os interesses privados

O sucateamento do SUS, seja pela falta de investimentos, seja pela má gestão, muitas vezes serve aos interesses de grupos privados. Como resultado, a deterioração do sistema público pode levar parte da população a buscar alternativas na iniciativa privada, reforçando a lógica de mercado na saúde. Isso, no entanto, contradiz o princípio constitucional da saúde como direito universal e dever do Estado, relegando-a a mera mercadoria.

Por sua vez, a segmentação do sistema de saúde no Brasil, ao combinar serviços públicos e privados, aprofunda desigualdades: enquanto as classes média e alta têm acesso a serviços privados de alta qualidade, grande parte da população depende exclusivamente do SUS, enfrentando longas filas e infraestrutura precária. Esse cenário beneficia apenas empresas privadas, que lucram com a insatisfação da população em relação ao sistema público.

Desse modo, torna-se claro que o enfraquecimento do SUS dificulta sua capacidade de responder a crises de saúde pública, obrigando-o a transferir a responsabilidade para o setor privado, que opera sob a lógica de lucro e não da solidariedade. Isso é particularmente preocupante, por exemplo, em contextos de pandemia, nos quais o acesso universal e gratuito a serviços de saúde é fundamental para proteger a população como um todo.

2.3 Medicina de Família e Comunidade: breve histórico

Seu sentido era da Medicina mais cordial, mais humano que o nosso. Ainda persistia neles o velho médico de família. Talvez não saibam mais do que os que vieram depois, mas certamente foram melhores, e mais sábios até. Porque

esqueceram que a sabedoria não é apenas conhecer as coisas, mas amá-las (Marañón *apud* Blasco, 2003, p. 203).

A escolha de iniciar esta subseção com uma citação atribuída a Gregório Marañón, renomado médico e humanista espanhol, justifica-se pela importância de uma abordagem humanizada e afetiva na medicina. Tal ideia, corroborada pelo autor, enfatiza que a sabedoria não reside apenas no conhecimento técnico, mas também no amor pelo que se faz.

Nesse sentido, este tópico objetiva refletir sobre o movimento histórico da MFC, analisando a emergência dessa prática médica e da estruturação da APS. Desse modo, a MFC será pensada não como um conjunto objetivo de fatos, mas como uma prática atravessada por relações políticas e sociais, modernizada ao longo do tempo em diferentes contextos. De acordo com Foucault (2011) e Rosen (1994), essa lógica afasta a ideia de uma medicina que contenha, *a priori*, uma essência política (com determinado exercício de poder intrínseco a ela) de forma ontológica (existindo em si mesma) ou epistemológica (com modelo científico único).

Inicialmente marginalizada, a MFC ganhou maior visibilidade após a expansão da Estratégia de Saúde da Família. Embora não seja uma novidade no Brasil ou no mundo, para compreender seu processo de formação, faz-se necessário resgatar aspectos de sua história. Segundo Blasco (2003), a reforma do ensino médico trouxe benefícios inegáveis, mas, com eles, vieram como tributo necessário algumas perdas. A fragmentação do saber médico — instaurada como recusa a um programa científico na própria academia (afinal, não é possível dominar todos os conhecimentos, menos ainda quando estes se renovam a cada instante) — acarretou o consequente rompimento da relação médico-paciente. Dependendo da enfermidade que acometesse o paciente, médicos distintos seriam responsáveis por seu atendimento. Assim, ciência médica foi dividida para que pudesse ser melhor conhecida, dominada e ensinada; contudo, nessa divisão, o paciente foi inevitavelmente atingido.

O surgimento da MFC no Brasil, como apontam diversos autores da área médica, por exemplo Roncoletta *et al.* (2003), deu-se em meio a um modelo médico voltado ao atendimento hospitalar e ao crescimento das subespecialidades. Sendo a MFC a porta de entrada do SUS, sua relevância no fortalecimento da APS faz com que compreendamos com mais profundidade a especialidade em questão. Trata-se de uma área estratégica, pautada essencialmente pelo cuidado, pela equidade e pelo acesso universal do indivíduo,

valorizando a relação médico-paciente dentro do contexto sociocultural da comunidade assistida. Como enfatiza Starfield (2002), a APS é o pilar central de sistemas de saúde robustos e é fundamental para melhorar os indicadores de saúde da população em diferentes contextos sociais. Dentro desse sistema, podemos destacar como vantajoso o acesso universal e contínuo, que garante o atendimento de cada paciente:

Todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (Starfield, 2002, p. 19).

A partir da década de 1960, as atenções em saúde passaram a ser organizadas de acordo com a natureza dos serviços prestados (Janaudis, 2010). Com isso, em um nível denominado primário, incluiu-se o enfrentamento das desigualdades em saúde, considerando as determinantes sociais que afetam as condições de vida da população e constituindo-se como a porta natural de entrada para o atendimento médico, independentemente da moléstia que acomete o paciente. O nível secundário inclui a atenção prestada pelos especialistas de acordo com a doença corrente de cada paciente. Por fim, o nível da atenção terciária compreende serviços altamente especializados e procedimentos hospitalares. Essa classificação, sem tirar nenhuma variável substancial do contexto, contribui com uma perspectiva lógica no cuidado do paciente e na divisão das funções dos médicos.

Em vista disso, a MFC obteve grande expansão e visibilidade a partir de 2002; no entanto, a especialidade ainda necessita de mais atenção tanto no meio acadêmico como nos órgãos governamentais. Mesmo assim, pode-se dizer que os médicos de família marcaram presença no imaginário social de várias épocas, de modo que, segundo Bonet (2014), costumam estar associados a uma prática menos tecnológica e mais interpessoal.

Atualmente, esses profissionais atuam em serviços primários e públicos de saúde, atendendo populações historicamente marginalizadas, além do setor suplementar — modelo defendido por grandes planos de saúde como um sistema de formação e atenção mais racional, qualificado e com um bom custo-benefício. Segundo Machado, Melo e Paula (2019, p. 3):

Como o número de médicos de família e comunidade com formação e/ou titulação específica no Brasil ainda é muito baixo, a abertura de novos postos de trabalho no setor privado tende a diminuir a presença ou, no mínimo, a dedicação de parte dos médicos de família e comunidade no SUS. [...] No entanto, há avaliações, dentro da Medicina de Família e Comunidade, indicando que o sucesso do emprego do *gatekeeper* no setor privado poderá ser reimportado por gestores locais no SUS, numa espécie de legitimação reversa. Temos dúvida, contudo, da validade dessa eventual legitimação, além do risco adicional de perda de profissionais já escassos. Isso reforça a necessidade de regulação e efetiva reordenação da força de trabalho em saúde pelo Estado, de modo democrático e orientado pelas necessidades da sociedade. Não ignoramos, no entanto, o fato de que os usuários da saúde suplementar também merecem ser bem cuidados no SUS (com ressarcimento) ou nos serviços pagos. Esse é um ponto polêmico e relevante dessa discussão, bem como a regulação efetiva da saúde suplementar.

Nessa direção, o campo da APS tem sido um *locus* privilegiado para essa discussão, pois proporciona ao jovem médico em formação um olhar humanizado e holístico sobre a sociedade e a especialidade. Além disso, torna-se fundamental que as políticas públicas fomentem a formação de profissionais especializados em MFC, bem como o desenvolvimento de pesquisas que fortaleçam a prática clínica e a gestão do cuidado. Nesse sentido, Anderson *et al.* (2007) defendem que a construção de um sistema equitativo necessita de um contínuo investimento em educação, participação social e infraestrutura.

Conclui-se, portanto, que a MFC é fundamental para o fortalecimento do SUS e para a garantia do direito à saúde no Brasil. No decorrer de sua história, ela consolidou-se como um modelo de cuidado centrado na pessoa e na comunidade, mas ainda enfrenta desafios significativos para alcançar sua plena potencialidade. Avançar na consolidação da MFC requer o comprometimento do Estado, da academia científica e da sociedade civil na construção de um sistema de saúde mais justo e inclusivo.

2.3.1 Princípios da Medicina de Família e Comunidade

Para Lopes e Dias (2019), a MFC é a especialidade médica que presta assistência à saúde de forma continuada, integral e abrangente para as pessoas, suas famílias e a comunidade. Ela se distingue, sobretudo, pois se dispõe a conhecer intimamente seu público ao longo do tempo, compartilhando de sua confiança, respeito e amizade, bem como presta cuidados a uma população indiferenciada quanto à idade, ao gênero, às condições de saúde ou ao sistema de órgãos. É uma especialidade médica que atua, fundamentalmente, no nível primário da atenção à saúde. A variedade de problemas encontrados, seja de forma individual, seja nas visitas aos pacientes, mantém a prática da MFC estimulante e desafiadora.

De acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional da Atenção Primária, instituída por meio da portaria nº 2.436/2017, a Estratégia de Saúde da Família visa:

a reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde de responsabilidade dos gestores estaduais e gestores municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica para fornecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Brasil, 2017).

Assim, reafirma-se “a responsabilidade do médico de família e comunidade em atender a todas as faixas etárias e ambos os sexos, sem que haja, neste âmbito da assistência, um compartilhamento de pacientes com outras especialidades” (Campos, 2005, p. 10). Sustentado nos conceitos acima, podemos reafirmar que os princípios da MFC estão alicerçados no acesso do usuário; na longitudinalidade do cuidado, atendendo desde o pré-natal até a pessoa idosa; na integralidade, assistindo o indivíduo como um todo; na relação deste sujeito com sua família e com a comunidade em que vive; e na coordenação do cuidado da pessoa, da comunidade e de sua equipe de trabalho.

2.3.2 O ensino da Medicina de Família e Comunidade no Brasil

Paulo Freire (2019, p. 30) afirma que “Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses quefazer se encontram um no corpo do outro”. A partir dessa perspectiva, compreende-se que ensinar e pesquisar são atividades indissociáveis e devem caminhar juntas, fortalecendo-se mutuamente.

Neste item, busca-se destacar a importância de integrar ensino e pesquisa na universidade, especialmente na formação médica. O objetivo é ampliar a compreensão dos estudantes sobre a história e o valor da MFC enquanto especialidade fundamental para a prática médica, bem como ressaltar a relevância que a prática de pesquisa exerce durante a sua concretização no processo de formação médica.

Da medicina comunitária, nos anos 1970, aos programas PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e PSF, nos anos 1990, até a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e suas implicações no ensino médico atual, várias mudanças ocorreram no ensino médico ao longo do tempo. Nesse percurso, o ensino da MFC vem se consolidando nas universidades, devido à demanda do mercado e à necessidade da

população em ter uma medicina mais humanizada e centrada no indivíduo. Do ponto de vista pedagógico, o ensino da MFC exige metodologias que promovam a integração ensino-serviço-comunidade, centradas em práticas interdisciplinares e no desenvolvimento de competências para o cuidado integral e longitudinal, focado na pessoa como um todo.

Apoiando-se no referencial de Bonet (2014), já introduzido, embora os “médicos da família” estivessem associados a uma prática menos tecnológica e mais interpessoal, atualmente, eles integram os serviços primários e públicos de saúde, atendendo a populações historicamente marginalizadas. Ademais, atuam também nos setores suplementares de saúde, os quais têm sido defendidos publicamente por grandes planos de saúde como modelo de formação e atenção mais racional, qualificado e de melhor custo-efetivo.

Contudo, essa iniciativa do sistema privado de saúde em angariar os profissionais especializados da área — relembrando o trecho abordado anteriormente, no qual, segundo a Scheffer *et al.* (2023), tem o percentual de 6,3% — poderá drenar os poucos e bons profissionais para si, prejudicando ainda mais o sistema público de saúde, que tem a especialidade como porta de entrada do SUS. À vista disso, a MFC deve estar inserida nos currículos das universidades tanto na prática, quanto na teoria. Segundo Byrne *et al.* (1978), há sete razões principais para incluir a MFC nas universidades. Ressalta-se, então, a importância da institucionalização dessa especialidade, que tem sido discutida academicamente há quase 50 anos, enquanto na atualidade ainda nos debruçamos sobre as mesmas questões relacionadas à sua consolidação.

Com base nesses dados, a primeira razão afirma que os estudantes de medicina devem vivenciar e entender o cenário e as maneiras pelas quais a grande maioria da população é cuidada pelos serviços de saúde; a segunda ressalta que esses estudantes devem vivenciar a especialidade na sua forma mais integrada e integradora, evidenciando, no cenário de prática do médico de família, aspectos que corroboram com a perspectiva de Gohn (2007, p. 27): “A prática gera aprendizados e saberes, mas não pode ser apenas autorreferenciada. Necessita de conteúdos e formas de desenvolvimento teóricas específicas”. Já na terceira razão, os estudantes devem vivenciar a medicina centrada na pessoa, invertendo a tendência de enfoque na doença e na tecnologia. Na quarta, os estudantes de medicina devem ter a oportunidade de vivenciar a prática da MFC, a fim de incluir a especialidade como possível prioridade nas opções para a futura carreira. Aqueles que apresentam perfil compatível e potencial para se tornarem futuros médicos de família e comunidade precisam ter contato com a especialidade, a exemplo do que ocorre com

outras áreas de formação. A quinta razão aponta que os estudantes que seguirão outras especialidades precisam conhecer as bases de atuação do médico de família e comunidade. Isso é importante se considerarmos que a maioria das especialidades atuará no sistema de saúde como referência para o encaminhamento e/ou parecer de casos provenientes dos médicos de família e comunidade e/ou utilizarão os médicos de família e comunidade como referência para o encaminhamento clínico geral dos pacientes atendidos por eles. A sexta razão destaca que a atuação dos médicos de família e comunidade como professores de graduação nas universidades amplia as possibilidades de ensino, de pesquisa e de extensão. Essa integração amplia não apenas o envolvimento, mas também a responsabilidade dos futuros profissionais diante das necessidades e demandas da saúde das pessoas e das comunidades. Por fim, a sétima razão refere-se ao fato de que a MFC, assim como outras especialidades, precisa da vivência prática durante a graduação, pois isso favorece o estímulo ao seu desenvolvimento acadêmico e científico.

A potência transformadora da MFC nos cursos de graduação médica tem sido evidenciada por órgãos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). Fundamentando-se na literatura consultada e no referencial teórico analisado, conclui-se que um currículo orientado à realidade social e ao SUS, com ênfase em competências voltadas à APS, é essencial para a consolidação da MFC como disciplina autônoma e valorizada nos cursos de medicina. Para tanto, é indispensável a atuação de professores especializados e engajados tanto na prática quanto na pesquisa. Dessa forma, é possível fomentar a visibilidade da MFC como especialidade, despertando o interesse dos egressos em atuar nessa área.

A trajetória da formação médica no Brasil sempre carregou o peso de uma inclinação histórico-cultural em direção à complexidade hospitalar, pondo a APS e, consequentemente, a MFC, em um papel secundário no currículo. Esse déficit formativo resultou, por décadas, na egressão de profissionais notavelmente competentes em ambientes de alta tecnologia, mas frequentemente desprovidos da visão ampliada necessária para atuar no SUS, onde a maior parte das necessidades de saúde da população se manifesta. A percepção dessa lacuna crítica impulsionou uma série de revisões regulatórias, culminando na consolidação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), instituídas em 2025, que buscam, de forma incisiva, corrigir essa rota e alinhar o perfil do futuro médico às demandas sociais do país.

Neste cenário de transformação, a MFC deixa de ser uma disciplina optativa e se estabelece como um eixo estruturante. As DCNs prescrevem que o egresso deve possuir

uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, exigindo que o cuidado seja integralmente centrado na pessoa, na família e na comunidade. Essa abordagem, essencialmente ligada à MFC, demanda o desenvolvimento de um raciocínio clínico-epidemiológico que transcenda o olhar biológico e incorpore os determinantes sociais, ambientais e culturais da saúde.

Diante disso, a inserção da MFC no currículo não se dá apenas pela teoria, mas é concretizada pela obrigatoriedade de cenários de prática no SUS, com ênfase na APS, onde o estudante deve vivenciar o trabalho em equipe interprofissional e desenvolver a competência crucial do cuidado longitudinal, acompanhando os indivíduos em seu contexto social ao longo do tempo. O tratamento curricular da MFC, portanto, é formalmente robusto, definindo o cerne do que o médico deve saber e como deve atuar.

Contudo, é no processo de transposição do prescrito para o praticado que emerge a justificativa fundamental para o desenvolvimento de um PE complementar. O que as DCNs prescrevem nem sempre se traduz em excelência de ponta, resultando em um hiato entre o ideal formativo e a realidade institucional. A principal deficiência reside na qualificação e na disponibilidade de preceptores com *expertise* pedagógica na rede de saúde, essenciais para uma formação em serviço de qualidade. Outrossim, a cultura arraigada do ensino fragmentado e a dificuldade em integrar verdadeiramente a dimensão psicossocial à prática clínica persistem, enfraquecendo a capacidade do estudante de abordar a família e a comunidade de forma sistêmica.

Esta disparidade — a excelência teórica estabelecida pela norma *versus* a heterogeneidade da implementação e a fragilidade na educação permanente dos formadores — expõe o que ainda não é plenamente consolidado na formação do futuro médico. É justamente para suprir essa necessidade de aprofundamento prático, de atualização contínua e de capacitação dos agentes de ensino na clínica ampliada da MFC que o produto educacional (PE) se torna indispensável, atuando como um catalisador para a efetivação dos princípios humanistas e generalistas defendidos pelas diretrizes curriculares.

2.3.3 *História e consolidação da residência em Medicina de Família e Comunidade*

A partir de uma breve análise histórica e institucional, pretende-se elencar não somente o contexto de surgimento, mas também os principais desafios enfrentados na formação de profissionais da MFC, bem como o papel das universidades na estruturação e implantação da APS no país. Esse diálogo pretende buscar uma reflexão a partir da

criação dos programas de residência médica na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A institucionalização da MFC como especialidade teve início em meados da década de 1970, concomitantemente aos movimentos de renovação da formação médica que surgiam em diferentes países. No Brasil, o ano de 1976 marca a criação dos primeiros programas de residência médica na área, em três instituições pioneiras: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ):

1974–1980 — Nesta primeira etapa, a especialidade — e a residência médica — não tinham ainda nome definido e nenhum respaldo normativo ou legal. Existiam poucos Programas de Residência Médica (PRM) no país, incluindo os três pioneiros, iniciados em 1976: (i) Programa de Residência em Multiprofissional em Saúde Comunitária (hoje: Residência Integrada em Saúde), Centro de Saúde Escola Murialdo (Porto Alegre - RS); (ii) Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária. Projeto Vitória (Vitória de Santo Antão, próximo a Recife - PE), extinto em 1986; e (iii) Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária, Serviço de Medicina Integral da UERJ (Rio de Janeiro - RJ) (Simas *et al.*, 2018, p. 4).

Esses programas, inicialmente, tinham como foco a Medicina Geral Comunitária e foram implementados nos currículos em resposta à necessidade de formar médicos com um perfil mais abrangente, capazes de atender em territórios com poucos recursos e alta demanda social. Em 2002, o nome da especialidade passou a ser Medicina de Família e Comunidade, refletindo uma visão mais integrada com o cuidado em saúde.

A UFRGS foi uma das instituições responsáveis por fomentar essa especialidade de formação mais humanizada. Seu programa de residência em MFC começou em Porto Alegre, no bairro Murialdo, com uma proposta de forte integração entre universidade, serviço de saúde e comunidade. Os idealizadores defendiam uma formação crítica, pautada na realidade social dos usuários do sistema de saúde:

O objetivo do programa de residência é formar profissionais de saúde para o planejamento, a gestão e a clínica da atenção básica, através do trabalho em equipe multiprofissional com vistas à integralidade da atenção em saúde, conforme explicitado no planejamento pedagógico elaborado em 2000, quando foi retomada a formação multiprofissional vinculada à ESP/RS (Rossoni, 2015, p. 1012).

A residência da UFRGS constituiu-se por meio da vivência prática e da reflexão coletiva. Os residentes atuavam em unidades básicas de saúde, acompanhando famílias, desenvolvendo ações educativas e fortalecendo o vínculo com os territórios. O modelo de

ensino em serviço visava não apenas romper com a fragmentação do cuidado, mas também promover uma atuação médica mais comprometida com a integralidade e a equidade:

Além disso, a finalidade dessa formação é atender às necessidades de preparo de profissionais para atuação no SUS e, portanto, seus princípios devem ser contemplados. Devido a essas indagações, o percurso escolhido foi o acompanhamento da formação e do trabalho das equipes das unidades básicas de saúde que eram cenários de ensino da residência. Algumas questões mobilizaram este percurso, entre elas: como preceptores e residentes vivenciam esses processos de formação no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde e que desafios se colocam às instâncias formadoras? (Rossoni, 2015, p. 1014).

Ao mesmo tempo, a UERJ também investia na construção de um modelo de formação em consonância com os princípios da medicina integral. O programa de residência da instituição surgiu ancorado em experiências inovadoras, como o Internato Rural e o Ambulatório de Medicina Integral, que já vinham sendo desenvolvidos na Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Em publicação online na revista SBMFC (Residência [...], 2016), destaca-se:

Maria Inez Padula, ex-presidente da SBMFC, destaca a importância do PRMFC. “O Programa da UERJ tem contribuído para a criação, desenvolvimento e aperfeiçoamento de programas docente-assistenciais envolvendo a especialidade em várias cidades do País. Nos últimos cinco anos, de forma mais expressiva no Rio de Janeiro, no bojo do processo de rápida expansão da estratégia Saúde da Família que se verifica no município”, ressalta.

A residência em MFC da UERJ incorporou uma forte base interdisciplinar e valorizou o diálogo com áreas como saúde coletiva e ciências sociais, fomentando a implementação de um projeto pedagógico centrado na exaltação do território, da escuta e do cuidado longitudinal:

O diferencial do programa é a busca pelo desenvolvimento de um modelo docente-assistencial centrado no paradigma da integralidade (complexidade) mais adequado do que os modelos centrados no paradigma biotecnológico (cartesiano), particularmente no âmbito da APS. A taxa de ocupação das vagas é variável e gira em torno de 70 e 80%.

Maria Inez frisa que a especialidade de MFC ainda enfrenta algumas barreiras. “Ainda há preconceitos a serem quebrados e são necessárias estratégias de curto, médio e longo prazo para vencê-los. Quando há políticas competentes e estáveis de valorização da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da MFC — como no Rio de Janeiro nos últimos anos — isto se reflete na taxa de ocupação”, pontua (Residência [...], 2016).

Tanto a UFRGS quanto a UERJ desempenharam um papel central na difusão e consolidação da MFC em âmbito nacional. Suas residências médicas formaram gerações de profissionais comprometidos com a atenção básica e com a promoção de saúde em contextos desafiadores. No entanto, o percurso não foi isento de obstáculos. Dentre os principais desafios, destacam-se a desvalorização da especialidade, a resistência de setores tradicionais da medicina e a limitação de recursos nos serviços públicos. Apesar disso, tais iniciativas foram fundamentais para estruturar a Estratégia de Saúde da Família, hoje principal modelo de atenção básica no Brasil.

2.3.4 Os desafios na fixação de profissionais na Atenção Básica

Apesar da consolidação da MFC e do seu papel central na Estratégia Saúde da Família, a permanência de médicos na atenção básica continua sendo um desafio persistente no cenário brasileiro. Um estudo relevante de Ney e Rodrigues (2014), ao analisar o município de Duque de Caxias, no Rio de Janeiro, oferece um panorama elucidativo dos fatores críticos que interferem na fixação de profissionais médicos na ESF.

A pesquisa supracitada revelou uma alta rotatividade de profissionais, impulsionada por uma combinação de insatisfação, condições de trabalho inadequadas e uma carga horária considerada exaustiva. As políticas locais de recursos humanos são frequentemente distorcidas no que se refere à remuneração e aos planos de cargos, carreira e salários, o que limita e penaliza a ascensão profissional.

No estudo específico realizado em Duque de Caxias, entre 2005 e 2008, os dados referentes à rotatividade foram alarmantes: apesar das constantes contratações, o número de desligamentos cresceu significativamente. Em 2008, por exemplo, embora 50% dos médicos fossem admitidos, cerca de 35% eram desligados em média a cada ano. A análise mostrou que, no ano de 2008, “o número de desligamentos também aumentou, confirmando, assim, a alta rotatividade dos médicos da estratégia no município” (Ney e Rodrigues, 2014).

A percepção dos médicos entrevistados no estudo de Ney e Rodrigues (2014) traça um quadro de insatisfação com o ambiente de trabalho. Queixas recorrentes incluíram as condições físicas inadequadas das unidades, a ausência de serviços básicos como água, luz e telefonia, bem como a falta de equipamentos e de insumos essenciais. Ainda mais, a carga de trabalho excessiva era um fator de estresse significativo. Por vezes, o grande número de famílias a serem atendidas excedia os limites recomendados

internacionalmente — chegando a quatro mil pessoas no Brasil, em contraste com o limite de duas mil em Portugal e Espanha, ou até quatrocentas em Cuba.

A interferência política na gestão das unidades e o sentimento de isolamento profissional também emergiram como aspectos desmotivadores. Em vista disso, a política municipal de recursos humanos foi um dos pontos mais sensíveis e provocou grande indignação entre os profissionais. A remuneração era considerada muito ruim e inadequada para uma carga horária de 40 horas semanais; além disso, a ausência de um plano de cargos e carreiras não oferecia perspectivas futuras. Assim, tanto a falta de atividades de educação permanente quanto a dificuldade de diálogo com especialistas — que muitas vezes demonstravam desprezo pela MFC — reforçaram a desvalorização da especialidade.

Todas essas dificuldades estão intrinsecamente ligadas à baixa regulação estatal do trabalho e da formação médica no Brasil, um ponto crítico levantado por Rodrigues *et al.* (2013). O país, diferentemente de nações como Austrália, França, Reino Unido, Suécia, Espanha, Portugal e Canadá, não detém um controle público efetivo sobre o “estoque” e a formação das diferentes especialidades médicas. Por conseguinte, essa lacuna regulatória contribui diretamente para a insuficiente oferta de profissionais para a ESF e para a persistência de problemas na sua fixação.

Apesar da competência do SUS para ordenar a formação de recursos humanos em saúde (art. 200, III da Constituição Federal), a ausência de um planejamento estatal robusto voltado à formação de especialistas tem levado a uma desarticulação entre as necessidades de saúde da população e o perfil dos médicos formados (Ceccim, 2007). Mesmo com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em 1977, e a promulgação do Decreto nº 7.562/2011, que buscam alinhar a formação às necessidades do SUS, a influência decisiva da corporação médica na definição dos rumos das especializações ainda é notória (Feuerwerker, 1998). Essa dinâmica, consolidada formalmente por convênios entre a CNRM, a AMB e o Conselho Federal de Medicina (CFM), coloca nas mãos das próprias associações médicas grande parte da autonomia sobre a formação e regulação dos especialistas no mercado de trabalho.

Nesse contexto, a escolha profissional do médico é um fator crucial. Pêgo-Fernandes e Bibas (2011) destacam que, embora motivações altruístas e realização pessoal sejam importantes para a escolha da medicina após a graduação, a tendência à especialização excessiva se torna evidente. Muitos estudantes e residentes buscam especialidades associadas a um “estilo de vida controlável”, preterindo carreiras

generalistas, como a MFC, mesmo que essa preferência resulte em dificuldades de inserção no mercado de trabalho nas especialidades escolhidas. Há uma clara disparidade na concorrência para as especialidades de residência, com um número excessivo de candidatos para áreas como Dermatologia e Cirurgia Plástica, enquanto faltam candidatos para a MFC, considerada primordial pelo governo (Pêgo-Fernandes; Bibas, 2011). Isso demonstra um descompasso entre a formação, as necessidades do país e as preferências dos profissionais, ditadas, em grande parte, pelo próprio mercado.

A flexibilização da carga horária dos médicos na ESF, introduzida pela Portaria GM/MS nº 2.488/2011 da Política Nacional de Atenção Básica, exemplifica essa baixa regulação. Tal medida, embora visasse atrair mais profissionais, permitiu a atuação com cargas horárias variadas (20, 30 ou 40 horas semanais), o que pode comprometer a integração das equipes multiprofissionais e a longitudinalidade do cuidado, um princípio basilar da ESF. A possibilidade de diferentes médicos acompanharem o mesmo paciente e a potencial ausência de profissionais em determinados horários são preocupações levantadas por Fontenelle (2012) e Rodrigues *et al.* (2013). Essa flexibilização, vista como um retrocesso na regulação e um abandono da isonomia entre os profissionais da equipe, pode, paradoxalmente, enfraquecer o próprio modelo de atenção que se busca fortalecer.

A criação do Programa Mais Médicos (Brasil, 2013) é reconhecida como uma iniciativa que busca maior regulação estatal sobre a profissão médica, visando diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias e aprimorar a formação. Contudo, Rodrigues *et al.* (2013) levantam um questionamento essencial: qual o incentivo para a formação na especialidade de MFC quando o exercício profissional na área pode ser realizado em horário parcial, sem a exigência de formação específica? Essa “posição titubeante entre a regulação e a desregulação” (Brasil, 2013) por parte do Estado brasileiro pode ser interpretada como uma concessão aos interesses de mercado e da corporação médica, o que contrasta com a ênfase na APS e na filosofia da Saúde da Família observada em outros países.

A aposta em “estímulos” e facilidades, como a flexibilização da carga horária, em detrimento de um papel regulador mais contundente do Estado sobre a formação e o exercício profissional, parece ignorar os fortes atrativos do mercado, opondo-se à fixação na ESF. Isso resulta em um aparente descompasso entre a retórica oficial que atribui grande importância à Saúde da Família e às medidas efetivas de formação e regulação da especialidade no país (Rodrigues *et al.*, 2013).

Nesse cenário complexo, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina de 2014 surgem como uma oportunidade para ressignificar a educação médica e, consequentemente, impactar a fixação de profissionais na APS. Ferreira *et al.* (2019) destacam que as DCNs de 2014 buscam reestruturar os currículos para capacitar futuros profissionais a atuarem em diferentes níveis de atenção, reforçando o compromisso com a saúde integral e a transversalidade da prática orientada pela determinação social do processo saúde-doença. Elas dão ênfase ao campo da Saúde Coletiva e propõem a superação do paradigma biomédico, caminhando para uma gestão compartilhada da clínica e a valorização do trabalho interprofissional em equipe. A APS é vista, então, como o cenário preferencial para a formação, pois visa aprimorar conhecimentos, habilidades e atitudes do profissional médico em consonância com as demandas das famílias e comunidades (Ferreira *et al.*, 2019).

A despeito de reconhecer a importância da integração da clínica com a saúde coletiva para uma formação mais humanista, ética, crítica e reflexiva, Ferreira *et al.* (2019) também apontam desafios na implementação dessas diretrizes. As condições materiais e a predominância dos cenários de prática hospitalares ainda são obstáculos. Além disso, a cultura de *self-service* entre os alunos, que preferem o “pronto” em vez da inovação, e a resistência a um modelo que exija mais proatividade e responsabilidade social, dificultam a transição para um profissional generalista, propositivo e resolutivo. Contudo, a valorização da vida, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, com foco na determinação social do processo saúde-doença, são proposições das DCNs de 2014 que, se efetivamente incorporadas, podem transformar o modelo de formação e alinhar os médicos às necessidades do SUS (Ferreira *et al.*, 2019).

Apesar de todos esses desafios, o estudo de Ney e Rodrigues (2014) também identificou fatores que favorecem a permanência dos médicos na ESF, como a identificação com a filosofia da estratégia, a vocação profissional e a possibilidade de servir à comunidade. Isso sugere que, embora as condições estruturais e salariais sejam importantes, o engajamento com os princípios da ESF e o desejo de impactar positivamente a vida das pessoas são poderosos motivadores para a fixação desses profissionais.

Diante desse cenário, a formação em MFC, tal como moldada pelas experiências da UFRGS e da UERJ, torna-se ainda mais relevante. É por meio de uma formação humanizada, que valorize o território, a escuta e o cuidado longitudinal, que se pode construir uma nova geração de médicos de família resilientes e comprometidos, capazes

de enfrentar os desafios e de consolidar a ESF como a espinha dorsal do SUS. A reflexão sobre as percepções dos alunos em relação à MFC, tema central desta dissertação, é fundamental para compreendermos como os futuros profissionais podem ser preparados para atuar e permanecer em um contexto tão complexo e, ao mesmo tempo, tão vital para a saúde pública brasileira.

É importante ressaltar, contudo, que aprofundar a análise sobre a fixação de profissionais na APS no contexto brasileiro esbarra em um desafio metodológico significativo: a dificuldade em localizar, na íntegra, artigos acadêmicos recentes que tragam uma análise de dados atualizada e abrangente sobre o tema. Essa lacuna temporal na disponibilidade de pesquisas públicas e acessíveis estende a validade da discussão de estudos como o de Ney e Rodrigues (2014), que, embora fundamental, reflete um período anterior. A escassez de dados mais recentes impede uma comparação imediata com o cenário atual, tornando a compreensão dos desafios persistentes ainda mais complexa e reforçando a urgência de novas investigações.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

A metodologia da presente pesquisa foi fundamentada na teoria de Gil (2008), compreendida como uma abordagem exploratória. Tal método visa examinar um problema ou tema a fim de compreender melhor suas características ou de identificar hipóteses futuras. Geralmente de ordem qualitativa, pode também incluir métodos quantitativos. Nesta pesquisa, adotou-se a abordagem exploratória qualitativa, utilizando entrevistas, grupos focais, análise documental, entre outros.

A pesquisa seguiu um ciclo que foi da fundamentação teórica ao diagnóstico prático, resultando em uma intervenção. Na primeira etapa, foi elaborada uma revisão de literatura que envolveu artigos científicos, pesquisas realizadas na área, teses e dissertações, documentos normativos e documentos da sociedade médica. Para tanto, a busca bibliográfica se deu por meio do acesso às plataformas de produções científicas disponíveis. O período de análise ocorreu entre fevereiro de 2024 e julho de 2025. Como descritores foram utilizadas as palavras: “medicina de família e comunidade”, “formação do médico”, “especialização” e “ensino”.

Na segunda etapa, foi feita uma pesquisa de campo e de coleta de dados por meio do mapeamento das concepções e percepções dos estudantes de Medicina sobre a MFC (Diagnóstico). E por fim, na terceira etapa, foi desenvolvido o PE com o objetivo de despertar nos estudantes de medicina o interesse pela especialidade em MFC.

3.1 Contexto da pesquisa

O contexto desta pesquisa desenvolveu-se na universidade privada Afya Universidade Unigranrio, localizada no município de Duque de Caxias, no estado do Rio de Janeiro, fundada em 1970 por José de Souza Herdy. O curso de Medicina foi criado na década de 1990 e, hoje em dia, a universidade tem como foco a educação médica. No ano letivo de 2025.1, o quantitativo total de alunos matriculados no curso de Medicina — do 1º ao 12º período — é de 1.544 estudantes.

3.2 O pesquisador como professor-pesquisador no Mestrado Profissional

Esta dissertação se insere na modalidade de Mestrado Profissional em Ensino de Ciências e Saúde, o que exige um alinhamento direto entre a pesquisa e a intervenção

prática, tendo como resultado um PE. O foco central não é apenas a produção de conhecimento teórico, mas também a reflexão sobre a prática e sua transformação (Cevallos; Passos, 2012). Nesse contexto, o pesquisador se posiciona como um **professor-pesquisador**, assumindo uma postura de investigação sistemática sobre a própria prática e o contexto educacional onde está inserido (Demo, 1992).

O envolvimento com a pesquisa, nesse caso, permitiu ao docente refletir sobre as concepções dos estudantes acerca da MFC e, a partir desse diagnóstico, construir e avaliar uma ferramenta didática (o documentário) buscando aperfeiçoar o processo formativo (Carvalho; Pérez, 2011). A articulação entre o diagnóstico inicial (Seção 4) e o PE (Seção 5), reside precisamente nessa postura: a etapa diagnóstica serviu para mapear as lacunas de percepção e conhecimento, enquanto o PE surgiu como a resposta prática e formativa a essas lacunas.

3.3 Sujeitos da pesquisa

A segunda etapa se desenvolveu por meio de um estudo de caso, utilizando como unidade de análise alunos do curso de Medicina de uma instituição privada que aceitaram participar da pesquisa após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os questionários foram aplicados pessoalmente pelo pesquisador. O convite para participação e a subsequente aplicação ocorreram durante as aulas teóricas dos respectivos períodos (10º, 11º e 12º) dentro do campus universitário. Essa estratégia garantiu um ambiente familiar e acessível para os estudantes. Antes da aplicação, apresentamos a pesquisa de forma clara, contextualizando seus objetivos e a relevância do tema da MFC. Houve um grande interesse e engajamento por parte dos discentes, o que contribuiu para a taxa de adesão e a qualidade das respostas.

Após o esclarecimento de todas as dúvidas, aqueles que se voluntariaram a participar assinaram o TCLE, garantindo a eticidade e a voluntariedade da participação. A facilitação do acesso aos estudantes e a criação de um ambiente propício para a coleta foram diretamente beneficiadas pela inserção do pesquisador no corpo docente da instituição, estabelecendo uma relação de confiança e familiaridade com os participantes. Para preservar a confidencialidade e garantir a integridade dos envolvidos, as falas foram identificadas de forma anônima, utilizando a codificação alfanumérica de E1 a E31. Essa abordagem permitiu a apresentação das percepções individuais sem expor a identidade dos participantes, respeitando os princípios éticos da pesquisa.

Como critérios de inclusão, consideraram-se os discentes regularmente matriculados no ano letivo de 2025.1 que estivessem cursando o 10º, 11º e 12º períodos, totalizando 293 alunos dentro de um universo de 1.544. Nesse recorte, uma amostra de 31 alunos se voluntariou a responder ao questionário durante as aulas teóricas de seus respectivos períodos no campus universitário, onde apresentamos a pesquisa em questão. Utilizamos como critérios de exclusão os alunos de outros períodos do curso, bem como aqueles de licença médica ou em afastamento escolar.

Os períodos em questão correspondem ao 5º e ao 6º ano da graduação, momento em que os graduandos já passaram por todas as disciplinas e encontram-se no momento prático, chamado internato. Nessa fase, os estudantes, em sua grande maioria, já escolheram ou estão escolhendo uma área específica, o que facilitou o processo de identificar suas percepções. Na terceira etapa, foi desenvolvido, como PE, um documentário sobre a temática da MFC, cujo roteiro encontra-se detalhado em sua respectiva seção.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de forma presencial com alunos voluntários, utilizando-se um questionário semiestruturado com 18 perguntas (onze fechadas, quatro semiestruturadas e três abertas). O objetivo foi conhecer a percepção dos graduandos do curso de Medicina em relação à especialidade de MFC. Para a aplicação, os participantes foram divididos em três grupos de dez alunos, cada um pertencente a um período distinto do curso.

Ao ingressar no internato, os graduandos são divididos em grupos de dez pessoas e alocados em diferentes estabelecimentos de saúde. Contudo, visando a uma melhor mobilização dos discentes, o convite para participação foi feito por meio da apresentação da presente pesquisa em sala de aula. Essa apresentação foi conduzida pelo pesquisador, que participou de todas as fases do estudo. Atuou na elaboração dos instrumentos, no contato com os sujeitos da pesquisa e na coleta de dados por meio do questionário impresso. Além disso, foi responsável pela organização, categorização, codificação e interpretação dos dados coletados.

3.5 Análise de dados

Por fim, após a coleta, as informações foram analisadas e agrupadas em categorias correspondentes, a fim de gerar subsídios estatísticos e qualitativos que respondessem aos objetivos propostos, permitindo a confirmação ou a refutação da hipótese levantada. Além disso, na primeira fase da pesquisa, a revisão de literatura foi feita por meio da metodologia de revisão sistemática. De acordo com Dália Paulino *et al.* (2023), tal método pode ser utilizado para determinar, estimar e interpretar todas as pesquisas, servindo como ferramenta para executar revisões abrangentes de literatura de maneira não tendenciosa. A orientação para revisão sistemática apresenta suporte para o estudo do tópico desta pesquisa. Essa metodologia permite alcançar resultados confiáveis e passíveis de análise.

O exame das respostas obtidas por meio do primeiro questionário ocorreu na segunda fase da pesquisa, com alunos do 10º, 11º e 12º períodos. Buscou-se identificar o perfil e os conhecimentos prévios desses estudantes acerca da especialidade. A análise foi realizada com base na livre interpretação dos discursos dos participantes, respeitando os princípios da pesquisa qualitativa e exploratória. Esse procedimento permitiu que os alunos expressassem percepções, vivências e significados atribuídos à especialidade de MFC, favorecendo a construção de um entendimento mais profundo e subjetivo sobre o tema.

Essa abordagem interpretativa considerou o contexto, a linguagem e as nuances dos relatos, buscando identificar padrões de sentido, convergências e tensões nas respostas, sem a pretensão de quantificar ou generalizar os dados, mas sim de revelar perspectivas significativas para o campo investigado. Kincheloe e Berry (2007) defendem que produzir conhecimento e interpretá-lo se configura como um ato complexo e que requer constante reflexão sobre realidade, o arcabouço teórico e o paradigma metodológico ao qual o pesquisador se circunscreve (Anjos; Rôças; Pereira, 2019, p. 28)."

Para a análise das questões abertas do segundo questionário, aplicadas na terceira fase da pesquisa, bem como das justificativas, foi empregada a análise de conteúdo categorial (Bardin, 2016). Trata-se de um conjunto de técnicas que busca a inferência de conhecimentos a partir de mensagens. Esse procedimento tem como objetivo descrever o conteúdo dos dados e permitir a interpretação das representações dos alunos.

O processo de análise seguiu as três fases propostas por Bardin (2016):

- a) **pré-análise:** leitura flutuante dos dados, constituição do *corpus* e definição dos objetivos. O *corpus* foi composto pelas 141 respostas (75 do pré-teste e 66 do pós-teste) às questões abertas;
- b) **exploração do material (codificação e categorização):** as respostas foram inicialmente codificadas por meio de uma leitura detalhada. As unidades de registro (frases e ideias centrais) foram agrupadas por semelhança temática, dando origem às categorias temáticas. As categorias foram construídas de forma não apriorística (Bardin, 2016), ou seja, emergiram a partir do próprio material, seguindo os princípios de homogeneidade e pertinência. Por exemplo, as respostas “A MFC cuida da pessoa, não da doença” e “É a única que olha o indivíduo como um todo na comunidade” foram agrupadas na categoria temática “MFC como medicina integral/holística”;
- c) **tratamento, inferência e interpretação:** os resultados quantificados e as categorias construídas foram interpretados à luz do referencial teórico e dos objetivos da pesquisa, buscando compreender o processo de ressignificação das percepções dos estudantes.

3.6 Ética na pesquisa

Para garantir a total aderência às normas éticas e regulamentares que regem as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, a presente investigação foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O parecer de aprovação foi emitido por meio do sistema Plataforma Brasil, garantindo que todos os procedimentos metodológicos e a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa cumpram rigorosamente as diretrizes estabelecidas. O número do Parecer de Aprovação é 7.298.529.

Esta pesquisa não oferece grandes riscos a entrevistados ou pesquisadores. No entanto, o questionário pode causar desconforto emocional ao participante ao “obrigá-lo” a refletir sobre as próprias escolhas de carreira e expectativas futuras. Da mesma forma, os entrevistados podem achar enfadonho o preenchimento do questionário, optando, logo, por não o realizar. Diante disso, cabe ressaltar que a participação é voluntária. Os alunos puderam desistir a qualquer momento, sem penalidades, sendo-lhes assegurados o respeito, a privacidade e as liberdades de expressão, informação, comunicação e opinião. Desse modo, o preceito da inviolabilidade da honra e da imagem estão garantidos. Além disso, as respostas coletadas serão mantidas em sigilo como medida protetiva a fim de

minimizar possíveis riscos. Seguindo os protocolos da Lei de Proteção de Dados (LGPD), nº 13.709/2018, não coletamos dados sensíveis a tratamento.

Por sua vez, os alunos puderam se beneficiar da participação ao refletir profundamente sobre suas escolhas de carreira e ao considerar aspectos não ponderados anteriormente. Para a comunidade acadêmica e médica, a pesquisa pode fornecer a ampliação acerca das percepções dos futuros médicos em relação à MFC. Isso pode vir a influenciar currículos e políticas de formação médica, além de despertar nos gestores públicos a necessidade de estruturar os serviços de APS, com intuito de proporcionar melhorias estruturais e a qualificação dos profissionais médicos para a atuação na área.

Antes da coleta de dados, solicitamos o consentimento por escrito dos participantes. Foi explicado com clareza o propósito da pesquisa, como os dados seriam utilizados e quais medidas de proteção seriam adotadas. Os áudios e vídeos foram armazenados em servidores criptografados para proteger as informações dos participantes contra acesso não autorizado. Apenas os membros da equipe de pesquisa, a orientação e, posteriormente, os membros da banca terão acesso aos dados para análise. Após o término da pesquisa, os dados de identificação pessoal serão destruídos de forma segura, visando prevenir qualquer risco futuro de vazamento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES SOBRE A PESQUISA

Conhecer quem são os estudantes de medicina, suas histórias, percepções e contextos de vida constitui um passo essencial para compreender como se constroem as trajetórias profissionais, as escolhas de especialidade e os vínculos com determinadas áreas da saúde. Esta seção apresenta um olhar sensível e analítico sobre o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, revelando não apenas números, mas também experiências que ajudam a desenhar o cenário da formação médica atual.

Ao reunir esses dados, propõe-se uma reflexão que vai além dos gráficos. O objetivo é convidar o leitor a olhar com atenção para os sujeitos por trás das estatísticas, considerando suas escolhas, contextos, desejos e contradições. Busca-se, assim, refletir sobre como a formação médica pode, de fato, ser mais inclusiva, mais conectada com a realidade do país e alinhada aos princípios que sustentam um sistema de saúde verdadeiramente universal e equitativo.

Nesta seção, buscamos traçar o perfil dos 31 estudantes de medicina que generosamente compartilharam suas vivências. Compreender suas características pessoais é fundamental para contextualizar suas percepções sobre a MFC e suas escolhas profissionais.

4.1 Perfil sociodemográfico: faixa etária, gênero e raça

A maioria dos participantes está acima dos 26 anos, representando 83,87% dos alunos voluntários, o que reforça a ideia de que se trata de um grupo com mais experiência de vida. A presença de poucos respondentes entre 23 e 26 anos mostra que, apesar de haver jovens, o foco recai sobre um público mais maduro.

Nos últimos onze anos, o número de mulheres médicas quase dobrou no Brasil. Em 2011, a categoria contava com 141 mil profissionais do sexo feminino, número que passou para 260 mil em 2022 (Brasil, 2023). Os dados obtidos com o presente questionário indicam que 67,74% dos participantes eram mulheres e 32,26% homens. Esses resultados coadunam com os resultados apresentados pelo Ministério da Saúde, que constata a crescente presença feminina na área médica.

Observa-se a prevalência de pessoas brancas, que correspondem a 64,52%, seguidas por 29,03% de pessoas pardas, além de uma pessoa negra, uma pessoa

autodeclarada amarela e nenhuma indígena. Esse recorte levanta questões importantes sobre diversidade e representatividade na medicina, uma área que ainda reproduz desigualdades sociais históricas no acesso ao Ensino Superior.

Segundo o IBGE, as informações do estudo reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas à ampliação do acesso ao ensino superior nas áreas de maior vulnerabilidade. O déficit na educação básica, especialmente no ensino médio, também impacta diretamente o ingresso da população negra nas universidades, com dificuldades relacionadas à qualidade da educação e ao acesso a cursinhos preparatórios para o ensino superior (Auto, ano).

De acordo com os dados do Censo 2022 do IBGE (Ramos, 2025), a Medicina é o curso com a maior proporção de brancos do país, totalizando o percentual de 75,5% dos formandos. Pardos e negros representam 19,1%, e 2,8%, respectivamente, segundo o portal Alma Preta (Ramos, 2025):

4.2 Perfil socioeconômico: família, localidade e realidade financeira

Chama a atenção o número expressivo de participantes casados (54,84%) e com filhos (64,52%). Esses dados, que dialogam entre si, indicam que o grupo de estudantes lida com responsabilidades familiares significativas. Tal contexto, sem dúvida, influencia diretamente as escolhas profissionais futuras, como a busca por estabilidade, a negociação de carga horária e a escolha do local de trabalho. A complexidade de conciliar a exigente rotina acadêmica da medicina com a vida familiar é um aspecto importante a ser considerado na trajetória desses futuros médicos.

Ao analisar a renda familiar dos participantes, identificamos que 41,94% provêm de famílias com renda superior a 10 salários-mínimos, 16,13% entre 5 e 10 salários, e 22,58% entre 2 e 5 salários. Uma parcela de 19,35% preferiu não responder. Percebemos, por exemplo, que a maioria dos estudantes (E15, E20, E3, E11 e E28) que se voluntariaram para responder, tinham as famílias de maior renda. Essa informação é determinante para contextualizar que a Medicina, no cenário atual, ainda é uma carreira que demanda considerável recurso financeiro e cultural para ser trilhada. Essa perspectiva é reforçada ao observarmos que pouco mais da metade dos respondentes (51,61%) possuem pais com Ensino Superior completo, enquanto 9,68% e 16,13%, têm pais com Ensino Médio e Ensino Fundamental completo, respectivamente.

Esse dado sugere a presença de um importante capital educacional no ambiente familiar, o que, de fato, tende a facilitar tanto o acesso quanto a permanência no desafiador curso de Medicina. Tal cenário reitera a necessidade de ampliar as discussões sobre equidade no acesso à educação superior em saúde, garantindo que o talento e o esforço sejam os principais fatores da trajetória acadêmica, e não apenas o capital socioeconômico.

Sobre a procedência dos alunos voluntários, percebe-se que a maioria é natural do Rio de Janeiro — capital e Baixada Fluminense; apenas três participantes vêm de outros estados, e três não quiseram declarar, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 — Procedência dos alunos voluntários

LOCALIDADE	QUANTIDADE	PORCENTAGEM (%)
Leste Fluminense	1	3,23%
Região Serrana	1	3,23%
Espírito Santo	1	3,23%
Bahia	1	3,23%
São Paulo	1	3,23%
Não declarantes	3	9,68%
Rio de Janeiro — Baixada Fluminense	11	35,48%
Rio de Janeiro — Capital	12	38,71%
TOTAL	31	100%

Fonte: Acervo do autor, 2025.

4.3 Percepção da Medicina de Família e Comunidade

Nesta categoria de análise, investigamos como os estudantes percebem a MFC, quais são seus planos para o futuro profissional e de que modo avaliam a relevância da especialidade em sua formação. De forma geral, os participantes manifestam uma avaliação positiva da área. Observamos que 35,48% a classificam como “ótima” e 32,26% como “boa”. Contudo, um grupo razoável de 29,03% optou por “regular”, e apenas um aluno expressou uma visão negativa. Essa diversidade de opiniões mostra que as percepções podem variar bastante. Tais percepções são influenciadas tanto pelas vivências na formação quanto pelas impressões sociais que

ainda estão se construindo sobre a área. É um ponto crucial, pois revela o dinamismo e as múltiplas facetas pelas quais a MFC é compreendida no universo acadêmico. Isso pode estar relacionado a exposições curriculares variadas, estereótipos ou mesmo informações externas ao ambiente universitário.

Quando perguntamos aos estudantes se escolheriam a MFC como especialidade médica, as respostas foram um mosaico de percepções e interesses, refletindo tanto o reconhecimento da MFC quanto as limitações estruturais percebidas no exercício da especialidade. Quinze deles responderam positivamente, destacando a MFC como essencial para “um raciocínio clínico abrangente” (E29); fundamental para o “acesso ao sistema de saúde público” (E3); vista como a “base das especialidades, enxergando o indivíduo como um todo” (E11); e de suma importância porque “a abordagem inicial muda o desfecho do caso” (E24).

Por outro lado, treze respostas foram negativas, na maioria das vezes por já terem se identificado com outras áreas da medicina. Uma fala, em particular, do E19, expressou uma barreira significativa: “O próprio sistema não permite que o médico de família seja resolutivo, tendo que seguir um padrão engessado”. Essa percepção é um convite à reflexão sobre os desafios estruturais que a especialidade enfrenta. É interessante notar que um aluno (E21) preferiu não responder, enquanto outros dois (E1 e E13) assinalaram a opção “talvez”, mostrando que, para parte dos participantes, a decisão sobre o futuro ainda se encontra em processo de amadurecendo.

Um ponto que nos chamou a atenção é que grande parte dos alunos ainda tem dificuldade em conectar a Estratégia Saúde da Família com a essência do SUS, oferecendo respostas superficiais. Curiosamente, um dos alunos (E17) trouxe à tona a questão da remuneração, um tema que, embora não fosse o foco direto da pergunta, evidencia preocupações latentes na escolha da especialidade. No entanto, é muito positivo ver que uma parte dos participantes (E2) captou a verdadeira essência, correlacionando a MFC com a importância da especialidade como porta de entrada do SUS e a universalização do atendimento, principalmente para populações em estado de vulnerabilidade social.

4.4 Pretensões de cenários de atuação

Ao serem questionados sobre o destino almejado para a atuação profissional, a capital continua sendo o principal foco para 38,71% dos participantes, sobretudo no

setor público. O setor privado em grandes cidades também atrai uma parcela significativa (29,03%). No entanto, há menos entusiasmo em atuar no interior, tanto na rede pública (22,58%) quanto na privada (9,68%). Essa preferência pela atuação em grandes centros, como explicitado pelas escolhas dos estudantes, reflete desafios persistentes na fixação de médicos em regiões mais afastadas. Esse é um ponto fundamental que dialoga com a literatura sobre a distribuição de médicos no Brasil. Estudos apontam a concentração de profissionais nas capitais e grandes cidades como um dos entraves para a universalização do acesso à saúde, especialmente em áreas rurais ou de difícil acesso (Scheffer *et al.*, 2023). Nesse sentido, a persistência dessa lógica exige não apenas melhores políticas públicas para atrair e fixar médicos no interior, mas também um olhar sobre como a própria formação médica pode incentivar a atuação em diferentes contextos do país.

De acordo com o estudo *Demografia Médica em 2025* (Scheffer *et al.*, 2025), a proporção de médicos para cada habitante nas grandes capitais é muito maior do que nos estados do Norte e Nordeste. Isso reflete, assim, a preferência dos médicos em trabalhar nas grandes capitais e nos grandes centros urbanos, conforme consta também nos dados adquiridos na presente pesquisa.

Acerca das especialidades, constatou-se que grande parte dos alunos participantes escolheram especialidades de perfil hospitalar e clínico, como, por exemplo, Pediatria e Neurologia (Tabela 2). A especialidade de MFC obteve 9,68% das intenções de escolha, ocupando o terceiro lugar dentre as mais escolhidas na amostra. Mesmo nessa posição, pode-se constatar que a escolha pela MFC como especialidade continua representando a baixa adesão dos futuros egressos:

A baixa adesão à MFC torna o sistema de saúde frágil e ineficiente no quesito promoção da equidade e qualidade da assistência com integração de rede e de centralização [...] O fortalecimento da APS tem sido assunto incentivado como tendência mundial seja no setor público como no privado (Pinto, 2020, p. 36).

Tabela 2 — Escolha das especialidades médicas

ESPECIALIDADE	QUANTIDADE	PORCENTAGEM %
Cirurgia Geral	1	3,23%
Anestesiologia	1	3,23%
Hematologia	1	3,23%

ESPECIALIDADE	QUANTIDADE	PORCENTAGEM %
Reumatologia	1	3,23%
Oftalmologia	1	3,23%
Otorrinolaringologia	1	3,23%
Ortopedia	1	3,23%
Clínica Médica	2	6,45%
Psiquiatria	2	6,45%
Terapia Intensiva	2	6,45%
Medicina de Família e Comunidade	3	9,68%
Cardiologia	3	9,68%
Não declarantes	3	9,68%
Neurologia	4	12,90%
Pediatria	5	16,13%

Fonte: Acervo do autor.

Na Tabela 3, de acordo com dados obtidos por meio da AMB (Scheffer, 2025, p. 145), constamos o número de médicos residentes:

Tabela 3 — Médicos residentes

Especialidade	Médicos residentes (total)		Médicos residentes (R1)	
	N	%	N	%
Acupuntura	19	0,0	9	0,0
Alergia e Imunologia	24	0,1	12	0,1
Anestesiologia	3.158	6,6	1.136	5,8
Angiologia	3	0,0	1	0,0
Cardiologia	1.324	2,8	691	3,5
Cirurgia	313	0,7	93	0,5
Cardiovascular				
Cirurgia da Mão	118	0,2	63	0,3
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	67	0,1	23	0,1
Cirurgia do Aparelho Digestivo	224	0,5	109	0,6
Cirurgia Geral	4.299	9,0	1.537	7,9
Cirurgia Oncológica	246	0,5	83	0,4

Especialidade	Médicos residentes (total)		Médicos residentes (R1)	
	N	%	N	%
Cirurgia Pediátrica	185	0,4	60	0,3
Cirurgia Plástica	481	1,0	160	0,8
Cirurgia Torácica	73	0,2	36	0,2
Cirurgia Vascular	375	0,8	192	1,0
Clínica Médica	6.488	13,6	3.384	17,3
Coloproctologia	160	0,3	87	0,4
Dermatologia	763	1,6	270	1,4
Endocrinologia e Metabologia	420	0,9	213	1,1
Endoscopia	158	0,3	84	0,4
Gastroenterologia	345	0,7	178	0,9
Genética Médica	72	0,2	27	0,1
Geriatria	334	0,7	174	0,9
Ginecologia e Obstetrícia	4.106	8,6	1.457	7,5
Hematologia e Hemoterapia	301	0,6	158	0,8
Homeopatia	3	0,0	5	0,0
Infectologia	594	1,2	208	1,1
Mastologia	198	0,4	108	0,6
Medicina de Emergência	589	1,2	233	1,2
Medicina de Família e Comunidade	3.075	6,5	1.742	8,9
Medicina do Trabalho	55	0,1	25	0,1
Medicina do Tráfego	4,0	0,0	4,0	0,0
Medicina Esportiva	63	0,1	23	0,1
Medicina Física e Reabilitação	110	0,2	42	0,2
Medicina Intensiva	1.622	3,4	610	3,1
Medicina Legal e Perícia Médica	17	0,0	7	0,0
Medicina Nuclear	48	0,1	17	0,1
Medicina Preventiva e Social	24	0,1	14	0,1
Nefrologia	435	0,9	223	1,1
Neurocirurgia	638	1,3	141	0,7

Especialidade	Médicos residentes (total)		Médicos residentes (R1)	
	N	%	N	%
Neurologia	947	2,0	326	1,7
Nutrologia	23	0,0	11,0	0,1
Oftalmologia	1.440	3,0	519	2,7
Oncologia Clínica	682	1,4	245	1,3
Ortopedia e Traumatologia	2.532	5,3	948	4,8
Otorrinolaringologia	674	1,4	234	1,2
Patologia	305	0,6	117	0,6
Patologia Clínica/Med. Laboratorial	13	0,0	5,0	0,0
Pediatria	5.014	10,5	1.817	9,3
Pneumologia	232	0,5	117	0,6
Psiquiatria	1.766	3,7	650	3,3
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	1.556	3,3	550	2,8
Radioterapia	100	0,2	39	0,2
Reumatologia	259	0,5	133	0,7
Urologia	635	1,3	209	1,1
Total	47.718	100	19.551	100

Fonte: elaboração própria, a partir da tabela 3 da Associação Médica Brasileira, 2025.

Observa-se, por meio dos dados obtidos, que a especialidade da MFC representa 8,9% do total de residentes. Nesse sentido, notamos um aumento significativo nos últimos anos, movimento que também pode ser apreciado nos dados obtidos por meio da amostra do questionário desta pesquisa:

Com a criação e a expansão do Programa de Saúde da Família no Brasil, a MFC, como especialidade médica, ganhou destaque por ser a mais adequada a esse trabalho. Recentes parcerias entre os ministérios da Saúde e da Educação têm procurado regular a formação de recursos humanos em saúde para atender às demandas de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da graduação e da pós-graduação. Houve investimento no aumento no número de vagas de residência em MFC, mas parece haver uma incongruência entre o que os futuros médicos almejam em suas carreiras e as necessidades do SUS, o que é demonstrado pelo número de vagas ociosas nesses programas. (Araújo; Miranda; Silva, 2024, p. 198).

Observa-se, então, que o aumento da procura nos últimos anos acontece por conta do aumento de vagas, ou seja, muitos egressos interessam-se pela especialidade com a menor procura e maior número de vagas, para ter um acesso mais fácil à residência. Ainda assim, o quantitativo de vagas ociosas nesse programa persiste, conforme o exposto acima.

A respeito do questionário e com base na análise de livre interpretação das perguntas abertas e semiestruturadas (Apêndice A), constata-se algumas respostas interessantes. Na pergunta 13, grande parte dos alunos não soube correlacionar a estratégia de Saúde da Família com o SUS, escrevendo respostas curtas, rasas e sem aprofundamento sobre o tema. Observou-se, ainda, uma divergência: um aluno, ao discorrer acerca do tema, elencou a necessidade de uma melhor remuneração para a especialidade, mesmo esse questionamento não tendo sido abordado na pergunta em questão. Uma pequena parte dos voluntários correlacionou a “importância da especialidade como porta de entrada do SUS e universalização do atendimento, principalmente a populações em estado de vulnerabilidade social”.

4.5 A relevância da Medicina de Família e Comunidade na formação médica: percepções e críticas

Em outra questão, que abordava a relevância da MFC na formação, vinte e um dos trinta e um participantes consideraram a especialidade relevante. Embora catorze não tenham justificado, os sete restantes (que incluíram E27, E4, E16, E28, E9, E5 e E14) trouxeram contribuições riquíssimas. Eles apontaram como a MFC permite uma visão integral do paciente, combinando aspectos clínicos e sociais. O E27 ressaltou que a MFC cuida do paciente de forma integral, considerando tanto o processo de saúde e doença quanto os aspectos sociais, reforçando o caráter humano e abrangente da especialidade.

A APS foi um ponto alto de aprendizado. Para o E4, “a APS foi o local de mais aprendizado no meu internato”. Já o E16 compartilhou que “a prática nessa área ensina a ter empatia e escuta ativa, se colocar no lugar do outro e não ter pré-julgamento”. Essas falas nos mostram como as vivências em MFC transformam a visão dos estudantes sobre o cuidado centrado na pessoa. Outros alunos, como E28 e E9, valorizaram a integração entre teoria e prática, a prevenção e a busca por equidade, com frases como “a MFC cuida da saúde de forma íntegra, contínua e

próxima da realidade de cada paciente” (E28) e “é essencial, me ajudou muito a entender o funcionamento do ESF” (E9). Essas observações sublinham o papel da MFC na articulação de conhecimentos clínicos, comunitários e éticos.

Dois estudantes, E5 e E10, mantiveram uma posição neutra, e o primeiro justificou sua escolha “ao lamentar muito conteúdo teórico sem associação com a prática”. Essa observação é um convite direto à reflexão sobre como o ensino pode se desconectar da realidade. Este é um desafio reconhecido por pensadores da educação médica como Amoretti (2005) e Ceccim (2009). A percepção do estudante, portanto, ecoa a necessidade de currículos mais integrados e relevantes para as demandas do SUS. Apenas um aluno, o E14, classificou a MFC como nada relevante, justificando: “Ainda não tive contato com essa área na faculdade e espero que minha visão mude”. Essa fala, ao mesmo tempo que revela uma lacuna na vivência acadêmica, também nos mostra uma abertura esperançosa para futuras experiências.

É importante contextualizar que esse grupo de alunos fez parte de um currículo anterior, que nem sempre proporcionava as mesmas vivências práticas a todos. Essa lacuna, antes de ser uma falha individual, é um desafio para a formação médica e para o futuro da MFC, pois um contato tardio ou insuficiente com a especialidade pode moldar percepções distorcidas ou desinteresse. A boa notícia é que a universidade já reformulou seu currículo, buscando suprir essa carência e alinhar a formação com as necessidades do nosso sistema de saúde.

De forma geral, predominam as percepções positivas sobre a MFC, com forte reconhecimento de sua capacidade de proporcionar uma formação integral, aprendizados práticos valiosos e uma profunda conexão com os princípios da APS. No entanto, é evidente que o elo entre teoria e prática precisa ser fortalecido, a fim de garantir que todos os alunos tenham experiências qualificadas na área.

5 FORTALECENDO A FORMAÇÃO: SUGESTÕES E PONTOS FORTES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Nesta seção, são agrupadas as análises sobre os aspectos da formação que os estudantes consideram necessitar de maior desenvolvimento, bem como os pontos fortes já existentes na formação em MFC.

5.1 Aspectos que demandam desenvolvimento: o anseio por mais prática e políticas de saúde

Quando questionamos os estudantes sobre quais aspectos da formação precisavam de maior desenvolvimento, as respostas foram unânimes em apontar a necessidade de uma articulação mais eficiente entre teoria, prática e competências relacionais. A experiência prática foi a opção mais assinalada, com 26 respostas, demonstrando um anseio por vivências mais concretas nos serviços de saúde. Um dos estudantes (E18) reforça esse clamor ao sugerir “mais estágios em clínicas da família antes do internato”, valorizando uma imersão precoce no SUS e na APS.

O conhecimento sobre política de saúde também foi um ponto recorrente, com 14 indicações. O estudante E20 observou com acerto que “o ensino sobre políticas de saúde não é muito explorado além da prática”, revelando a superficialidade com que o tema é tratado. As habilidades de comunicação (13 respostas) e o trabalho em equipe (10 respostas) também foram áreas de grande destaque. Uma justificativa do E6 tocou em um ponto sensível: a importância de “respeitar os limites entre ser sincero e ser ético, melhorando a comunicação com pacientes e familiares”.

Tais respostas sublinham a urgência de desenvolver uma postura profissional empática e colaborativa. Essas percepções dos estudantes dialogam com a literatura que aborda as competências necessárias para o profissional de saúde contemporâneo. Autores como Mitre *et al.* (2008) e Rego (2004) são enfáticos ao destacar a comunicação e o trabalho em equipe como pilares essenciais para a qualidade do cuidado. A lacuna apontada pelos alunos sinaliza que as abordagens pedagógicas precisam abraçar essas competências de forma mais integrada.

Na categoria “outros”, surgiram reflexões importantes sobre ética, segurança do paciente e as condições estruturais dos serviços. O E7 relatou a relevância de “oferecer local para atendimento e para procedimentos”, mostrando como a logística

afeta diretamente a qualidade da formação e da assistência. E, de forma impactante, o E12 sintetizou o sentimento de vários participantes: “Marquei todos, pois formam um conjunto de habilidades que precisamos desenvolver para trabalhar diretamente com o paciente e em conjunto com a equipe”. Essa afirmação reforça que a formação em saúde exige um desenvolvimento integrado e coerente entre conhecimentos técnicos, práticos e humanos.

5.2 Os pontos fortes da formação em Medicina de Família e Comunidade: prática comunitária e habilidades essenciais

Ao refletirem sobre os pontos fortes da formação em MFC, os estudantes destacaram aspectos como a prática comunitária, as habilidades de comunicação e a experiência em campo. As respostas, organizadas em três categorias de análise, foram muito esclarecedoras:

- a) enfoque na prática comunitária: com vinte e quatro respostas, essa categoria foi uma das mais expressivas. Seis alunos (como E8, E15, E22, E26, E30 e E31) justificaram suas escolhas, valorizando o contato direto com a comunidade: “Visa o contato com a comunidade” (E8) e a “excelente experiência prática” (E15). No entanto, também houve observações sobre a necessidade de aprofundamento, como se evidencia nos seguintes relatos: “Acredito que tivemos contato com a comunidade [...], mas poderia ser mais trabalhado” (E22) e “*apesar de ter recebido, ainda foi insuficiente*” (E26), indicando a percepção de insuficiência da vivência atual. Outros (como E30 e E31) ressaltaram a qualidade dos profissionais: “Os médicos de comunidade são desprendidos de julgamentos, comunicativos e atenciosos” (E30). Também foi comentado o valor das visitas domiciliares, como demonstra a fala do E31: “Foi de extrema importância a prática comunitária, entender sobre territorialização, a importância do diálogo e o treino em campo como várias ações que pude participar”, sintetizando o impacto dessa experiência no desenvolvimento de habilidades práticas, éticas e sociais;
- b) treinamento em habilidades de comunicação: 11 estudantes reconheceram essa dimensão como essencial, mesmo sem justificativas detalhadas. Esse dado, por si só, demonstra a consciência da importância da comunicação para o cuidado centrado no paciente e para uma formação humanizada;

- c) experiência prática em campo: com 20 respostas, constituiu outro ponto de grande valorização. Seis justificativas (incluindo E1, E3, E10, E13, E24 e E29) evidenciaram a importância do contato com a realidade dos serviços. Os alunos destacaram a qualidade e a diversidade dos atendimentos: “Muitos atendimentos e de qualidade” (E1); “Adquiri conhecimento sobre atendimento de emergência e ambulatorial na medicina de família” (E3); e “Tive oportunidade de realizar visita domiciliar que proporcionou outra área de aprendizado” (E10), demonstrando a potência das visitas familiares. Os estudantes também enfatizaram o impacto da vivência prática na compreensão das necessidades reais da população e do papel do médico na comunidade: “Vivenciar a realidade e necessidade” (E13) e “A experiência prática é a mais importante, pois inclui o aluno no campo que será sua futura profissão” (E24). E29, por sua vez, comentou, por meio de uma resposta mais reflexiva: “Meu currículo não abordou a MFC, porém tive uma boa experiência de campo e pude ver a realidade e importância do médico na comunidade”, revelando a potência do aprendizado informal e a relevância do campo de prática, mesmo quando o currículo não é suficientemente estruturado para isso. Além desses, dois alunos (E17, E25) não justificaram suas escolhas.

5.3 Propostas para o futuro: o desejo por uma formação mais integrada

As sugestões dos estudantes sobre como aprimorar a formação em MFC na universidade formaram um conjunto valioso de propostas. A demanda mais forte é por uma inserção prática mais precoce e contínua. Muitos estudantes (como E4, E5, E6) expressaram a frustração de ter contato com a APS apenas no internato: “A faculdade só nos dá oportunidade no internato” (E4).

O apelo por maior carga horária prática é constante, com sugestões como “proporcionar maior carga horária, incluir na grade do curso todo semestre temas relacionados à MFC” (E7) e “aumentar a carga horária e presença e principalmente estímulo a pesquisas na área” (E9). Os estudantes (como E11 e E12) também valorizam experiências mais ativas, com autonomia e acompanhamento qualificado, embora apontem para desigualdades no acesso a essas vivências. Essa observação dos estudantes sobre a necessidade de maior autonomia e de supervisão qualificada na prática da APS ecoa as discussões sobre o modelo pedagógico na educação

médica, presentes em autores como Batista e Cyrino (2012), que defendem a imersão ativa e precoce para o desenvolvimento de competências.

Surgiram também sugestões de estratégias pedagógicas mais integradoras, como “fortalecer a integração teoria e prática” (E13) e “ter mais parceria com UBS para aumentar a prática clínica desde o início do ciclo clínico” (E16). A demanda por “ter uma cadeira de medicina de família” (E17) é um ponto particularmente forte, evidenciando o desejo por um espaço curricular formal e dedicado à especialidade. O cuidado com a saúde mental também foi lembrado, com o E21 sugerindo: “Poderia ter um especialista em psiquiatria em todas as clínicas da família, mesmo que em poucos dias da semana, pois vejo muita dificuldade no manejo em pacientes psiquiátricos”.

Para encerrar, a resposta do E22 ecoa o sentimento de muitos: “A universidade deveria voltar mais atenção para uma especialidade tão importante e integrativa do mundo médico, os pontos chaves dessa especialidade deveriam ser ensinados a todos os acadêmicos, pois depois de algum tempo na faculdade perdemos algumas sensibilidades e a especialidade pode ser uma forma de trazê-la de volta”. Essa fala sintetiza o valor formativo da MFC não apenas como campo técnico, mas também como espaço ético, relacional e humano.

Em síntese, as sugestões dos alunos apontam, de forma consistente, para a necessidade de antecipar, expandir e qualificar o contato com a MFC ao longo de todo o curso, com foco em práticas supervisionadas, abordagens integradoras e na valorização da humanização do cuidado. É com satisfação que se reafirma que a universidade já acolheu muitos desses questionamentos, reformulando seu currículo para que os alunos vivenciem a MFC desde o primeiro período. Assim, a pesquisa, ao diagnosticar as percepções do currículo anterior, não apenas revela desafios. Ela também valida a pertinência e o acerto das mudanças curriculares já implementadas, que prometem formar médicos mais sensíveis, críticos e preparados para atuar de forma resolutiva e ética no SUS. As três categorias de livre interpretação — “Compreensão sobre a MFC”, “Desafios e possibilidades ao longo da formação” e “Perspectivas de atuação na área” — foram, de fato, validadas pelos dados coletados.

6 PRODUTO EDUCACIONAL (PE): PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO DOCUMENTÁRIO

A construção do PE desta dissertação, um documentário intitulado *Medicina de Família e Comunidade: é a especialidade do futuro?* com aproximadamente 15 minutos de duração, nasceu da convicção de que a arte de narrar e de escutar precisa ser resgatada no universo médico. Inspirados pelo questionamento de Walter Benjamin (2011) sobre a “pobreza comunicável” e a extinção do narrador oral em nossa sociedade, buscamos ir além da mera apresentação de dados e da rotina de uma especialidade.

O objetivo é, portanto, oportunizar um espaço de fala genuíno para os sujeitos da prática da MFC, provocando questionamentos sobre os desafios contemporâneos da profissão e aproximando o olhar acadêmico da rica vivência cotidiana do médico de família. Pretende-se, assim, não apenas apresentar a MFC como uma especialidade de grande importância para o SUS, mas também motivar os alunos a considerá-la como sua primeira opção de especialidade, evidenciando seu caráter integral e humano.

A escolha do formato audiovisual foi estratégica, por reconhecer seu inegável poder comunicativo e sua capacidade de articular múltiplas linguagens — imagem, som, e, fundamentalmente, a narrativa —, buscando promover um engajamento tanto afetivo quanto intelectual. Assim, *Medicina de Família e Comunidade: é a especialidade do futuro?* tem como objetivo não só explorar os fundamentos teóricos da MFC e seus desafios práticos, como também responder à instigante pergunta que intitula o documentário, por meio de um percurso narrativo dividido em seis blocos temáticos que será detalhado a seguir.

A partir da escuta e da narrativa como eixos de nosso PE, a participação ativa dos alunos na sua concepção revela-se fundamental. Foi nesse contexto que três estudantes sugeriram a inclusão de legendas no documentário. Essa recomendação não é um mero detalhe técnico, mas uma contribuição valiosa, pois ressalta a importância de garantir a integridade da narrativa e a capacidade de compreensão pelo público, especialmente em ambientes de exibição com ruído ou para pessoas com deficiência auditiva. A proposta reforça o compromisso de que a experiência do documentário seja plenamente receptiva e democrática, permitindo que a voz genuína

dos médicos de família atinja e envolva a todos sem barreiras, fortalecendo o diálogo e a reflexão que o material busca atingir.

O documentário, enquanto PE, estrutura-se como uma intervenção educacional, configurando-se como um dispositivo capaz de mobilizar a reflexão crítica e a identificação vocacional. Neste sentido, a narrativa autêntica e as vivências expostas pelos médicos de família operam como um espelho e um convite, desafiando a visão fragmentada e hospitalocêntrica frequentemente dominante no ensino de graduação.

Pretende-se, portanto, catalisar uma mudança de perspectiva, a partir do poder da intervenção educacional, da imagem e da narrativa para evidenciar o potencial transformador da MFC e inspirar os futuros profissionais a adotarem um cuidado primário, integral e centrado na pessoa, alinhado aos princípios éticos e humanistas da medicina. A estruturação do documentário e a seleção estratégica dos depoimentos, organizadas nos três eixos temáticos, fundamentam-se teoricamente nas contribuições de Minayo (2010) e Blasco (2002), visando construir uma narrativa motivacional e transformadora sobre a MFC.

Minayo (2010) defende que a compreensão dos fenômenos sociais exige apreendê-los em sua totalidade, articulando a dimensão objetiva (estrutural) e a subjetiva (das experiências e significados). Ao selecionar trechos que definem a APS como “porta de entrada” e ao alertar para o risco de colapso sistêmico, o documentário situa a MFC dentro da totalidade do sistema de saúde, demonstrando sua função ordenadora. Isto atende à necessidade, apontada por Minayo (2010), de contextualizar o fenômeno (a prática da MFC) dentro de sua estrutura mais ampla (o SUS). As falas sobre “não dar alta”, o “olhar e o toque” e a “construção do vínculo” descrevem os significados e as experiências vividas pelos atores sociais (profissionais e usuários). Esta escolha captura a singularidade e a profundidade do trabalho na APS, que a mera descrição técnica não conseguiria transmitir. A justaposição destes eixos cria uma narrativa dialética que mostra como a grandeza do sistema (SUS) se constrói na singularidade do encontro clínico, um argumento poderoso para demonstrar a importância da especialidade.

Pablo González Blasco (2002), em sua obra *Medicina de Família & Cinema*, postula que o cinema e as narrativas audiovisuais são ferramentas pedagógicas potentes para desenvolver competências e valores na formação médica, pois

permitem a identificação projetiva e o acesso a dimensões afetivas e relacionais do cuidado. A seleção dos depoimentos foi planejada para aproveitar esse potencial. Os depoimentos dos alunos de medicina, discutindo “longitudinalidade” e “fazer a diferença”, são narrativas de pertencimento a uma comunidade de prática emergente. O autor destaca que ver pares expressando valores e escolhas similares fortalece a identidade profissional incipiente e valida a MFC como uma escolha legítima e desejável entre a nova geração (Blasco *et al.*, 2002).

A ênfase em trechos que valorizam a “compaixão”, o “toque” e a “escuta” resgatam o que Blasco chama de “recursos humanísticos” na educação médica. Estas narrativas contrapõem-se ao modelo biomédico tecnocrático e apelam diretamente aos ideais humanistas que frequentemente motivam os estudantes a escolherem a medicina, posicionando a MFC como a especialidade que melhor reflete esses valores (Blasco, 2002). O cinema, portanto, atua como um recurso afetivo/efetivo, capaz de mobilizar tanto a dimensão emocional quanto a cognitiva do aprendizado (Blasco *et al.*, 2000).

A estrutura narrativa do documentário, portanto, é uma construção que conecta a relevância macroestratégica da MFC para o SUS com a riqueza microrrelacional de sua prática clínica e os desafios e oportunidades de sua consolidação. Utiliza também narrativas de pertencimento e cuidado para criar um canal emocional e identificatório com o estudante, apresentando a MFC como um projeto de vida realizador e socialmente relevante.

Visando ampliar o poder do documentário, de gerar comoção e aprendizado, convertendo em mudança prática, o PE pode incluir rodas de conversa após a exibição do documentário, com professores e especialistas. Para gerar empatia e engajamento, documentários utilizam recursos narrativos (trilha sonora, edição, foco em histórias individuais dramáticas) que podem simplificar problemas complexos da saúde. O risco é que a resposta do espectador seja puramente emocional, sem uma crítica aprofundada dos determinantes sociais, dos arranjos institucionais ou das contradições do sistema de saúde. A produção e a distribuição de um material escrito com perguntas disparadoras, conexões com a literatura, sugestões de atividades práticas e a possibilidade de debates sobre o tema podem ser alternativas para evitar que o objetivo do PE se esvazie.

A partir dos próximos parágrafos, detalharemos como foi feito cada eixo correspondente ao documentário *“Medicina de Família e Comunidade: É a Especialidade do Futuro?”*.

No primeiro eixo, foi abordada a visão estratégica para o SUS. Márcia Silveira Ney, médica especialista e doutora em Saúde Coletiva pela UERJ (Imagem 1), e Paulo Cavalcante Apratto Jr., médico geriatra e doutor pela Afya Universidade Unigranrio (Imagem 2), apresentaram depoimentos sobre os seguintes tópicos: “Porta de entrada e coordenação do cuidado”; “Risco sistêmico e Fragilidade” e “Universalidade e Acesso”. Além disso, Paulo Apratto Jr. (Imagem 2) narrou o pioneirismo histórico da implantação do PSF em Niterói, destacando a cogestão com a comunidade.

Imagem 1 — Depoimento da Márcia Silveira Ney



Fonte: Documentário *“Medicina de Família e Comunidade: é a especialidade do futuro?”*, 2025.

Imagem 2 — Depoimento de Paulo Cavalcante Apratto Jr.



Fonte: Documentário “*Medicina de Família e Comunidade: é a especialidade do futuro?*”, 2025.

No segundo Eixo, foram abordados o vínculo e cuidado integral, com a participação da enfermeira Maria Clara Veiga da Rocha (Imagem 3) e do pesquisador responsável por esta dissertação.

Imagem 3 — Maria Clara Veiga da Rocha, enfermeira na Clínica da Família Mauro Ferreira de Castro



Fonte: Documentário “*Medicina de Família e Comunidade: é a especialidade do futuro?*”, 2025.

Imagem 4 — Fala de Daniel Carvalho Virginio, médico especialista em Saúde da Família e comunidade e mestrando pela Afya Universidade Unigranrio



Fonte: Documentário “*Medicina de Família e Comunidade: é a especialidade do futuro?*”, 2025.

A enfermeira (Imagem 3) descreveu a estrutura de trabalho e a formação de vínculos, destacando seu papel central na coordenação da unidade e o conhecimento profundo da comunidade. Enquanto o médico (Imagem 4) introduziu a importância da longitudinalidade e do acompanhamento contínuo.

Para finalizar o eixo, Márcia Silveira Ney e Daniel Carvalho Virginio, alertaram sobre as consequências de uma APS frágil: sobrecarga do sistema, exames desnecessários e custos elevados. Eles definiram o conceito de “coordenação do cuidado” pelo médico de família, que acompanha o paciente por toda a vida, inclusive em encaminhamentos para outros especialistas.

No terceiro e último eixo, dedicado ao compromisso com a saúde coletiva, contou-se novamente com a participação de Daniel Carvalho Virginio, que abordou o desafio histórico da expansão da Estratégia sem a formação proporcional de especialistas. Ele relatou sua trajetória pessoal, da Cardiologia para a MFC, apresentando essa escolha como um “chamado”, e não uma primeira opção.

Ainda nesse mesmo eixo, houve a participação de Breno Cabral, Maria Eduarda Degow e Bhryan Weyssmann, alunos de Medicina, que discutiram os motivos para escolher a MFC, destacando a longitudinalidade, o vínculo, a resolutividade e a sensação de fazer a diferença. Os estudantes também ressaltaram as competências humanas essenciais à prática médica, como a compaixão, a escuta, o toque e o olhar clínico.

Em seguida, Márcia Silveira Ney, propôs soluções para o isolamento do profissional, como a Telessaúde e a educação permanente. Em seguida, Daniel Carvalho Virginio, finalizou com uma reflexão poderosa: o médico do futuro precisa ser mais humano e menos máquina, reafirmando a sensibilidade como base do cuidado.

Destacamos que todos os participantes envolvidos autorizaram formalmente sua participação, mediante assinatura do Termo de Autorização para Uso de Imagem, assegurando a conformidade ética e legal do material produzido.

6.1 Perspectivas da narrativa a partir de Walter Benjamin

A “pobreza comunicável” e a extinção do narrador oral em nossa sociedade Walter Benjamin (2011) são perfeitas para instigar o questionamento sobre a “perda” da narrativa e, como isso se aplica à medicina. História e evolução: Benjamin é usado para contextualizar a “sabedoria” e a transmissão de experiência. Dia a dia (Imagem 5): a ideia de “pensar com as histórias” de Arthur Frank, citada por Kelly Simone Cunegundes (Cunegundes; Machado; Vieira, 2025), ressoa diretamente com a necessidade de uma escuta profunda, que é um ponto central para Benjamin.

Imagem 5 — O dia a dia do Médico de Família



Fonte: Documentário “*Medicina de Família e Comunidade: é a especialidade do futuro?*”, 2025.

Desafios: a discussão de Benjamin (2011) sobre a informação *versus* o saber é aplicada à questão da medicalização e da fragmentação do cuidado, onde os dados técnicos podem silenciar a narrativa do paciente, reforçando, então, que o resgate da escuta é a essência da MFC. O texto conclui que essa especialidade é a ferramenta capaz de reintegrar a experiência do paciente, preenchendo as lacunas deixadas pela fragmentação institucional vista no documentário.

6.2 Percepções dos alunos de Medicina acerca do Produto Educacional

A presente análise dos dados, obtidos por meio dos questionários pré e pós-intervenção, cumpre o objetivo de avaliar o impacto do PE na percepção dos estudantes de Medicina sobre a MFC. Os dados foram agrupados e interpretados com base na livre interpretação dos discursos dos participantes, respeitando os princípios da pesquisa qualitativa e exploratória. Essa abordagem interpretativa buscou identificar padrões de sentido, convergências e tensões, reconhecendo, com Kincheloe e Berry (2007 *apud* Anjos; Rôças; Pereira, 2019), que a produção e interpretação do conhecimento requerem constante reflexão sobre a realidade e o arcabouço teórico.

6.3 Metodologia de aplicação do Produto Educacional e coleta de dados

Esta etapa da pesquisa, caracterizada pela aplicação do PE e pela subsequente coleta de dados, foi desenhada sob o modelo de pré e pós-teste, essencial para mensurar o impacto da intervenção audiovisual na percepção dos estudantes de Medicina. Os itens a seguir detalham o cenário, os instrumentos e os procedimentos adotados, garantindo a transparência metodológica exigida para a validade dos dados obtidos.

6.3.1 Cenário e participantes da intervenção

A aplicação do PE (o documentário) ocorreu em um ambiente institucional e formal, durante a 6ª Jornada Acadêmica de Medicina (JAMU) da Afya Universidade Unigranrio, um evento que assegurou a participação dos alunos do curso de Medicina. O local escolhido para a exibição do documentário foi o auditório da faculdade,

garantindo as condições técnicas necessárias para a experiência. A coleta de dados contou com a participação de 75 estudantes de Medicina, do 1º ao 12º período, que estavam presentes no evento. Embora o número de respostas completas tenha variado ligeiramente entre a primeira (N=75) e a segunda (N=66) parte do questionário, o universo de participantes se mostrou disposto a participar da pesquisa, cujo foco, conforme a metodologia da dissertação, é a livre interpretação dos discursos e a revelação de perspectivas significativas, e não a generalização estatística.

6.3.2 Procedimento de aplicação e etapas da coleta de dados

A coleta de dados foi estruturada em três fases consecutivas, realizadas no mesmo dia e local, minimizando a influência de variáveis externas e garantindo a coesão temporal entre o diagnóstico inicial, a intervenção e a avaliação de impacto.

6.3.3 Fase 1: aplicação do questionário pré-documentário (parte 1)

Antes da exibição do documentário, os 75 estudantes presentes foram convidados a responder à primeira parte do questionário, intitulada “Medicina de Família e Comunidade: é a especialidade do futuro? (Parte 1)”. Este instrumento digital teve como objetivo estabelecer o diagnóstico inicial da percepção dos alunos, contemplando questões fechadas sobre a importância da MFC, seu prestígio social, os desafios para sua valorização e a intenção de escolha da especialidade.

A aplicação imediata, anterior a qualquer exposição ao PE, garantiu que as respostas refletissem o conhecimento e o imaginário previamente construídos pelos alunos durante a formação, constituindo a base de comparação para a avaliação de impacto. Desse modo, a exposição ao documentário gerou uma mobilização reflexiva que direcionou o olhar dos estudantes para aspectos até, então, invisíveis da MFC.

Em vez de ser um mero instrumento informativo, o material audiovisual demonstrou ser um promotor de reflexão sobre a prática profissional, conduzindo a uma perspectiva mais positiva e realista da especialidade. Entretanto, é fundamental ressaltar que a ressignificação capturada foi mensurada apenas imediatamente após a intervenção. A sustentação dessa mudança perceptiva dependeria de uma avaliação tardia, conforme apontado nas limitações metodológicas.

6.3.4 Fase 2: a intervenção pedagógica — exibição do documentário

Após a coleta dos dados iniciais, o PE foi exibido na íntegra para os graduandos de Medicina presentes. A intervenção buscou traduzir os princípios teóricos da MFC em uma narrativa humanizada e prática, conforme o arcabouço da pesquisa, que se apoia em uma abordagem que valoriza a reflexão sobre a realidade. A exibição do material audiovisual serviu como estímulo pedagógico desenhado para atuar sobre os fatores de desvalorização e baixo prestígio identificados no diagnóstico inicial (remuneração e reconhecimento social). Essa fase é crucial, pois, como defendido por Gohn (2007), a prática, quando mediada por conteúdos e formas de desenvolvimento específicos, gera saberes, sendo o documentário o mediador escolhido para este fim.

6.3.5 Fase 3: aplicação do questionário pós-documentário (parte 2)

Imediatamente após o término do documentário, os participantes foram convidados a responder à segunda parte do questionário, nomeada “Depois do documentário (Parte 2)”. Esta etapa buscou capturar a transformação imediata a partir do contato com o filme, contendo questões objetivas e, principalmente, questões abertas. A principal delas questionou a mudança na percepção sobre a relevância da MFC e se ela seria a “especialidade do futuro” no Brasil, exigindo justificativa breve.

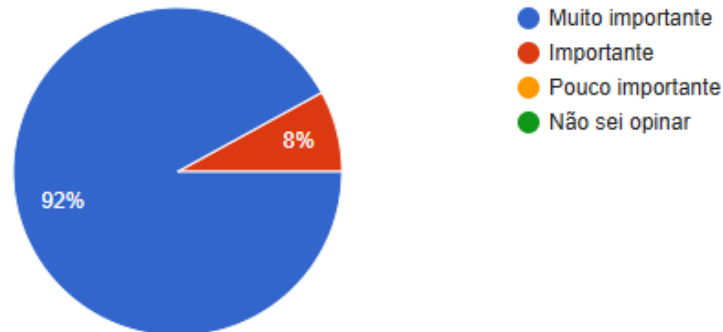
Nesse sentido, as respostas qualitativas da Parte 2 permitiram ao pesquisador realizar a livre interpretação dos discursos, identificando padrões de sentido e nuances subjetivas que confirmam a internalização crítica dos princípios da APS pelos estudantes. A análise comparativa entre as Partes 1 e 2 permitiu, assim, constatar a eficácia do PE na ressignificação da MFC.

6.4 O diagnóstico inicial da percepção pré-documentário

A primeira parte do questionário (pré-documentário, N=75) estabeleceu o diagnóstico inicial sobre a percepção dos estudantes em relação à MFC ().

Figura 1 — Qual é a sua percepção atual sobre a importância da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no sistema de saúde brasileiro?

75 respostas

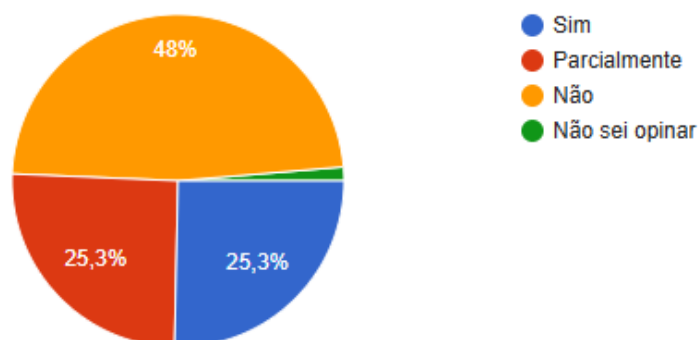


Fonte: Elaboração própria, 2025.

O diagnóstico inicial revelou que a **importância teórica** da MFC no sistema de saúde brasileiro é amplamente reconhecida pelos estudantes, com **92%** classificando-a como “**Muito importante**” e **8%** como “**Importante**”. Este resultado indica que o arcabouço teórico sobre a APS e seu papel como ordenadora do sistema é, em grande parte, absorvido pela formação acadêmica. No entanto, o alto reconhecimento teórico contrasta drasticamente com a baixa atratividade prática, sugerindo que o saber sobre a importância da especialidade não se traduz, automaticamente, em valor social ou escolha de carreira.

Figura 2 — Você considera que a MFC tem prestígio semelhante a outras especialidades médicas?

75 respostas



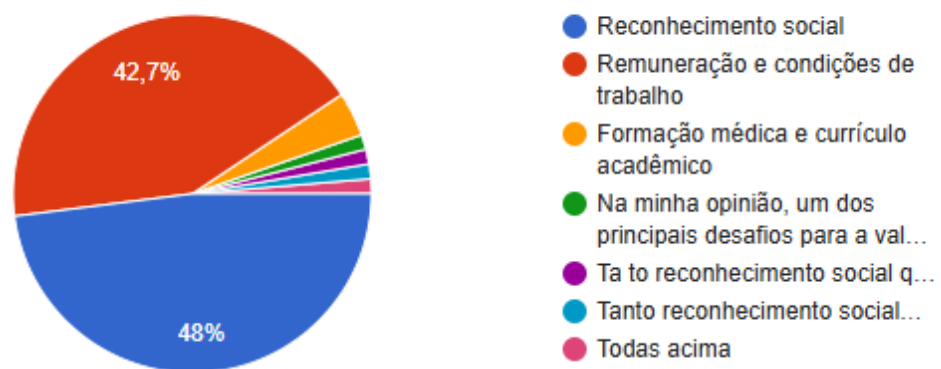
Fonte: Elaboração própria, 2025.

Apesar do reconhecimento teórico, a MFC é percebida como uma especialidade de baixo prestígio social em comparação a outras (Figura 2): 48% dos respondentes afirmaram que a MFC “não” possui prestígio semelhante, enquanto

apenas 25,3% acreditavam que “sim”. Esta disparidade evidencia a influência do modelo hospitalocêntrico e biomédico no imaginário dos estudantes, no qual o prestígio é frequentemente associado à alta complexidade e ao alto retorno financeiro. Essa tensão entre a relevância no SUS e o baixo prestígio no meio acadêmico e social é o campo de atuação do PE, que buscou ressignificar o valor da especialidade.

Figura 3 — Na sua opinião, quais são os principais desafios para a valorização da MFC no Brasil?

75 respostas

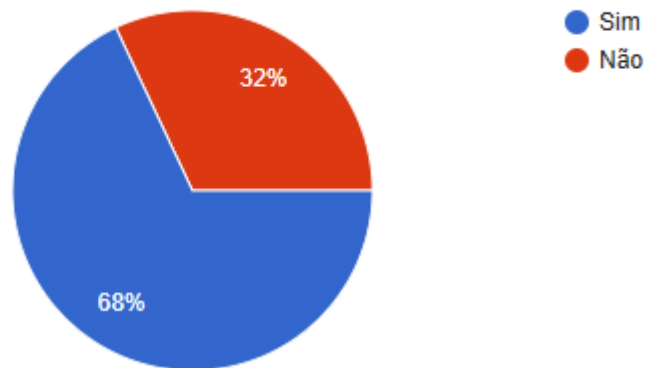


Fonte: Elaboração própria.

O baixo prestígio é balizado por barreiras concretas. Os estudantes apontaram a “**remuneração e condições de trabalho**” (42,7%) e o “**reconhecimento social**” (48%) como os principais desafios para a valorização da MFC no Brasil (Figura 3). Esses fatores extrínsecos, amplamente discutidos na literatura sobre fixação de profissionais na ESF, como em Ney e Rodrigues (2014), demonstram que as condições materiais e simbólicas do trabalho funcionam como dissuasores diretos da escolha da especialidade. A intervenção pedagógica precisava, portanto, confrontar essa percepção ao apresentar modelos de prática que destacassem a satisfação intrínseca da profissão.

Figura 4 — Você escolheria a especialidade de Medicina de Família e Comunidade?

75 respostas



Fonte: Elaboração própria, 2025.

Em vez de uma baixa atratividade, o resultado sugere a existência de um forte ideal intrínseco e funcional entre os estudantes (Figura 4). Contudo, esta alta intenção de escolha deve ser interpretada à luz da contradição anterior: 92% dos alunos reconhecem a importância funcional da MFC, mas 48% afirmam que ela carece de prestígio social.

Desse modo, o diagnóstico final aponta que o dilema da formação médica não reside na ausência de um ideal humanístico ou no desconhecimento da relevância da APS, mas sim na existência de uma escolha frágil, ameaçada pelas barreiras extrínsecas que os próprios estudantes identificaram como os principais desafios (“remuneração”, “condições de trabalho” e “reconhecimento social”).

O reconhecimento da importância da APS, expresso nos 68% de intenção positiva, não se traduz em um projeto de carreira solidificado, reforçando a necessidade de estratégias educacionais alternativas — como o documentário — capazes de sustentar e fortalecer essa atratividade vulnerável.

6.5 A avaliação do impacto e a resignificação da Medicina de Família e Comunidade

Diante do cenário diagnóstico apresentado na Parte 1, a aplicação da Parte 2 do questionário (pós-documentário, N = 66) permitiu avaliar a eficácia do PE na desconstrução de fatores extrínsecos e na valorização de fatores intrínsecos à prática profissional (Quadro 2). É fundamental destacar que a análise das respostas

discursivas foi realizada de forma anônima, sendo os participantes identificados sequencialmente de **E1** a **E66** (Estudante 1 a Estudante 66) para exemplificação e citação. É importante notar que houve um declínio de nove estudantes na segunda fase (pós-documentário), o que não compromete a análise qualitativa, mas deve ser registrado para a validade do estudo.

Quadro 2 — Categorias de análise

Categoria	Descrição	Exemplo de codificação
Eixo 1	Reconhecer a importância da relação médico-paciente e do acompanhamento ao longo do tempo.	“Percebi que o tempo dedicado à família e o conhecimento do território são o verdadeiro diferencial da MFC, não só a clínica.”
Eixo 2	Perceber a MFC como uma especialidade de grande leque de atuação, e não apenas como “porta de entrada”.	“A MFC não é só encaminhamento. O médico de família tem um leque de atuação clínica muito maior do que eu imaginava, é um clínico resolutivo.”
Eixo 3	Refletir sobre a importância do SUS e da APS para a saúde pública e equidade, reavaliando o prestígio da área.	“A MFC é a base para a qualidade do SUS, e não uma medicina de segunda linha. É uma especialidade essencial, não apenas social.”

Fonte: Dados da pesquisa, 2025

A reiteração da MFC como a especialidade do cuidado primário e do vínculo reforça achados de estudos anteriores, que apontam para a necessidade de um olhar mais amplo sobre o paciente. Os resultados da categoria “MFC como Medicina Integral/Holística” evidenciam que o documentário foi bem-sucedido em promover essa visão. A mudança de percepção se refletiu na valorização da APS como fundamental para o sistema de saúde, superando o estigma inicial percebido na fase diagnóstica.

A amostra (N = 75 pré e N = 66 pós) se concentrou em uma única instituição de ensino, o que representa uma limitação importante para a generalização dos resultados. Nesse sentido, as percepções podem ser contextualmente dependentes da cultura e do currículo da universidade estudada. Outro ponto que merece cautela é a análise da mudança de percepção, capturada por meio do pós-teste imediato. A melhora acentuada nas respostas qualitativas e quantitativas após a exibição do documentário pode estar parcialmente associada ao viés de impacto imediato, que superestima a retenção e a alteração de atitude a curto prazo. Futuros estudos devem

contemplar um desenho metodológico com acompanhamento tardio (*follow-up*) para validar a durabilidade dessa ressignificação.

A seguir, serão detalhadas as perguntas e as respectivas respostas do questionário aplicado após o pós-documentário:

- a) após assistir ao documentário, sua percepção sobre a relevância da MFC mudou? O documentário demonstrou ser um catalisador de mudança, com 80,3% dos estudantes afirmando que sua percepção sobre a relevância da MFC. E4: “Sim, passou a ser mais positiva”.** Este resultado quantitativo é o principal indicador do sucesso da intervenção e do poder da narrativa audiovisual em provocar reflexão crítica, alinhando-se ao ideal de Freire (2019) de que o conhecimento deve ser um ato de “conscientização”. Essa notável mudança de atitude é profundamente qualificada pela questão subsequente, que investigou a ressignificação da especialidade pelos estudantes;
- b) você considera que a MFC pode ser uma especialidade do futuro no Brasil? Justifique brevemente.** Essa mudança de atitude é qualitativamente expressa pela maioria das respostas afirmativas sobre a MFC ser a “especialidade do futuro”. Acompanhada de ricas justificativas, as respostas sinalizaram que a especialidade foi ressignificada como a solução para os problemas estruturais do sistema de saúde. O documentário atuou no centro da desvalorização, fazendo com que os estudantes internalizassem os princípios da APS em três grandes eixos, que superaram o foco inicial nos desafios de prestígio.

A análise aprofundada das respostas qualitativas permitiu detalhar a emergência dos eixos temáticos analisados a seguir.

6.5.1 Eixo 1: enfoque no vínculo e cuidado integral — a essência humanizada da prática

A MFC foi ressignificada pela sua capacidade de oferecer um cuidado médico centrado na pessoa e na construção de um vínculo terapêutico sólido. Este eixo concentra as respostas que valorizam o aspecto humano da profissão e a

longitudinalidade da atenção, validando a hipótese de Lopes e Dias (2019) sobre a centralidade do cuidado contínuo.

A análise do discurso revela que o documentário foi eficaz em comunicar essa essência, permitindo aos estudantes o reconhecimento dos fatores de **motivação humanístico-social** para a fixação profissional, conforme Ney e Rodrigues (2014). Exemplos de respostas discursivas que ilustram este eixo incluem:

- a) **E1**: “Sim, é o futuro pois o cuidado do médico de família é muito mais humano e necessário do que o que é ensinado como o padrão hoje”;
- b) **E7**: “Com certeza. A MFC é a única que consegue enxergar o paciente em seu contexto social, tratando a vida e não só a doença”;
- c) **E12**: “Acredito que sim. Finalmente entendi o que é a longitudinalidade e como ela permite um tratamento mais eficaz”;
- d) **E19**: “Sim. O documentário me fez ver que o vínculo com o paciente é a maior recompensa, mais do que a remuneração alta”;
- e) **E25**: “Sim, o médico de família consegue ter uma escuta ativa que as outras especialidades não têm tempo. Isso é o futuro do SUS”;
- f) **E33**: “Sim. Teria um olhar mais humanizado com os pacientes, com mais atenção e olhando ele não apenas como alguém que tem uma doença, mas sim como um indivíduo completo”;
- g) **E40**: “O futuro é o cuidado sem pressa. A MFC é a especialidade que mais consegue fazer isso”;
- h) **E48**: “Sim, pois é um cuidado muito humanizado e necessário, essencial para o bem-estar da comunidade”;
- i) **E55**: “O documentário mostrou o valor de cuidar da família inteira, não só do indivíduo. Isso sim é medicina completa”;
- j) **E61**: “Sim. A MFC é a verdadeira medicina, aquela que cura a pessoa e não só os sintomas. É onde eu me vejo”.

6.5.2 Eixo 2: visão estratégica para o SUS — a ordenadora do sistema

Para além da dimensão individual do cuidado, houve uma profunda internalização da **função estratégica** da MFC no sistema de saúde. As justificativas neste eixo demonstram que os estudantes passaram a ver a especialidade como o eixo de sustentabilidade e eficiência do SUS.

A prática vista no documentário, ao exibir a resolutividade na comunidade, transformou o conhecimento teórico sobre a APS em um saber prático e estratégico, confirmando a teoria de Gohn (2007) sobre a mediação pedagógica da prática. Exemplos que demonstram esta visão incluem:

- a) **E3**: “Sim. Com certeza, como foi dito, há muitos problemas que podem ser resolvidos na atenção primária, sem sobrecarregar o sistema terciário”;
- b) **E9**: “Ela já deveria estar sendo a especialidade do momento. Ajudaria a melhorar a performance para alcançar a população em si, cuidando da comunidade”;
- c) **E15**: “Sim, porque a MFC é a porta de entrada. É impossível ter um SUS funcionando sem ela na linha de frente”;
- d) **E22**: “O futuro da saúde pública no Brasil depende da MFC. É a única forma de desafogar os hospitais e organizar a rede”;
- e) **E28**: “Sim, pois a maior parte dos problemas de saúde não precisa de especialista. A MFC é a solução para a ineficiência do SUS”;
- f) **E35**: “Com o envelhecimento da população, a atenção primária será ainda mais vital. A MFC é a especialidade que resolve 80% dos casos”;
- g) **E41**: “A MFC é o filtro. Sem ela, o sistema vai continuar quebrando. Por isso, é a especialidade mais estratégica”;
- h) **E49**: “Sim. A especialidade é o principal eixo de sustentabilidade, garante que o paciente receba o cuidado certo, no lugar certo”;
- i) **E53**: “É a especialidade do futuro porque ela é a gestora da saúde. Ela orienta o paciente na rede, o que falta muito hoje”;
- j) **E64**: “Sim. Entendi que, se investirmos na MFC, o gasto geral com a saúde diminui. É uma visão de futuro e economia”.

6.5.3 *Eixo 3: compromisso com a saúde coletiva — o foco na promoção e prevenção*

O terceiro eixo de internalização foca a coerência da MFC com as novas demandas formativas e éticas da Medicina. Os alunos associaram a especialidade à **prevenção** e à **promoção da saúde**, elementos que, em um país com o perfil epidemiológico do Brasil, são cruciais. Este foco demonstra o alinhamento do PE com

as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), de 2014, que exigem um egresso com visão de saúde coletiva.

A MFC é vista como a especialidade que cumpre o ideal ético-social da profissão, como ilustrado por:

- a) **E5**: “Sim, pois a prevenção é a melhor forma para evitar danos maior a saúde do ser humano. A MFC faz isso no dia a dia”;
- b) **E10**: “O futuro da Medicina é ser preventiva. A MFC é a única que coloca a prevenção em primeiro lugar, cuidando do indivíduo antes da doença grave”;
- c) **E16**: “Sim. É a especialidade que mais consegue atuar na educação em saúde e na mudança de hábitos da comunidade”;
- d) **E23**: “Acredito que a MFC é o futuro porque o foco está em não deixar o paciente adoecer, o que é muito mais nobre”;
- e) **E30**: “Sim. O documentário mostrou que a MFC tem um compromisso real com a saúde da população e não apenas com a doença”;
- f) **E36**: “É a especialidade que mais atende as diretrizes do SUS sobre saúde coletiva. É o futuro inevitável”;
- g) **E45**: “Sim. A MFC faz um diagnóstico precoce e um acompanhamento que evita as complicações. É um investimento na saúde, não um gasto”;
- h) **E51**: “O documentário me fez ver que a promoção da saúde é o trabalho mais importante do médico. A MFC faz isso diariamente”;
- i) **E57**: “Sim. A especialidade é o futuro porque ela foca a qualidade de vida da pessoa e da comunidade, antes de qualquer doença”;
- j) **E66**: “O futuro não pode ser só curativo. A MFC, por ser preventiva, é a mais essencial para o país”.

A ressignificação da MFC de uma área de baixo prestígio para uma de alto valor social e estratégico, atestada pela convergência e riqueza dos discursos dos estudantes, representa a superação das barreiras identificadas no diagnóstico inicial e o cumprimento da proposta pedagógica do PE.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compor o levantamento bibliográfico deste trabalho, mapearam-se as regiões brasileiras com produção acadêmica sobre a MFC. Por meio de dissertações disponíveis na íntegra da base de dados da CAPES, constatou-se que a região Nordeste contempla tal temática. Dessa forma, dois autores foram escolhidos para análise detalhada. A partir dessa primeira investigação, contudo, observou-se a necessidade de ampliar a busca, a fim de identificar estudos adicionais que abordassem a temática. Observou-se que, de modo geral, são poucas as pesquisas desenvolvidas sobre o assunto, exigindo maior aprofundamento acerca da percepção dos alunos de medicina sobre a MFC. Desse modo, trazem-se para a reflexão as pesquisas de Pinto (2020) e Cavalcante Neto (2008).

A dissertação de Pinto (2020) desenvolveu-se no estado do Maranhão, na cidade de São Luiz, e ofereceu uma análise crítica sobre a perspectiva dos estudantes de Medicina em relação à MFC, evidenciando quais eram os desafios e as oportunidades para a valorização da especialidade. Além disso, a pesquisa apresentou a necessidade de políticas educacionais e estruturais que não apenas promovam a APS, mas também incentivem a formação de médicos generalistas comprometidos com a saúde comunitária.

Já a dissertação de Cavalcante Neto (2008), desenvolvida no estado do Ceará, na cidade de Sobral, concluiu que a escolha da especialidade médica é multifatorial e que o interesse pela MFC entre os estudantes é modesto. Apesar de diversas propostas para aumentar esse interesse, muitas delas não tiveram impacto significativo em determinados contextos e carecem de confirmação científica. O estudo sugere a necessidade de identificar os fatores causais do desinteresse e propor ou testar estratégias para reverter essa situação.

Enquanto Pinto (2020) evidenciou a necessidade de políticas educacionais e estruturais para promover a APS, Cavalcante Neto (2008) sugeriu a urgência de identificar fatores causais do desinteresse e testar estratégias para reverter a modesta atratividade da especialidade.

O presente trabalho dedicou-se a investigar a percepção dos estudantes de Medicina sobre a especialidade de MFC e, fundamentalmente, testar a eficácia de um PE audiovisual como estratégia de intervenção para ressignificar essa percepção. Partimos da premissa de que, embora a MFC seja estruturalmente essencial para o

SUS, sua atratividade profissional e seu prestígio no meio acadêmico e social são historicamente modestos.

Até o presente momento, os dados levantados junto aos estudantes da universidade permitiram constatar informações relevantes que confirmam e ampliam as perspectivas apresentadas por Pinto (2020) e Cavalcante Neto (2008). O perfil da amostra revelou que 83,87% dos alunos têm mais de 26 anos, 67,74% são mulheres e 64,52% são alunos brancos. Quanto ao perfil socioeconômico, 54,84% são casados, 64,52% têm filhos e 41,94% vêm de famílias com renda superior a 10 salários-mínimos. Em termos de capital educacional familiar, 51,61% dos respondentes têm pais com ensino superior completo e 64,52% não têm médicos na família.

Apesar de a percepção sobre a qualidade da especialidade ser favorável (35,48% a classificam como “ótima” e 32,26% como “boa”), uma contradição crítica emergiu. A MFC foi teoricamente validada, com 92% dos alunos classificando-a como “muito importante” para o sistema de saúde brasileiro. Entretanto, o prestígio social não acompanhou essa relevância: 48% dos respondentes afirmaram que a MFC não possui prestígio semelhante ao de outras especialidades médicas.

Essa tensão entre a relevância funcional e o baixo prestígio refletiu diretamente na intenção de carreira, com 68% dos participantes afirmando que “não” escolheriam a especialidade. Isso resultou em apenas 9,68% das intenções de escolha total para a MFC. Grande parte dos alunos participantes almejava especialidades de perfil hospitalar e clínico, evidenciando que as aspirações profissionais ainda se concentravam na capital pública (38,71%) ou no setor privado nas cidades grandes (29,03%). Os dados, portanto, indicavam que os fatores extrínsecos, como “remuneração” e “reconhecimento social”, atuavam como barreiras substanciais para a escolha da MFC.

Os resultados também evidenciaram lacunas no currículo, como a desconexão entre teoria e prática, a escassez de vivências práticas e a superficialidade de alguns conteúdos. O desejo dos estudantes por maior inserção da MFC ao longo da graduação, desde os primeiros períodos, destacou a necessidade de aprimorar a formação médica, tornando-a mais conectada com a realidade do SUS e suas demandas por uma abordagem mais humanizada e reflexiva. Diante do cenário de fragilidades na formação e de baixo interesse, a intervenção com o PE demonstrou ser um divisor de águas e uma resposta direta à necessidade de testar as estratégias sugeridas por Cavalcante Neto (2008).

O principal achado da pesquisa foi a reversão da percepção: a avaliação pós-intervenção (Parte 2, N = 66) revelou que 80,3% dos estudantes afirmaram que sua percepção sobre a relevância da MFC “passou a ser mais positiva”. Este resultado atesta a eficácia do documentário como mediador pedagógico, ao transformar o saber teórico sobre a APS em conscientização (Freire, 2019), permitindo aos alunos uma nova leitura da realidade profissional.

Em vista disso, a MFC foi ressignificada, sendo majoritariamente percebida como a “especialidade do futuro” do Brasil. Ainda mais, a análise qualitativa das respostas discursivas (E1 a E66) demonstrou a profunda internalização dos princípios da APS, superando o foco inicial nos desafios de prestígio:

- a) enfoque no vínculo e cuidado integral: o documentário superou a barreira do prestígio ao humanizar a prática, levando os estudantes a valorizar o cuidado humano e o olhar para o “indivíduo completo” (ex.: E7, E33). Este reconhecimento do vínculo longitudinal, como explica Lopes e Dias (2019), se alinha aos fatores de motivação humanístico-social (Ney; Rodrigues, 2014) para a fixação;
- b) visão estratégica para o SUS: houve a internalização da MFC como o eixo de sustentabilidade do sistema. Justificativas como a capacidade de “resolver problemas na atenção primária, sem sobrecarregar o sistema terciário” (ex.: E3, E42) mostram que a prática audiovisual, sob a ótica da mediação pedagógica de Gohn (2007), transformou o conhecimento teórico em um saber prático e estratégico para a gestão da saúde pública;
- c) compromisso com a Saúde Coletiva: a MFC foi associada à prevenção e à promoção da saúde, com frases como: “A prevenção é a melhor forma para evitar danos maior a saúde do ser humano” (ex.: E5, E10). Este foco confirma o alinhamento do PE com as DCNs de 2014 (Ferreira *et al.*, 2019), demonstrando a formação de um perfil mais engajado com o ideal ético-social da Medicina.

A pesquisa valida, portanto, o PE como uma estratégia eficaz de intervenção, capaz de reverter o desinteresse e a desvalorização da MFC. O sucesso da intervenção demonstra que a chave para atrair egressos não está apenas na melhoria das condições de trabalho, mas na qualificação da percepção sobre o valor intrínseco da especialidade.

Apesar dos resultados positivos da intervenção, as lacunas de formação evidenciadas no diagnóstico inicial (desconexão entre teoria e prática) continuam a ser um ponto de atenção. Destacamos, contudo, que a universidade já havia identificado tais lacunas, optando pela mudança do currículo em 2022, garantindo a vivência da MFC desde os primeiros períodos da graduação, o que caminha para atender a muitas dessas demandas.

Em suma, para que a MFC seja consolidada como uma escolha profissional efetiva, é necessário um esforço contínuo que integre, de maneira mais eficiente, teoria, prática e contextos locais de saúde. Apenas com uma formação médica mais conectada, sensível e mediada por ferramentas eficazes — como o PE — será possível transformar a MFC em uma especialização mais atrativa aos egressos da universidade, que, como demonstrado, reconhecem nela o futuro de uma medicina mais humana, resolutiva e acessível no Brasil.

Por fim, é fundamental, para o rigor acadêmico, reconhecer as limitações metodológicas do presente estudo. Ao adotar uma abordagem qualitativa e exploratória e ser conduzida em uma única instituição de ensino, há restrições quanto à generalização dos resultados para o contexto mais amplo da educação médica nacional. Adicionalmente, realizamos a coleta de dados de impacto de forma imediata (pós-teste), configurando uma avaliação de efeito a curto prazo.

Dessa forma, as perspectivas futuras de investigação devem focar o fortalecimento da validade externa e interna da proposta. Assim, sugere-se a expansão da aplicação do PE para outras realidades universitárias, utilizando metodologias mistas para quantificar a mudança de atitude. Propõe-se um acompanhamento longitudinal dos estudantes para verificar se a ressignificação da MFC se sustenta e, de fato, influencia a escolha pela residência ou pela fixação profissional na APS.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, Maria Inez Padula *et al.* Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 3, n. 11, p. 180–198, 2007. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc3\(11\)337](https://doi.org/10.5712/rbmfc3(11)337). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/337>. Acesso em: 10 mar. 2025.
- ANJOS, Maylta Brandão dos; RÔÇAS, Giselle; PEREIRA, Marcus Vinicius. Análise de livre interpretação como uma possibilidade de caminho metodológico. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 12, n. 3, p. 27–39, 2019. DOI: <https://doi.org/10.22409/resa2019.v12i3.a29108>. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/index.php/ensinoesaudeambiente>. Acesso em: 8 maio 2025.
- ARAÚJO, Sílvia Ribeiro Santos; MIRANDA, Rogério Mariano de; SILVA, Bruno Rodrigues. Sarcopenia em pessoas idosas: concordância entre métodos preditores. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 38, n. 1, p. 1–11, 2024. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-4690.2024e38190873>. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rbefe/article/view/190873/204093>. Acesso em: 1 maio 2025.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BATISTA, Nildo Alves; CYRINO, Eliana Goldfarb (Org.). **Experiências de ensino na saúde: o currículo na prática**. São Paulo: UNESP, 2012.
- BENJAMIN, Walter. **O narrador**: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. Tradução e posfácio Rubens Rodrigues Torres Filho. São Paulo: L&PM Pocket, 2011.
- BLASCO, Pablo González. **Medicina de Família & Cinema**: recursos humanísticos na educação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- BLASCO, Pablo González. As origens da Medicina de Família. *In*: RONCOLETTA, A. F. T. *et al.* (org.). **Princípios da Medicina de Família**. São Paulo: Sobramfa, 2003. p. 33 - 36
- BLASCO, Pablo González *et al.* Recursos Literários e Cinematográficos na Educação Médica. *In*: Congresso Paulista de Educação Médica, 2., 2000, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo, 2000. p. 229 - 241
- BLASCO, Pablo González *et al.* Cinema para o estudante de medicina: um recurso afetivo/efetivo na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 26, supl.1, p. 70, maio-ago. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.2-018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/nVYLNw3W88fKpv68W7584Fx/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 24 dez. 2025.
- BONET, Octavio. **Os médicos da pessoa**: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2014.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, n. 128, p. 13–26, 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 nov. 2024.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 maio 2000.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a.

BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b.

BRASIL. **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**, Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 3 jan. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 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**: seção 1, Brasília, DF, n. 117, p. 8, 23 jun. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 30 de setembro de 2025. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 35–37, 1 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata sobre os cuidados primários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 23 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 23 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo projeta que, até 2024, maioria dos profissionais de medicina será de mulheres no Brasil**. Brasília, 13 mar. 2023.

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/estudo-projeta-que-ate-2024-maioria-dos-profissionais-de-medicina-sera-de-mulheres-no-brasil>. Acesso em: 1 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS é modelo de saúde pública para o mundo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 15 abr. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/sus-e-modelo-de-saude-publica-para-o-mundo>. Acesso em: 13 nov. 2024.

BRITTO, Gabriel. Medicina da família, essencial para o futuro da saúde. **Outrasaúde**, 2023a. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/valorizar-a-medicina-de-familia-e-comunidade-e-seus-conceitos-sociais/>. Acesso em: 26 maio 2024.

BRITTO, Gabriel. Medicina da família, futuro dos sistemas de saúde. **Outrasaúde**, 2023b. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/medicina-de-familia-futuro-dos-sistemas-de-saude/>. Acesso em: 26 maio 2024.

BYRNE, Patrick. S. *et al.* The contribution of the general practitioner to undergraduate medical education. Statement by the Working Party of the Second European Conference on the Teaching of General Practice. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 8, n. 189, p. 244–250, 1978. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/702439/>. Acesso em: 4 dez. 2025.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. **APS**, v. 8, n. 2, p. 181–190, 2005. Disponível em: <https://www2.ufff.br/nates/wp-content/uploads/sites/628/2009/12/principios.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2025.

CAVALCANTE NETO, Pedro Gomes. **Opiniões de estudantes de medicina sobre as perspectivas de especialização e prática profissional no Programa Saúde da Família**. 2008. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 162–168. Disponível em: <https://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 10 fev. 2025.

CECCIM, Ricardo Burg; PINTO, Luiz Felipe. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 266–277, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000300009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/PvCZtV4swNjhxG6L7RnD6Qs/?lang=pt>. Acesso em: 4 dez. 2025.

CEVALLOS, Ivete; PASSOS, Laurizete Ferragut. O mestrado profissional e a pesquisa do professor. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 12, n. 37, p. 803–

822, set./dez. 2012. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/pdf/1891/189124308011.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2026.

COSTA, Juliana Melo de Oliveira Lima; SANTOS JÚNIOR, Claudio José dos; REIS, Monique Carla da Silva. Perfil dos estudantes e fatores que influenciam o interesse pela Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 2, p. 1–9, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.2-2024-0007>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/7C5LmdKNBcvnNgbpPnhRmkz/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 4 dez. 2025.

CUNEGUNDES, Kelly Simone Almeida; MACHADO, Daisy Maria; VIEIRA, Nadia Vitorino. “*Não sou antivacina, mas...*”: entendendo a hesitação vacinal a partir das narrativas de pais hesitantes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, e00154624, 2025. Disponível em:
<https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/download/10253/20522/70189>. Acesso em: 10 jul. 2025.

DEMO, Pedro. **Pesquisa**: princípio científico e educativo. São Paulo: Cortez, 1992. p. 05–40.

FERREIRA, Marcelo José Monteiro *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, supl. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170920>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/FD4rxtpnHDkPyDC6JFPzK9z/?lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2025.

FEUERWERKER, Laura. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51–71, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831998000200005>. Disponível:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/ZfGcPt8PsdmfnrGpkzszk3C/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 4 dez. 2025.

AMORETTI, Rogério. 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. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/CQ7XBWQgB4rfGqNRHsMj5Rp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2025.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 5–9, 2012. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(22\)417](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(22)417). Disponível em:
<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/417>. Acesso em: 19 dez. 2025.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 7. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2011.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

PIERANTONI, Célia Regina. Estrutura atual e estimativas futuras da força de trabalho em medicina, enfermagem e odontologia no Brasil – 2000 a 2030. *In*:

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; CHORNY, Adolfo Horácio;

DAL POZ, Mário Roberto; GADELHA, Paulo (orgs.). **Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora

FIOCRUZ, 2017. p. 189-212. Disponível em:

<https://books.scielo.org/id/rs684/pdf/noronha-9786557080900-07.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2025.

GOHN, Maria da Glória. O perfil do educador. *In*: RUMOS ITAÚ CULTURAL (org.). **Não-fronteiras: universos da educação não formal**. São Paulo: Itaú Cultural, 2007. p. 19–43. Nota: O livro não apresenta organizadores individuais; a responsabilidade editorial é do projeto institucional Rumos Itaú Cultural.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

JANAUDIS, Marco Aurelio. Princípios da Medicina de Família: quatro pilares que definem sua identidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 300–310, 2010. Disponível em: https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2010_dez_principios_da_mf_quatro_pilares.pdf. Acesso em: 13 mar. 2025.

LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. *In*: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 01–74.

MACHADO, Humberto Sauro Victorino; MELO, Eduardo Alves; PAULA, Luciana Guimarães Nunes de. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, e00068419, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00068419. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2019.v35n11/e00068419/pt>. Acesso em: 13 mar. 2025.

MACHADO, Maria Helena *et al.* **Trabalho e emprego em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MITRE, Sandra *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2133-2144, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2008.v13suppl2/2133-2144/pt>. Acesso em: 4 dez. 2025.

NEY, Márcia Silveira; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 308–320, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KznFnwm3nYvKw3DwMcFmgCz/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 26 jul. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2024.

PAULINO, Raissa Dália *et al.* Espiritualidade no trabalho: revisão sistemática de literatura com o Protocolo PRISMA (2013–2023). **Peer Review**, v. 5, n. 26, p. 449–464, 2023. DOI: 10.53660/1655.prw3234. Disponível em: <https://peerw.org/index.php/journals/article/view/1655>. Acesso em: 25 jun. 2024.

PÊGO-FERNANDES, Paulo Manuel.; BIBAS, Benoit Jacques. A especialidade médica e o mercado de trabalho. **Diagnóstico & Tratamento**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 3–4, jan./fev. 2011. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/1413-9979/2011/v16n1/a1869.pdf> . Acesso em: 20 jun. 2024.

PEREIRA, Janine Ester Ferreira. **Revisão histórica do processo de entrada dos usuários no serviço básico de saúde: do INAMPS ao SUS**. 2021. 17 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) — Universidade La Salle, Canoas, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11690/1983>. Acesso em: 11 ago. 2021.

PINTO, Larissa Bordalo de Figueirêdo. **Percepção dos estudantes de medicina acerca da especialidade Medicina de Família e Comunidade**. 2020. 63 f. Dissertação (Mestrado em Rede em Saúde da Família/CCBS) — Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2020.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural**, Faculdade de Medicina/UFGM, 2001. Disponível em: [https://www.saude.mt.gov.br/storage/old/files/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-uma-pequena-revisao-marcus-vinicius-polignano-\[16-200511-SES-MT\].pdf](https://www.saude.mt.gov.br/storage/old/files/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-uma-pequena-revisao-marcus-vinicius-polignano-[16-200511-SES-MT].pdf). Acesso em: 30 out. 2024.

RAMOS, Giovanne. Acesso de negros ao ensino superior quintuplica, mas ainda é metade do de brancos, diz IBGE. **Alma Preta**, 26 fev. 2025. Disponível em: <https://almapreta.com.br/sessao/cotidiano/acesso-de-negros-ao-ensino-superior-quintuplica-mas-ainda-e-metade-do-de-brancos-diz-ibge/>. Acesso em: 1 maio 2025.

REDAÇÃO. Entenda a história, os princípios e as diretrizes do SUS. **Futuro da Saúde**, 26 set. 2021. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/diretrizes-do-sus/>. Acesso em: 5 nov. 2024.

REGO, Sergio. A ética e as políticas de humanização em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1378–1386, set.–out. 2004.

RESIDÊNCIA EM MFC COMPLETA 40 ANOS NA UERJ. **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 21 set. 2016. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/residencia-em-mfc-completa-40-anos-na-uerj/>. Acesso em: 22 abr. 2025.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida *et al.* Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1147–1166, 2013. Disponível em: <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/8a34de63-19c0-48cf-8259-125cb19b9e3c/content>. Acesso em: 26 dez. 2025.

RONCOLETTA, Adriana F. Tamassia *et al.* **Princípios da Medicina de Família**. São Paulo: SOBRAMFA, 2003. P 15–69

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

ROSSONI, Eloá. Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 1011–1031, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hGHRMdztT3TWKkmBRCLnNqng/?lang=pt>. Acesso em: 26 dez. 2025.

SANTOS, Alethele de Oliveira; ALMEIDA, Lourdes Lemos; TERRAZAS, Fernanda Vargas. A importância social do SUS. *In*: LEMOS, Amanda Nunes Lopes Espiñeira; ALVES, Sandra Mara Campos (Org.). **Direito sanitário: coletânea em homenagem à profa. Dra. Maria Célia Delduque**. São Paulo: Matrioska. 2020. p. 21–35.

SCHEFFER, Mário César (coord.). **Demografia Médica no Brasil 2025**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: FMUSP: AMB, 2025. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_medica_brasil_2025.pdf. Acesso em: 03 jan. 2026.

SCHEFFER, Mário César *et al.* **Radar da Demografia Médica no Brasil**. Informe Técnico Nº 5. Panorama da Residência Médica: Oferta, Evolução e Distribuição de Vagas (2018–2024). 25 páginas.

SCHEFFER, Mário César *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP; AMB, 2023.

SIMAS, Keith Bullia da Fonseca *et al.* A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: breve recorte histórico. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–13, 2018. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1687](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1687). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1687>. Acesso em: 21 abr. 2025.

STARFIELD, BARBARA. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDADE DO GRANDE
RIO PROFESSOR JOSÉ DE
SOUZA HERDY - UNIGRANRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Medicina de família e comunidade: como as percepções dos alunos influenciam a formação e a relevância da especialidade

Pesquisador: DANIEL CARVALHO VIRGINIO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85359724.5.0000.5283

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE UNIGRANRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.298.529

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa no Mestrado Profissional em Ensino de Ciências e Saúde da UNIGRANRIO. O objetivo geral da pesquisa é "Discutir a formação do médico em relação a especialização de Medicina de Família e Comunidade a partir de suas percepções". A metodologia é apresentada como Qualitativa e quantitativa. Os participantes da pesquisa serão graduandos em medicina que estejam cursando do 10º ao 12º período

do curso. Utilizaremos como critérios de exclusão alunos de outros períodos do curso, alunos de licença médica ou que estejam em afastamento escolar. A coleta de dados está prevista para fevereiro e março de 2025, segundo o cronograma.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Discutir a formação do médico em relação a especialização de Medicina de Família e Comunidade a partir de suas percepções.

Objetivo Secundário:

Identificar na literatura as especificidades da Medicina de Família e Comunidade enquanto especialidade médica, realizando uma revisão histórica sobre esta.; Conhecer a percepção dos graduandos de medicina em relação a especialização em Medicina de Família e Comunidade; Produzir um documentário audiovisual com intuito de divulgar a especialidade de Medicina de

Endereço: Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 BL. C 2º Andar

Bairro: 25 de Agosto **CEP:** 25.071-202

UF: RJ **Município:** DUQUE DE CAXIAS

Telefone: (21)2672-7733 **Fax:** (21)2672-7733 **E-mail:** cep@unigranrio.com.br

Anexo 2

UNIVERSIDADE DO GRANDE
RIO PROFESSOR JOSÉ DE
SOUZA HERDY - UNIGRANRIO



Continuação do Parecer: 7.298.529

Família e Comunidade, visando que os graduandos de medicina tenham acesso a ela e, com isso, tenham maior percepção sobre a especialidade. Proporcionar meios e/ou formas para que os estudantes de medicina possam desenvolver um olhar atento para a especialização em Medicina de Família e Comunidade, a fim de identificar a necessidade e importância da área.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos devido à temática e a metodologia propostas, com um questionário semiestruturado para a coleta de dados. O risco pode ser de um eventual desconforto emocional. O TCLE aponta os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa sobre temática relevante. A proposta apresentada apresenta boa organização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Orçamento, Cronograma, Folha de Rosto, Carta de Anuência, TCLE e projeto completo. O roteiro de questionário encontra-se apenas no projeto completo.

Recomendações:

Ajustar o termo de imagem, que não apresenta todos os campos preenchidos, mas está assinado pelo pesquisador proponente. Anexar separadamente o roteiro do questionário.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações que indiquem um parecer contrário a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2431753.pdf	08/10/2024 11:50:54		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao2.pdf	08/10/2024 11:49:13	DANIEL CARVALHO VIRGINIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	08/10/2024 11:39:25	DANIEL CARVALHO VIRGINIO	Aceito
Outros	img.pdf	08/10/2024 11:38:01	DANIEL CARVALHO VIRGINIO	Aceito

Endereço: Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 BL. C 2º Andar
Bairro: 25 de Agosto **CEP:** 25.071-202
UF: RJ **Município:** DUQUE DE CAXIAS
Telefone: (21)2672-7733 **Fax:** (21)2672-7733 **E-mail:** cep@unigranrio.com.br

Anexo 3

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ DE SOUZA HERDY - UNIGRANRIO



Continuação do Parecer: 7.298.529

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	08/10/2024 11:33:18	DANIEL CARVALHO VIRGINIO	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	08/10/2024 11:30:34	DANIEL CARVALHO VIRGINIO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	08/10/2024 11:29:53	DANIEL CARVALHO VIRGINIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	08/10/2024 11:28:12	DANIEL CARVALHO VIRGINIO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto2.pdf	08/10/2024 11:27:49	DANIEL CARVALHO VIRGINIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DUQUE DE CAXIAS, 16 de Dezembro de 2024

Assinado por:
SERGIAN VIANNA CARDOZO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 BL. C 2º Andar
Bairro: 25 de Agosto **CEP:** 25.071-202
UF: RJ **Município:** DUQUE DE CAXIAS
Telefone: (21)2672-7733 **Fax:** (21)2672-7733 **E-mail:** cep@unigranrio.com.br

Anexo 4***TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS***

Eu _____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Daniel Carvalho Virginio e Eline das Flores Victor do projeto de pesquisa intitulado “Medicina de Família e Comunidade: É a especialidade do futuro?” a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Duque de Caxias, __ de _____ de 20

Pesquisador responsável pelo projeto

Participante da Pesquisa

APÊNDICES

Apêndice A

QUESTIONÁRIO

1) Qual a sua idade?

- a) Menor de 23 anos
- b) Entre 23 a 26 anos
- c) Maior de 26 anos

2) Qual a sua procedência? (Cidade e Estado)

3) Qual o seu gênero

- a) Feminino
- b) Masculino
- c) Transgênero
- d) Outro. Qual?
- e) Prefiro não responder

4) Qual a sua etnia?

- a) Preto
- b) Pardo
- c) Indígena
- d) Branco
- e) Amarelo

5) Qual o seu estado civil?

- a) Solteiro(a)
- b) Casado(a)
- c) Divorciado(a)
- d) Viúvo(a)
- e) União estável
- f) Outro

6) Tem filhos?

- a) Sim
- b) Não

7) Qual a sua renda familiar?

- a) Acima de 10 salários
- b) Entre 5 e 10 salários
- c) Entre 2 e 5 salários
- d) Até 1 salário

e) Prefiro não responder

8) Como você avalia a carreira de Medicina de Família e Comunidade?

- a) Ótima
- b) Boa
- c) Regular
- d) Ruim
- e) Péssima

9) Qual o cenário que você deseja atuar no auge da carreira?

- a) Capital — público
- b) Capital — privado
- c) Interior — público
- d) Interior — privado

10) Qual a escolaridade dos seus pais?

- a) Ensino Fundamental incompleto
- b) Ensino Fundamental completo
- c) Ensino Médio incompleto
- d) Ensino Médio completo
- e) Ensino Superior incompleto
- f) Ensino Superior completo

11) Você tem médicos na família?

- a) Sim
- b) Não

12) Qual especialidade você faria?

13) Qual a importância da estratégia de saúde da família para o Sistema Único de Saúde?

14) Você escolheria a Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica? Justifique sua resposta.

15) Como você avalia a relevância do conteúdo do curso de medicina sobre a especialização Saúde de Família e Comunidade para sua formação como futuro médico? Justifique.

- a) Relevante
- b) Neutro

- c) Pouco relevante
- d) Nada relevante

Justifique:

16) Quais aspectos da formação você considera que precisam de mais desenvolvimento? Justifique (marque todos que se aplicam).

- a) Conteúdo teórico
- b) Experiência prática
- c) Habilidades de comunicação
- d) Conhecimento sobre políticas de saúde
- e) Trabalho em equipe
- f) Outros (Especificar):

17) Em sua opinião, quais são os pontos fortes da formação em Medicina de Família e Comunidade que você recebeu até agora? Marque todos os que aplicam. Justifique.

- a) Enfoque na prática comunitária
- b) Treinamento em habilidades de comunicação
- c) Experiência prática em campo

18) Quais sugestões você daria para melhorar a formação da Medicina de Família e Comunidade na sua universidade?

Apêndice B

09/11/2025, 09:36

Questionário – Medicina de Família e Comunidade: É a especialidade do futuro? PARTE 1. Antes do documentário:

Questionário – Medicina de Família e Comunidade: É a especialidade do futuro? PARTE 1. Antes do documentário:

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulado "Medicina de Família e Comunidade: É a especialidade do futuro?". Ao responde-lo e envia-lo, entendemos que está consentindo a participação. Por favor, responda com sinceridade e com bastante atenção antes de enviá-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. As respostas coletadas serão mantidas em sigilo como medida protetiva a fim de minimizar possíveis riscos. Seguindo os protocolos da Lei de Proteção de Dados (LGPD), nº 13.709/2018, não coletaremos dados sensíveis a tratamento.

* Indica uma pergunta obrigatória

09/11/2025, 09:36

Questionário – Medicina de Família e Comunidade: É a especialidade do futuro? PARTE 1. Antes do documentário:

3. Na sua opinião, quais são os principais desafios para a valorização da MFC no Brasil? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Reconhecimento social
- ☐ Remuneração e condições de trabalho
- ☐ Formação médica e currículo acadêmico
- ☐ Outro: _____

4. Você escolheria a especialidade de Medicina de Família e Comunidade? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

Questionário – Medicina de Família e Comunidade: É a especialidade do futuro? PARTE 2. Depois do documentário:

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulado "Medicina de Família e Comunidade: É a especialidade do futuro?". Ao responde-lo e envia-lo, entendemos que está consentindo a participação. Por favor, responda com sinceridade e com bastante atenção antes de enviá-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. As respostas coletadas serão mantidas em sigilo como medida protetiva a fim de minimizar possíveis riscos. Seguindo os protocolos da Lei de Proteção de Dados (LGPD), nº 13.709/2018, não coletaremos dados sensíveis a tratamento.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Você respondeu a parte 1 deste questionário? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

2. Após assistir ao documentário, sua percepção sobre a relevância da MFC mudou? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, passou a ser mais positiva
☐ Sim, passou a ser mais negativa
☐ Não houve mudança

09/11/2025, 09:37

Questionário – Medicina de Família e Comunidade: É a especialidade do futuro? PARTE 2. Depois do documentário:

3. Você considera que a MFC pode ser uma especialidade do futuro no Brasil? *
Justifique brevemente.

4. Você considera que o documentário irá contribuir para a formação de profissionais na área de Medicina de Família e Comunidade? Justifique. *

5. O conteúdo apresentado pode ser utilizado como recurso pedagógico no ensino de saúde coletiva? Justifique. *

6. O documentário mudou ou reforçou sua percepção sobre a importância da atuação do médico de família e comunidade? De que forma? *

09/11/2025, 09:37

Questionário – Medicina de Família e Comunidade: É a especialidade do futuro? PARTE 2. Depois do documentário:

7. Há algo que você considerou ausente ou mal representado na produção? Como * isso poderia ser melhorado?

8. Considerando sua formação ou prática profissional, como você aplicaria os * aprendizados do documentário no seu cotidiano? Você escolheria essa especialidade? Justifique.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários