



ASPECTOS MOTIVACIONAIS DE ACADÊMICOS DE MEDICINA: PERSPECTIVAS PROFISSIONAIS E ATUAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Maise Fernandes de Oliveira Rotta

CAMPO GRANDE

Maio, 2019

**ASPECTOS MOTIVACIONAIS DE ACADÊMICOS DE MEDICINA:
PERSPECTIVAS PROFISSIONAIS E ATUAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz MS, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.Dr^a Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

CAMPO GRANDE

Maiο, 2019

Maisse Fernandes de Oliveira Rotta

**ASPECTOS MOTIVACIONAIS DE ACADÊMICOS DE MEDICINA:
PERSPECTIVAS PROFISSIONAIS E ATUAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito

_____.

Campo Grande, 29 de maio de 2019.

BANCA EXAMINADORA

CONCEITO

Dr.^a Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Dr.^a Ednéia Albino Nunes Cerchiari

Dr.^a Lucylea Pompeu Miller Braga

Aos meus pais, por terem me guiado, sendo exemplos maravilhosos. Ao meu esposo, Márcio, por seu amor e apoio. Aos meus filhos por serem fonte inesgotável de motivação para a minha vida.

Agradecimentos

À Professora Doutora Débora Dupas do Nascimento, que me entusiasmou a empreender em meu trabalho de uma forma única.

A todos os professores deste programa de mestrado que se dedicaram a facilitar nosso aprendizado.

Aos meus colegas de mestrado, pela amizade e companheirismo.

À minha família, pela força e imensidão do seu amor.

Nada é permanente, senão a mudança.

(HERÁCLITO)

RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar os aspectos motivacionais de acadêmicos de medicina em relação às suas perspectivas profissionais e atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa que contou com a participação de 31 estudantes de duas instituições de ensino superior de Campo Grande - MS. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2017 a dezembro de 2018 e deu-se por meio de: 1- análise documental do Projeto Político Pedagógico de ambas instituições e 2- entrevistas com acadêmicos dos primeiros e sextos anos das referidas universidades. A amostra final foi determinada pela saturação dos dados. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à técnica de análise de conteúdo, preconizada por Bardin. As categorias analíticas, criadas com base no referencial teórico de Deci e Ryan, foram: motivação intrínseca, motivação extrínseca e desmotivação. Emergiram dos discursos os núcleos de sentido relativos aos aspectos motivacionais intrínsecos: compaixão social e valores pessoais; interdisciplinaridade, trabalho em equipe e inserção na comunidade; identificação com a área da saúde; e, extrínsecos: influência familiar; estabilidade econômica; o trabalho na ESF com fonte de renda temporária; experiências positivas a partir da integração ensino-serviço; e preocupações familiares e pessoais. Na categoria desmotivação foram reunidos os núcleos, a saber: a hegemonia das especialidades médicas X a medicina de família e comunidade (MFC); pressão social; precárias condições de trabalho e remuneração; desconhecimento da ESF; e baixa qualidade de inserção na Unidade de Saúde da Família durante a graduação. A ESF aparece como uma oportunidade de trabalho temporário, para se obter renda e continuar estudando até a aprovação em um programa de residência médica em outra área. Foi notório que a ideologia do trabalho na ESF cativa os acadêmicos, no entanto, as forças extrínsecas geram desmotivação resultando na não escolha pela MFC como carreira. Desta forma, é fundamental explorar, nos estudantes de medicina, o potencial motivacional intrínseco, assim como desenvolver estratégias para romper as barreiras e os fatores extrínsecos que limitam e paralisam a tomada de decisão em prol da ESF.

Palavras chave: Perspectivas profissionais; Trabalho; Medicina; Atenção Básica.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the motivational aspects of medical academics in relation to their professional perspectives and performances in the Family Health Strategy (FHS). It is a descriptive-exploratory study, of a qualitative nature that had the participation of 31 students from two higher education institutions of Campo Grande - MS. Data collection took place in the period from November 2017 to December 2018 and it was done through: 1 - documentary analysis of the Political Educational Project of both institutions and 2 - interviews with academics of the first and sixth years of such universities. The final sample was determined by the saturation of the data. The interviews were recorded, transcribed and submitted to the technique of content analysis, advocated by Bardin. The analytical categories were created based on the theoretical reference of Deci and Ryan: intrinsic motivation, extrinsic motivation and demotivation. The nuclei of meaning related to the intrinsic motivational aspects emerged from the discourses: social compassion and personal values; interdisciplinarity, teamwork and insertion in the community; identification with the health area; and to extrinsic motivational aspects: family influence; economic stability; work in the FHS as a source of temporary income; positive experiences from the teaching-service integration; and family and personal concerns. In the demotivation category were gathered the nuclei, namely: the hegemony of medical specialties X family and community medicine (FCM); social pressure; precarious working conditions and remuneration; lack of knowledge of the FHS; and low quality of insertion in the Family Health Unit during graduation. The FHS appears as a temporary work opportunity as to earn income and to continue studying until approval in a medical residency program in another area. It was notorious that the ideology of work in the FHS captivates the academics; however, the extrinsic forces generate demotivation resulting in the non-choice of the FCM as a career. In this way, it is fundamental to explore in medical students the intrinsic motivational potential, as well as to develop strategies to break the barriers and the extrinsic factors that limit and paralyze the decision making in favor of the FHS.

Keywords: Professional perspectives; Job; Medicine; Basic Attention.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de acadêmicos entrevistados e percentual em relação ao total de alunos por IES e semestre cursado, Campo Grande – 2018.32
Tabela 2. Faixa Etária dos acadêmicos entrevistados, por IES e semestre cursado, Campo Grande – 2018.33
Tabela 3. Sexo dos acadêmicos entrevistados, por IES, Campo Grande – 2018.33
Tabela 4. Procedência dos acadêmicos entrevistados, por IES, Campo Grande – 2018.34
Tabela 5. Número de entrevistados por IES, semestre em curso e renda per capita, Campo Grande - 2018.35
Tabela 6. Recursos financeiros para pagamento dos estudos dos acadêmicos da Anhanguera/UNIDERP, por semestre cursado, Campo Grande – 2018.36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Síntese das categorias e núcleos de sentido referentes aos aspectos motivacionais, perspectivas profissionais e atuação na Estratégia Saúde da Família.38
------------------	---	---------

LISTA DE ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde.

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais.

ESF - Estratégia Saúde da Família.

FAMED - Faculdade de Medicina.

FIES - Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior.

IES - Instituição de Ensino Superior.

MFC - Medicina de Família e Comunidade.

NASF-AB - Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica.

PBL - Problem-Based Learning.

PESAP - Programa de Estágio Supervisionado Atenção Primária.

PINESC - Práticas Interdisciplinares Ensino Serviço Comunidade.

PPP - Projeto Político Pedagógico.

PROUNI - Programa Universidade para Todos.

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família.

UFMS - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

UNIDERP – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 A atenção primária, a estratégia de saúde da família e a formação médica.....	14
2.2 Motivação	17
2.2.1. A motivação para o trabalho.....	20
3. OBJETIVO	23
3.1 Objetivo geral.....	23
3.2 Objetivos específicos.....	23
4 PERCUSO METODOLÓGICO.....	24
4.1 Tipo de estudo.....	24
4.2 Local e período do estudo.....	24
4.3 Participantes do estudo e critérios de seleção.....	24
4.4 Coleta de dados.....	25
4.5 Organização e análise dos dados.....	26
4.6 Aspectos éticos.....	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
5.1 Análise documental do projeto político pedagógico das instituições de ensino Anhanguera/UNIDERP e FAMED/UFMS.....	28
5.1.2 Análise documental do projeto político pedagógico da FAMED/UFMS.....	28
5.1.3 Análise documental do projeto político pedagógico da Anhanguera/UNIDERP.....	30
5.2 Perfil dos acadêmicos participantes da pesquisa.....	32
5.3 Dados obtidos nas entrevistas.....	37
5.3.1 Motivação intrínseca.....	38

5.3.1.1	Compaixão social e valores pessoais	39
5.3.1.2	Interdisciplinaridade e inserção na comunidade.....	42
5.3.1.3	Identificação com a área da saúde.....	43
5.3.2	Motivação extrínseca.....	44
5.3.2.1	Influência familiar.....	45
5.3.2.2	Estabilidade econômica.....	46
5.3.2.3	O trabalho na ESF como fonte de renda temporária.....	48
5.3.2.4	Experiências positivas a partir da integração ensino-serviço....	49
5.3.2.5	Preocupações familiares e pessoais.....	56
5.3.3	Desmotivação.....	58
5.3.3.1	A hegemonia das especialidades médicas x a medicina de família e comunidade.....	58
5.3.3.2	Pressão social.....	61
5.3.3.3	Precárias condições de trabalho e remuneração na ESF.....	64
5.3.3.4	Desconhecimento da ESF.....	68
5.3.3.5	Baixa qualidade de inserção na USF durante a graduação.....	70
5.4	Reflexões a partir dos resultados.....	73
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
7	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICE A.....	86
	APÊNDICE B.....	88
	APÊNDICE C.....	89
	APÊNDICE D.....	91
	APÊNCIDE E.....	92

1 INTRODUÇÃO

Diversos estudos demonstram que quanto maior a orientação de um sistema de saúde para a Atenção Primária, melhores são os resultados e menores são os gastos dispendidos pelo governo.

No Brasil, o Programa Saúde da Família implantado em 1994, alçado à condição de estratégia em 2006, tem em sua formulação o intuito de consolidar a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da reorganização do modelo de atenção.

A implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ainda enfrenta muitas dificuldades, destacando-se o componente do contexto profissional. A carência de profissionais médicos para o trabalho e permanência na ESF ainda é um problema evidente em nosso país, mesmo após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 para os cursos de medicina, que preconizam uma formação generalista e humanista, com foco especial na integração ensino-serviço-comunidade.

A necessidade de formar médicos para atuar neste contexto é premente, no entanto, diversos fatores podem contribuir para a baixa inserção deste profissional, como a priorização das especialidades em detrimento da saúde pública na formação acadêmica do médico, a falta de reconhecimento social do profissional que atua na APS, as precárias condições de trabalho e formas de vínculo empregatício, dentre outros que ainda precisam ser desvelados.

Desta forma, este estudo buscou trazer à luz as perspectivas profissionais e os fatores que podem interferir na motivação e desmotivação dos acadêmicos de medicina para o trabalho na ESF, assim como as estratégias indutoras presentes no Projeto Político Pedagógico dos Cursos de Medicina.

Espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar mudanças na prática docente, nas estruturas curriculares dos cursos de medicina e nos serviços de saúde, assim como servir de estímulo para uma qualificada inserção e integração ensino-serviço-comunidade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Atenção Primária à Saúde, a Estratégia Saúde da Família e a Formação Médica

A Conferência de Alma Ata, convocada pela Organização Mundial de Saúde em 1978, utilizou várias palavras para descrever cuidados primários, incluindo custo essencial, prático, cientificamente sólido, universalmente aceitável e acessível, foco principal do desenvolvimento social e econômico geral, primeiro nível de contato e primeiros elementos de um processo contínuo de cuidados de saúde. O cuidado primário é o atendimento de contato inicial, contínuo, abrangente e coordenado fornecido a populações sem distinção por gênero, doença ou sistema de órgãos (STARFIELD, 1994).

Todos os países, confrontados com custos cada vez maiores de cuidados de saúde, estão experimentando uma reorganização do sistema. Comparações internacionais dos sistemas de saúde sugerem que certas características, especialmente as que se ocupam de uma orientação para cuidados primários, são propícias a melhores resultados (STARFIELD, 1994).

Quanto maior a orientação de um sistema de saúde para a atenção primária, melhores são os níveis de saúde da população e a satisfação dos usuários, com menores gastos, possibilitando uma distribuição mais equitativa da saúde nas populações (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

O Programa Saúde da Família foi implantado no Brasil em 1994, sendo, em 2006, alçado à condição de estratégia, com o intuito de consolidar a atenção primária (MIRANDA *et al.*, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, equidade e integralidade da atenção, sendo, também, centrada na família, com a clientela adscrita, proporcionando melhor organização da demanda por meio do trabalho em equipe multiprofissional (SOUZA; HAMANN, 2009).

Entre os principais desafios à implementação da ESF, destaca-se o componente do contexto profissional, pelo qual perpassam diversos fatores, entre os

quais: condições e ambiente de trabalho, motivação, realização no trabalho, forma de vínculo, estabilidade financeira e fixação dos profissionais (GUARDA, 2012).

Embora os estudos internacionais sugiram que há uma alta demanda por médicos de família, muitas vezes é difícil recrutar estudantes de Medicina para a medicina familiar (SAIGAL *et al.*, 2007). A disponibilidade de profissionais médicos se apresenta como uma das principais causas do reduzido crescimento na cobertura da ESF. Identifica-se, também, uma alta rotatividade das equipes, comprometendo a prestação dos cuidados e a qualidade da assistência (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014).

O número insuficiente de pessoas com formação específica para prover cuidados em APS é um dos fatores que freia o impacto potencial dessa Estratégia nos indicadores de saúde da população (HARZHEIM; VICENTE; PITZ, 2009), o que demanda investimento e estímulo para atuação nesta área ao longo da formação.

A baixa adesão de graduandos pela MFC é um tema que desperta interesse entre pesquisadores da área da educação médica em todo o mundo. Muitas pesquisas sugerem a adoção de práticas que promovam estímulos para que mais acadêmicos sejam atraídos pela especialidade de MFC. No Brasil, Cavalcante Neto (2008), afirma ser necessário o Brasil conhecer melhor sua realidade e, a partir deste conhecimento, buscar estabelecer uma lógica de atração de médicos para a MFC, adotando, para tanto, políticas consistentes.

No tocante à formação médica, no Brasil, a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação teve origem nos questionamentos sobre o ensino superior, iniciados na década de 1960, entre os quais se destaca o seu isolamento do mundo do trabalho, formando profissionais com perfil não adequado às necessidades sociais (PUCCINI; STELLA, 2008).

As DCN para os cursos de graduação, na área da saúde, estabelecidas em 2001, constituíram uma mudança paradigmática do processo de educação superior. A partir destas DCN, a transformação do ensino médico, passou a ser uma obrigação legal, com vistas a uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva do profissional médico (PUCCINI; STELLA, 2008).

As DCN para os cursos de medicina, em 2001, traçaram o perfil esperado do formando egresso/profissional:

Médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001, p. 10).

Neste contexto, estratégias modernas de educação recomendam a inserção precoce do aluno no ambiente profissional real, com o treinamento em serviço, uma vez que a qualidade de ensino na formação médica e conseqüentemente a qualidade do trabalho dos médicos formados são de suma importância para o SUS (ALMEIDA, 2015).

A inserção precoce do aluno de medicina em atividades práticas além de favorecer o aprendizado da rotina do serviço e treinamento de procedimentos, permite a construção do conhecimento de forma mais próxima das necessidades de saúde da população assistida (PEREIRA *et al.*, 2009). A familiarização dos estudantes com a prática geral melhora, de forma considerável, as habilidades de comunicação e compreensão de percepções dos pacientes e ajuda a reconhecer a importância da relação médico-paciente (MIETTOLA; MÄNTYSELKÄ; VASKILAMPIT, 2005).

Para acelerar a cooperação internacional na educação médica, a Organização Panamericana de Saúde elaborou uma proposta de participação integrada entre os países onde as tendências na educação médica estariam representadas em experiências clínicas precoces, ou seja, que ocorram no primeiro nível de atenção na comunidade; com o ensino-aprendizagem baseado em problemas e a partir da medicina baseada em evidências (VASCONCELOS; RUIZ, 2015).

De acordo com as Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação e Cultura (BRASIL, 2014, p. 12), o curso de graduação em medicina deverá, entre outras coisas:

Inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem.

A inclusão da Medicina de Família, em currículos de graduação médica, com um programa de treinamento bem projetado, é essencial para aumentar o número de médicos de cuidado primário (BASARGAN, 2006).

Vasconcelos e Ruiz (2015, p. 636), afirmam que:

A integração Ensino-Saúde da Família, baseada em práticas do currículo de graduação em Medicina, representa uma estratégia fundamental para a formação de futuros médicos que tenham o cuidado como eixo central de sua prática e que desenvolvam o senso de corresponsabilidade pela saúde integral das pessoas. Além de tudo, que sejam engajados e comprometidos com o SUS, conforme as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

É de extrema relevância argumentar sobre a articulação entre a teoria e a prática, pressupondo ações pedagógicas que, ultrapassando os muros da academia, indicam a necessidade da inserção do aluno em realidades concretas, fazendo com que a formação seja centrada na prática, numa contínua aproximação do mundo do ensino com o mundo do trabalho (CORRÊA *et al*, 2017).

Por outro lado, é importante ressaltar que os serviços de atenção primária à saúde (APS), elencados como cenários de práticas para o ensino de medicina devem ser adequados a um padrão mínimo de qualidade. Expor os estudantes de medicina a serviços de APS que possuem graves problemas de estrutura física, má qualidade assistencial e/ou baixa capacitação docente dos tutores, constitui um retrocesso frente à necessidade crescente de valorização da prática da APS e da ESF (HARZHEIM; VICENTE; PITZ, 2009), podendo influenciar negativamente na motivação do estudante para o trabalho na Estratégia após a graduação.

2.2 Motivação

De acordo com Rothmann e Cooper (2009), nas várias definições de motivação elaboradas pelos mais diversos pesquisadores, são sempre utilizados termos comuns como “desejos”, “vontades”, “querer”, “alvos”, “objetivos”, “necessidades”, “iniciativas”, “motivos” e “incentivos” (CARVALHO, 2013).

Teórico da área de psicologia, Murray (1971) explica que é a motivação que influencia os usos que uma pessoa dá às suas capacidades. "Todos nós possuímos ideias particulares sobre o que faz as pessoas pulsarem de atividade [...]. Indagamos com frequência o que uma pessoa quer, o que poderá influenciá-la, o que é importante para ela" (MURRAY, 1971, p. 11-12).

A todo instante somos motivados (e até mesmo desmotivados) por fatores internos e externos (SANTOS, 2011).

As abordagens sócio cognitivistas têm defendido a existência de duas orientações motivacionais, a intrínseca e a extrínseca, sendo essas tratadas não como aditivas, mas interativas (DE CHARMS, 1984 apud MARTINELLI; BARTHOLOMEU, 2007).

A motivação intrínseca é o fenômeno que melhor representa o potencial positivo da natureza humana, sendo vista como a base para o crescimento, integridade psicológica e coesão social (DECI; RYAN, 2000). Com a finalidade de ressaltar os componentes essenciais da motivação intrínseca e os fatores que a promovem, Deci e Ryan, em 1985, propuseram sua Teoria da Autodeterminação (BZUNECK; GUIMARÃES, 2008).

A Teoria da Autodeterminação postula que todo ser humano é dotado de uma propensão natural para alcançar o desenvolvimento saudável e a autorregulação. As pessoas envolvem-se em atividades que lhes possibilitem a satisfação de três necessidades psicológicas básicas: competência, autonomia e vínculo (BZUNECK; GUIMARÃES, 2008).

Tradicionalmente, a motivação era concebida como um constructo unitário, variando apenas em sua quantidade. Entre as primeiras tentativas de investigação acerca da qualidade da motivação destaca-se a diferenciação entre a motivação intrínseca e extrínseca, sendo, no primeiro caso, o comportamento motivado pela atividade em si, pela simples satisfação ou prazer de realizá-la (DECI; RYAN, 2000).

Na motivação extrínseca, em contraposição, a atividade é percebida como meio instrumental para alcançar eventos externos desejáveis ou escapar de outros indesejáveis. Nessa perspectiva, estudos empíricos associaram melhores resultados em termos de aprendizagem, desempenho, criatividade, entre outros, à motivação intrínseca. A motivação extrínseca, menos elaborada, geralmente contraposta à

motivação intrínseca, foi associada a efeitos mais restritos sobre os comportamentos (DECI; RYAN, 2000).

Grande parte das atividades que realizamos é regulada por razões extrínsecas e, mesmo assim, pode haver grande envolvimento e resultados semelhantes aos obtidos com atividades motivadas intrinsecamente. A qualidade da motivação dependeria do nível de internalização das regulações externas, sendo que, quanto maior o nível de autodeterminação do comportamento melhor a qualidade motivacional. A internalização refere-se ao processo proativo pelo qual as regulações externas, que são as práticas e prescrições culturais, são transformadas em autorregulações, ou seja, tornam-se valores, crenças e compreensões pessoais (DECI; LENS; VANSTEENKISTE, 2006).

A qualidade da motivação de uma pessoa para a realização de determinada tarefa diferencia-se em desmotivação, caracterizada pelas ausências de intenção e de comportamento proativo (BZUNECK; GUIMARÃES, 2008).

A regulação externa é a forma mais básica e menos autônoma de motivação extrínseca, na qual a pessoa age para obter ou evitar consequências externas. Na motivação extrínseca por regulação introjetada, as consequências contingentes são administradas pela própria pessoa, como resultado de pressões internas como culpa, ansiedade ou a busca de reconhecimento social. A motivação extrínseca por regulação identificada ocorre em situações de reconhecimento e valorização subjacentes ao comportamento. É mais autônoma do que os dois estilos de regulação descritos anteriormente, mas a importância da realização do comportamento ainda é centrada na sua consequência ou nos benefícios decorrentes. Na motivação extrínseca por regulação integrada está presente não somente a identificação com a importância do comportamento, mas, também a integração de tal identificação com outros aspectos do self. É a forma mais autônoma de motivação extrínseca, envolvendo escolha e valorização pessoal da atividade. No entanto, apesar do estilo autônomo de regulação do comportamento, na regulação integrada o foco ainda está nos benefícios pessoais advindos da realização da atividade (BZUNECK; GUIMARÃES, 2008).

Na motivação intrínseca, a atividade é vista como um fim em si mesma. É o estilo perfeito de autodeterminação por reunir em si seus três componentes: (1) locus interno, a percepção de que o comportamento intencional teve origem e

regulação pessoal; (2) liberdade psicológica, que se refere à vontade da pessoa de executar um comportamento quando ele é coerente e alinhado com seus interesses, preferências e necessidades; (3) percepção de escolha, que reflete a flexibilidade nas tomadas de decisão sobre o que fazer, como fazer ou até a possibilidade de não fazer (BZUNECK; GUIMARÃES, 2008).

2.2.1 A motivação para o trabalho

Cada indivíduo possui tendência a desenvolver forças motivacionais de acordo com o ambiente cultural no qual vive e isso afeta a maneira pela qual as pessoas percebem seu trabalho (DAVIS; NEWSTROM, 2002).

O psicólogo Abraham Maslow, professor e ex-presidente da American Psychological Association, formulou uma das teorias mais conhecidas sobre motivação, a Teoria da Hierarquia das Necessidades. Segundo a Teoria de Maslow, a hierarquia de necessidades seria a mesma para todos os homens e mulheres que trabalham, quaisquer que sejam sua cultura e qualificações (LÉVY-LEBOYER, 1999). As necessidades humanas são organizadas em níveis de importância. No nível mais baixo estão as necessidades fisiológicas (comer, vestir, morar). Quando as necessidades fisiológicas estão razoavelmente satisfeitas, as necessidades do nível superior seguinte começam a dominar o comportamento humano, são as necessidades de garantia (emprego, proteção social e jurídica, etc.). As próximas necessidades são as necessidades sociais, ou seja, as necessidades de pertencer, de se associar, de ser aceito. E, ainda, acima das necessidades sociais estão as necessidades egoísticas: relacionadas à autoestima e à necessidade de reconhecimento, de crescimento pessoal, de prestígio, de respeito da parte dos companheiros (MCGREGOR, 1980 apud CARVALHO, 2013).

Casado (2002) destaca que estudos existentes mostram que trabalhadores de nível social mais baixo tendem a se preocupar com as necessidades de baixa ordem, enquanto que os trabalhadores de nível social mais elevado preocupam-se com as necessidades de nível mais elevado.

A Teoria dos Dois Fatores, também conhecida como Teoria da Higiene Motivação, foi proposta pelo psicólogo e professor Frederick Herzberg, em 1959, em

seu livro intitulado *The motivation to work* (CASADO, 2002). Herzberg, em 1959, desenvolveu sua pesquisa baseado na pergunta: “o que as pessoas esperam de seus empregos?” As pessoas pesquisadas, ao afirmarem estarem felizes com seu trabalho, citaram fatores ligados ao desenvolvimento da tarefa e às possibilidades de crescimento. Quando demonstraram sentimento de insatisfação, isso não estava associado ao trabalho em si, mas às condições que envolviam sua execução. Essas condições foram chamadas de fatores higiênicos. Herzberg explica, realizando uma analogia, que a “higiene” opera para remover riscos à saúde no meio ambiente utilizado pelo homem. Ela é preventiva e não curativa. Da mesma forma, quando existem fatores deletérios no contexto do trabalho, eles servem para causar atitudes não produtivas. A melhoria dos fatores higiênicos serve para remover impedimentos para atitudes positivas quanto ao trabalho. Alguns fatores de higiene são: supervisão, relações interpessoais, condições físicas de trabalho, remuneração, benefícios, estabilidade, entre outros (CARVALHO, 2013).

Herzberg também observou a existência de dois grupos de necessidades: a) aquele em que a interferência é de fatores de natureza intrínseca os quais dependem do próprio indivíduo; b) aquele no qual a influência é de fatores extrínsecos os quais independem do próprio indivíduo (CASADO, 2002). Tal constatação explica, por exemplo, o porquê de certos profissionais darem mais importância às atividades que realizam do que às possíveis vantagens materiais que elas possam trazer. Um exemplo disso são os sacerdotes, integrantes de entidades assistenciais, que muitas vezes trabalham em condições precárias e sacrificam suas necessidades básicas e de segurança (DAVIS; NEWSTROM, 2002).

McClelland criou a teoria da necessidade adquirida, para ele, a motivação compreende três necessidades dominantes: de realização, de afiliação e de poder. A primeira refere-se à busca de se realizar de acordo com determinados padrões, isto é, à luta pelo sucesso. A necessidade de afiliação diz respeito ao desejo de estabelecer relacionamentos pessoais próximos, de evitar conflitos e estabelecer fortes amizades, com confiança e compreensão mútua. A necessidade de poder relaciona-se à necessidade de fazer com que os outros se comportem de uma maneira que não adotariam naturalmente. As pessoas com necessidade de realização possuem o desejo de realizarem seu trabalho o melhor possível ou de modo mais eficiente do que já foi feito antes. Aquelas com necessidade de afiliação

dão mais valor aos relacionamentos pessoais do que à realização das tarefas; e as com necessidade de poder possuem o desejo de controlar, influenciar os outros ou serem responsáveis por eles (CARVALHO, 2013).

Rothmann e Cooper (2009) esclarecem que o psicólogo Clayton Alderfer, em sua teoria (Teoria ERG), identificou três grupos de necessidades: de existência (E, do inglês, existence), de relacionamento (R, do inglês, relatedness) e de crescimento (G, do inglês, growth). O grupo de necessidades de existência está relacionado aos requisitos materiais básicos, que correspondem àqueles que Maslow classificou de necessidades fisiológicas e de segurança. O segundo grupo está relacionado às necessidades de relacionamento que se referem ao desejo de manter importantes relações interpessoais. Esse grupo corresponde às necessidades sociais da Teoria de Maslow. Por fim, o terceiro grupo de necessidades, denominado de crescimento, está relacionado ao desejo pessoal de se desenvolver, correspondendo, na Teoria de Maslow, às necessidades de estima e de autorrealização (ROTHMANN; COOPER, 2009).

As forças internas que determinam o grau de interesse em relação ao que se precisa para a vida pessoal e profissional não são fixas e variam de acordo com as circunstâncias. A segurança, por exemplo, tornar-se-á muito mais importante quando da construção de uma família e da carreira (MENDES, 2010).

Com o passar do tempo, a motivação adquiriu diferentes interpretações, sem que nenhuma delas possa ser considerada como errada, ou destrua os argumentos da outra (BERGAMINI, 2008).

Como já mencionado, são muitas as teorias sobre motivação relacionada ao trabalho; algumas foram abordadas, principalmente as relacionadas ao conteúdo da motivação.

Neste sentido, a fim de subsidiar reflexões e o desenvolvimento de mecanismos que possam influenciar na decisão de um futuro médico para a escolha da ESF como carreira, fez-se necessário compreender sua trajetória formativa, suas percepções, assim como os fatores motivadores e desmotivadores que interferem neste processo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar os aspectos motivacionais de acadêmicos de medicina em relação às perspectivas profissionais e atuação na ESF.

3.2 Objetivos específicos

1. Identificar no Projeto Político Pedagógico dos cursos de medicina, as abordagens e estratégias indutoras para atuação na ESF;
2. Caracterizar o perfil sociodemográfico e as perspectivas profissionais dos acadêmicos do primeiro e sexto anos de medicina;
3. Identificar os aspectos relacionados à motivação e desmotivação para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa.

A fase exploratória do estudo tem por finalidade saber como determinado fenômeno manifesta-se, por meio de uma visão ampliada e aprofundada (DYNIESWICZ, 2009).

A pesquisa qualitativa contribui para compreensão das diversas nuances que permeiam o objeto e, segundo Andrade (2015) a abordagem qualitativa é mais apropriada à compreensão de fenômenos de natureza mais subjetiva.

Em pesquisas qualitativas, a intenção não é generalizar, mas sim descrever, analisar, buscar compreender. Nessa perspectiva, a validade estaria relacionada com a coerência interna da pesquisa (MARTINS, 2004).

Os estudos qualitativos, na maior parte das vezes se iniciam como descritivos e exploratórios, mas podem apresentar alcances correlacionais e analíticos (COLLADO; LUCIO; SAMPIERI, 2003).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no período de novembro de 2017 a dezembro de 2018, nas Instituições de Ensino Superior de Campo Grande, MS, que possuem acadêmicos cursando o primeiro e o sexto anos de graduação em medicina, sendo uma Universidade privada e outra pública.

4.3 Participantes do estudo e critérios de seleção

Foram convidados a participar do estudo todos os acadêmicos cursando o segundo e décimo primeiro semestres dos cursos de medicina das Universidades, totalizando 245 estudantes, sendo 54 do segundo e 62 do décimo primeiro semestres da Universidade privada, e 76 do segundo e 53 do décimo primeiro semestres da Universidade Pública. Separando, por IES e por semestre, com os acadêmicos que

se dispuseram a participar da pesquisa, realizou-se um sorteio, a fim de se definir a ordem para a execução das entrevistas. O motivo para se escolher o segundo e décimo primeiro semestres foi de tentar identificar a existência ou não de diferenças na maneira de pensar entre os estudantes iniciantes e os que estavam para finalizar a graduação.

O quantitativo total de participantes foi de 31 acadêmicos, obtidos a partir da saturação dos dados e compreensão do fenômeno de estudo, em consonância com os objetivos pré-definidos. Foram 9 os entrevistados do segundo semestre da Universidade pública; 7 do 11º semestre desta IES; 8 do segundo semestre da Universidade privada e 7 do 11º semestre da mesma instituição.

4.4 Coleta de dados

Em encontro com os coordenadores de curso, foi-lhes entregue uma carta apresentando o projeto de pesquisa e solicitando: 1) autorização para realização do mesmo (APÊNDICE A); 2) o Projeto Político Pedagógico para posterior análise; 3) permissão para o contato com os estudantes e convite para participarem da pesquisa, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. A autorização dos coordenadores foi manifesta em documento assinado pelos mesmos (APÊNDICE B).

A coleta de dados deu-se, primeiramente, por meio de análise documental do Projeto Político Pedagógico das instituições citadas anteriormente, a fim de identificar as abordagens e estratégias indutoras para a atuação do futuro médico na ESF.

A explanação sobre o projeto e o convite aos estudantes foi feito pessoalmente pela pesquisadora, nas dependências das instituições, a partir de agendamento prévio. Após a manifestação de interesse em participar do estudo, foram agendadas entrevistas individuais, que ocorreram nos meses de fevereiro a junho de 2018, em uma sala reservada na própria Universidade. Para a entrevista foi utilizado um roteiro de questões semiestruturado (APÊNDICE C) e as mesmas foram gravadas e transcritas, para posterior análise e categorização.

Os discursos dos estudantes foram identificados com a letra “E”, seguido de números de 1 a 31, conforme o participante. Posteriormente, foi inserida a sigla da

IES correspondente, sendo “PU” para designar pública e “PR” para privada e o semestre em curso, conforme exemplos a seguir: E1PR11 (estudante nº1, privada, 11º semestre) e E1PU2 (estudante nº1, pública, 2º semestre).

Com a finalidade de aperfeiçoar o roteiro de entrevista em consonância com os objetivos da pesquisa, foi realizado um pré-teste com dois estudantes do quinto ano da graduação, um de cada instituição.

4.5 Organização e análise dos dados

O material empírico resultante da transcrição das entrevistas foi submetido à técnica de análise de conteúdo, preconizada por Bardin (2016), à luz dos referenciais teóricos sobre “Motivação” de Deci e Ryan (2000) e Alderfer (1972).

Trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em 3 fases, a saber: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (BARDIN, 2016).

A pré-análise é uma fase de organização, que consiste em estabelecer contato com os documentos, através de leituras exaustivas do material coletado nas entrevistas, deixando-se invadir por impressões e orientações, formulando-se hipóteses (BARDIN, 2016).

A exploração do material consiste em operações de codificação do material: procede-se o recorte, ou seja, a escolha das unidades de significação, ou seja, de segmentos do conteúdo (frases). Em seguida classifica-se ou agregam-se estas unidades em categorias sob um título genérico, utilizando-se o critério semântico (categorias temáticas) ou léxico (emparelhamento das palavras sinônimas ou com sentidos próximos) (BARDIN, 2016).

No tratamento dos resultados ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais (momento da intuição, da análise reflexiva e crítica orientada pelas hipóteses e referenciais teóricos) (BARDIN, 2016).

Segundo Bardin (2016), o que caracteriza a análise qualitativa é o fato da inferência ser fundada na “presença” do índice (palavra ou tema) e não sobre a

“frequência” de sua aparição, em cada comunicação; os índices são retidos de maneira não frequencial. A mesma autora ressalta, também, que a raridade possui, por vezes, um sentido forte que não deve ser abafado.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação, por meio da Plataforma Brasil, em observância aos requisitos propostos pela Resolução nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de pesquisa com seres humanos e a execução do mesmo se deu, apenas, após a respectiva aprovação(parecer nº 2424589) (APÊNDICE D).

Os envolvidos no estudo participaram de modo voluntário e foram informados sobre os objetivos e a metodologia utilizada. Precedendo a coleta de dados, todos os participantes manifestaram concordância a partir da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICEE).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em consonância aos objetivos específicos propostos pela pesquisa. Primeiramente, será feita a exposição da análise documental dos Projetos Político Pedagógicos das instituições de ensino participantes da pesquisa; em seguida, apresentar-se-á o perfil dos acadêmicos participantes; e, por fim, os resultados e discussão relacionados às entrevistas.

5.1 Análise documental do Projeto Político Pedagógico das Instituições de Ensino

A análise dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos cursos de medicina de Campo Grande – MS, os quais possuem acadêmicos de medicina cursando o primeiro e o sexto anos de graduação, teve por finalidade identificar abordagens e estratégias indutoras para a atuação do futuro médico na ESF. A partir da análise documental e das entrevistas foi possível identificar, na realidade dos cursos, como realmente ocorreu a inserção dos estudantes na ESF, o que está para além do prescrito no PPP, ou seja, o currículo oculto. Esse pode ser compreendido como tudo aquilo que um curso apresenta ao estudante e que não está escrito, mas é observável (PINTO; FONSECA, 2017).

5.1.2 Análise documental do projeto político pedagógico Universidade pública

O curso de medicina foi criado em 1966. O atual PPP está em vigor desde 2010 até o momento em que se realizou a pesquisa. O curso possui carga horária mínima de 8653 horas-aula e o ingresso de novos estudantes é feito anualmente, com oferta de 80 vagas. O ensino e aprendizagem da instituição são organizados em eixos temáticos, sendo eles: formação clínica, humanística e científica. E de acordo com o PPP da instituição, a organização se dá em forma de disciplinas, de forma integrada, que vão se desenvolvendo durante o curso em três momentos: disciplinas básicas (nos dois primeiros anos); disciplinas clínicas (no terceiro e quarto anos) e estágio supervisionado (nos dois últimos anos do curso).

A estrutura curricular contempla as seguintes disciplinas relacionadas diretamente à Estratégia Saúde da Família:

- “Introdução à Medicina de Família e Comunidade”. Ementa: papel do médico no país; campo da saúde; direito à saúde; evolução do campo da saúde coletiva; processo saúde-doença; níveis de atenção à saúde; ações da saúde; bases conceituais da saúde coletiva (aspectos epidemiológicos, aspectos socioeconômicos e culturais e aspectos organizativos e de financiamento); política e sistema de saúde, e organização do sistema de saúde brasileiro.
- “Saúde da Comunidade”. Ementa: introdução à saúde da família e da comunidade; conceituação de comunidade e família (tendo em vista seus aspectos sociais, culturais, geográficos, étnicos, econômicos e políticos, e compreensão de seu papel na promoção da saúde); vigilância ambiental; nutrição social; indicadores sociais, econômicos, ambientais e de saúde na análise da situação de saúde, do perfil epidemiológico e da qualidade de vida de uma comunidade; educação e comunicação em saúde; participação comunitária e controle social; metodologias de investigação e instrumentos de intervenção e avaliação em saúde.

Cada uma das disciplinas acima possui 51 horas-aula de carga horária, oferecidas durante o primeiro e terceiro semestres do curso, respectivamente. O PPP do curso não especifica o tempo de carga horária teórica e de carga horária prática em ambas as disciplinas. O PPP também não explicita o momento, forma e nem tempo de inserção prática dos acadêmicos na ESF do primeiro ao quarto ano de curso.

Em entrevistas com os acadêmicos do primeiro e sexto anos, identificou-se, apesar da estrutura da grade curricular não ter sofrido modificações desde o ingresso dos sextanistas, a forma de abordagem e condução das disciplinas relacionadas à ESF vem sofrendo modificações. Os estudantes do sexto ano referiram que tiveram o primeiro contato com uma USF apenas no quarto ano de curso, em momentos isolados e dentro das disciplinas relacionadas à Saúde da Mulher e Saúde da Criança. Desta forma, as disciplinas relacionadas à ESF apresentavam um caráter puramente teórico até o quarto ano de curso, distanciado da prática. Já os estudantes do primeiro ano referiram que, na disciplina “Introdução

à Medicina de Família e Comunidade”, os mesmos, além das aulas teóricas, realizaram, no semestre, duas visitas a Unidades, desenvolvendo atividade prática aliada à teoria estudada.

Transcrições das falas dos entrevistados, que mencionam como se deu a inserção na ESF durante a graduação, serão trazidas no item 5.3 “Análise dos discursos”.

Durante o quinto e sexto anos de curso, período de “Internato”, os acadêmicos estagiam nas Unidades de Saúde da Família (Internato em Saúde da Comunidade), num total de 357 horas-aula no quinto ano e 357 horas-aula no sexto ano, alcançando o total geral de 714 horas-aula. A carga horária total do Internato é de 1785 horas-aula no quinto ano e 1785 horas-aula no sexto ano, totalizando 3570 horas-aula.

5.1.3 Análise documental do projeto político pedagógico da Universidade privada

O curso de medicina foi criado em 2000. Possui, desde 2018, acesso semestral, sendo ofertadas 60 vagas por semestre. O PPP foi atualizado em 2017; em relação ao PPP anterior, vigente de 2010 a 2017, não ocorreram mudanças significativas, apenas o mais recente passou a contemplar, em conformidade com as DCN de 2014, as “Atividades Complementares” (participação em atividades teórico-práticas presenciais ou à distância, escolhidas pelo estudante, orientadas pelo professor responsável, que contribuam com a formação profissional ampliada contemplando as ciências da saúde, áreas técnicas da profissão, ciências humanas e sociais, e outras áreas afins) e foi introduzido o inglês obrigatório. Em relação à estrutura curricular que contempla as atividades relacionadas à Estratégia Saúde da Família não ocorreu nenhuma modificação.

O curso possui carga horária de 7960 horas. Adota o Aprendizado Baseado em Problemas (Problem-Based Learning - PBL) como método pedagógico, com a aprendizagem centrada no aluno. De acordo com o PPP, um conceito-chave do curso é o “aprender fazendo”.

Quanto à estrutura pedagógica-curricular, o curso é organizado em módulos temáticos, módulos longitudinais, módulos eletivos (do primeiro ao oitavo semestres)

e estágio supervisionado (do nono ao décimo segundo semestres do curso). Os módulos temáticos são trabalhados mediante dinâmica tutorial e os módulos longitudinais são teórico-práticos.

Os módulos longitudinais de Práticas Interdisciplinares Ensino Serviço Comunidade (PINESC) são desenvolvidos do primeiro ao oitavo semestres do curso, sendo teórico-práticos, mediante a inserção dos acadêmicos em pequenos grupos nas Equipes de Saúde da Família (ESF), preceptoradas por integrantes da ESF (médicos ou enfermeiros) e supervisionadas por docentes do curso de medicina. De acordo com o PPP da instituição, este programa propicia a implementação do ensino orientado para a comunidade: “O PINESC tem como objetivo geral a formação de profissionais de saúde aptos a compreender a importância do contexto social, econômico e cultural das pessoas e da comunidade e como esses fatores são determinantes do processo saúde-doença das pessoas e suas famílias. Além disso, esse programa propicia a experiência na realidade do serviço de saúde permitindo compreender sua organização, funcionamento, resolutividade, bem como os fatores de entrave para o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde individual e coletiva”(PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA, 2017, p.35).A cada semestre, o PINESC oferece carga horária de 20 horas-aula teóricas e 40 horas-aula práticas.

A carga horária total do estágio supervisionado (quinto e sexto anos) é de 2880 horas e é realizado de forma rotativa entre atenção primária, secundária e terciária, com distribuição proporcional de carga horária entre os rodízios. As atividades do estágio supervisionado, no nível primário de atenção (Programa de Estágio Supervisionado Atenção Primária – PESAP), acontecem nas Unidades Básicas de Saúde, vinculadas às Equipes de Saúde da Família.

Na análise dos discursos, não se observou distanciamento significativo entre o descrito pelo PPP e a prática diária do curso, no que se refere à inserção acadêmica na ESF.

Transcrições das falas dos entrevistados, que mencionam como se deu a inserção na ESF durante a graduação, serão trazidas no item 5.3 “Análise dos discursos”.

5.2 PERFIL DOS ACADÊMICOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A tabela 1 apresenta o quantitativo de acadêmicos entrevistados por semestre e por IES. Foram 9 (11,8%) os entrevistados do segundo semestre da Universidade pública; 7 (13,2%) do 11º semestre desta IES; 8 (12,9%) do segundo semestre da Universidade privada e 7 (12,9%) do 11º semestre da mesma instituição.

Tabela 1. Número de acadêmicos entrevistados e percentual em relação ao total de alunos por IES e semestre cursado, Campo Grande – 2018.

	Universidade pública		Universidade privada	
	Alunos Entrevistados	Percentual em relação ao total da turma	Alunos Entrevistados	Percentual em relação ao total da turma
2º SEMESTRE	9	11,8%	8	12,9%
11º SEMESTRE	7	13,2%	7	12,9%

A tabela 2 apresenta o número de estudantes entrevistados, distribuídos por faixa etária, semestre cursado e IES. De forma semelhante, nas IES, os acadêmicos do segundo semestre têm, em sua maioria, de 17 a 21 anos de idade (representando 66,7% na Universidade pública e 75% na Universidade privada); os demais têm de 22 a 25 anos (25% na Universidade pública e 33,3% na Universidade privada). Quanto aos entrevistados do décimo primeiro semestre das IES, a maioria dos estudantes possui de 22 a 25 anos na Universidade pública (71,4%) e o restante, 28,6%, tem entre 26 e 30 anos. Já na Universidade privada, 28,6% possuem 22 a 25 anos, 42,9% de 26 a 30 anos e 28,6% de 31 a 35 anos.

Tabela 2. Faixa Etária dos acadêmicos entrevistados, por IES e semestre cursado, Campo Grande – 2018.

	Universidade pública		Universidade privada	
	2º SEM	11º SEM	2º SEM	11º SEM
17 a 21 anos	6		6	
22 a 25 anos	3	5	2	2
26 a 30 anos		2		3
31 a 35 anos				2

O perfil dos entrevistados revela a predominância de uma população jovem, que entrou na faculdade pouco tempo após a conclusão do ensino médio. Pesquisas realizadas no Canadá revelam uma maior tendência à escolha por MFC entre os acadêmicos mais velhos (SCOTT *et al.*, 2011; GILL, 2012). Tal relação pode ser observada neste estudo, pois a única pessoa que manifestou decisão por seguir carreira na MFC foi uma acadêmica sextanista da Universidade privada, que tem 31 anos.

A tabela 3 apresenta o número de estudantes entrevistados, distribuídos por sexo e IES. De forma semelhante, nas IES, ocorre uma prevalência de mulheres entrevistadas em relação a homens (81,2% de mulheres na Universidade pública e 93,3% na Universidade privada).

Tabela 3. Sexo dos acadêmicos entrevistados, por IES, Campo Grande – 2018.

	Universidade pública	Universidade privada
FEMININO	13	14
MASCULINO	3	1

A feminização da profissão médica foi evidenciada nesta pesquisa e mostra-se como uma tendência nacional e internacional (ISSA, 2013). Estudos evidenciam que mulheres escolhem mais carreiras relacionadas à clínica e a cuidados primários em saúde (VANASSE *et al.*, 2011; ISSA, 2013). Tal fato correlaciona-se com o resultado desta pesquisa, pois a única pessoa que manifestou decisão por seguir carreira na MFC foi uma acadêmica sextanista da Universidade privada.

A tabela 4 apresenta o número de estudantes entrevistados, distribuídos por IES, conforme procedência. Na Universidade pública, 60% dos entrevistados eram de Campo Grande e o restante de outros municípios do Brasil; já na Universidade privada, 25% são de Campo Grande e os demais vindos de outras localidades, municípios do interior do Mato Grosso do Sul e de outros estados, como Mato Grosso, Goiás, Paraná, São Paulo e Pernambuco. Chama-se atenção ao fato de que, dos estudantes não provenientes de Campo Grande, apenas um era oriundo de uma Capital (Curitiba), os demais eram de cidades interioranas.

Tabela 4. Procedência dos acadêmicos entrevistados, por IES, Campo Grande – 2018.

	Universidade pública	Universidade privada
CAMPO GRANDE	6	3
OUTROS MUNICÍPIOS	10	12

Estudo realizado por GILL, *et al.* (2012), com estudantes da Universidade de Alberta, Canadá, mostra que a vivência em cidades menores teve influência positiva para a escolha da MFC. Tal fato pode ter correlação com o resultado desta pesquisa, pois a única pessoa que manifestou decisão por seguir carreira na MFC foi uma acadêmica sextanista, da Universidade privada, oriunda do interior de Mato Grosso.

Todos os entrevistados do segundo semestre de ambos os cursos referiram ser solteiros. Entre os entrevistados do mesmo semestre da Universidade privada, 3 estudantes (37,5%) eram casados ou tinham união estável. Dos estudantes do décimo primeiro semestre da Universidade pública apenas 1 (11,1%) declarou ser casado.

Estudos realizados no Canadá revelam um maior interesse pela MFC por parte de pessoas casadas (SCOTT *et al.*, 2011; VANESSE *et al.*, 2011). No presente estudo, a única entrevistada que afirmou querer seguir carreira na ESF era casada.

Apenas entrevistados do décimo primeiro semestre de ambas as IES tinham filhos: 1 (11,1%) e 2 (28,6%) dos estudantes cursando o referido semestre da Universidade pública e Universidade particular, respectivamente.

KIOLBASSA *et al.* (2011), em pesquisa realizada na Alemanha, observou que família é levada em consideração no momento do acadêmico escolher a carreira

médica a ser seguida, sendo que o equilíbrio entre a vida familiar e o trabalho foi um dos fatores principais na hora de optar pela especialidade.

O dilema de conciliar família e trabalho foi evidenciado neste estudo, principalmente quando se correlaciona este fator com o fato da família do entrevistado morar no interior. A maioria dos estudantes oriundos de outras cidades demonstrou vontade de morar e trabalhar próximo dos familiares.

A tabela 5 apresenta o número de entrevistados conforme IES, semestre em curso e renda per capita aproximada. Entre os participantes da Universidade pública que cursavam o segundo semestre, 5 (55,5%) possuíam renda per capita de até 1 salário mínimo e 4 (44,4%) possuíam entre 1 e 5 salários. Desta mesma instituição, os que cursavam o 11º semestre, 4 (57,1%) possuíam renda per capita de até 1 salário mínimo e 2 (28,6%) possuíam entre 1 e 5 salários e 1 (14,3%) possuía renda de mais de 10 salários. Entre os participantes da Universidade privada, que cursavam o segundo semestre, 3 (50%) possuíam renda per capita de até 1 salário mínimo e 3 (37,5%) possuíam entre 1 e 5 salários e 1 (12,5%) possuía renda de mais de 10 salários. Desta mesma instituição, os que cursavam o 11º semestre, 6 (85,7%) possuíam renda per capita entre 1 e 5 salários mínimos e 1 (14,3%) possuía renda de mais de 10 salários.

Tabela 5. Número de entrevistados por IES, semestre em curso e renda per capita.

IES/sem Salários Mínimos	Universidade pública		Universidade privada	
	2º SEM	11º SEM	2º SEM	11º SEM
Até 1	5	4	4	0
>1 até 5	4	2	3	6
>5 até 10	0	0	0	1
>10	0	1	1	0

Nenhum dos entrevistados era provedor de renda para a família.

Em ambas as instituições, ao se distribuir os participantes segundo renda per capita, observa-se certa homogeneidade entre as diversas faixas de renda, comparando-se com estudos de anos anteriores, os quais mostravam a predominância de uma elite econômica dentre os acadêmicos de medicina (FERREIRA, 2000; CARDOSO FILHO, *et al.*, 2013).

Um estudo, realizado pela Pró reitoria de Graduação (Prograd) da Universidade Federal de Minas Gerais, analisou no período de 2008 a 2017, o perfil socioeconômico dos estudantes de medicina desta instituição e os dados mostraram que em dez anos o percentual de estudantes de Medicina, com renda familiar de até cinco salários mínimos, passou de 15,31% para 34,68%(OLIVEIRA, 2019).

Esta menor concentração de estudantes de alta renda nos cursos de medicina, constatada no estudo acima e, também observada nesta pesquisa, provavelmente deve-se aos programas governamentais para a educação superior, implementados nos últimos anos, como o FIES (Financiamento Estudantil) e o Programa Universidade para Todos (Pro Uni), que facilitaram o acesso de estudantes de mais baixa renda às universidades particulares.

A tabela 6 apresenta o número de entrevistados da Universidade privada de acordo com a forma de custeio do curso. Dos 7 estudantes participantes do primeiro semestre, 3 (42,86%) possuíam PROUNI, 3 (42,8%) pagavam as mensalidades com recursos próprios e 2 (14,4%) possuíam a FIES. No décimo primeiro semestre, todos os entrevistados possuíam FIES.

Tabela 6. Universidade privada, por semestre cursado, Campo Grande – 2018.

SEMESTRE RECURSO	Universidade privada	
	2º SEM	11º SEM
PROUNI	3	0
FIES	2	7
Recursos próprios	3	0

Dos 7 estudantes entrevistados, que cursavam o décimo primeiro semestre da Universidade privada, 3 (42,86%) possuíam graduação prévia (1 em enfermagem, 1 em farmácia e 1 em medicina veterinária). Nenhum dos demais entrevistados possuía outro curso de formação superior.

Segundo estudo realizado, entre 2007 e 2012, por Corrêa (2016) na Universidade de Minas Gerais, estudantes com graduação prévia correspondiam a 6% do total de alunos matriculados no curso de medicina desta instituição; sendo a grande maioria, 90%, egressos de cursos ligados à biologia e saúde. Esta

predominância de egressos de cursos de ciências da saúde também pode ser observada neste estudo.

De acordo Corrêa (2016), os participantes viram, no curso médico, uma possibilidade de maior valorização pessoal e profissional. Procuravam, principalmente, por melhor remuneração e empregabilidade e por um maior poder de atuação. Na presente pesquisa, a fala de alguns participantes egressos de outros cursos também demonstra as intenções acima:

“(...) fiz enfermagem ... escolhi medicina mais foi essa parte mesmo (...) e não ter ninguém por trás me mandando, eu não consigo (...)” E3PR11

“Acho que foi mais em relação à oportunidade de emprego. Anteriormente eu já havia cursado farmácia e tive muita dificuldade de arrumar emprego(...)” E4PR11

5.3 Dados obtidos nas entrevistas

A análise do material empírico resultante das entrevistas possibilitou a identificação de núcleos de sentido relativos aos aspectos motivacionais de acadêmicos de medicina em relação às perspectivas profissionais e à atuação na ESF. Os núcleos foram agrupados em três categorias analíticas, criadas com base no referencial teórico proposto por Deci e Ryan (2000): motivação intrínseca, motivação extrínseca e desmotivação.

Quadro 1 – Síntese das categorias e núcleos de sentido referentes aos aspectos motivacionais, perspectivas profissionais e atuação na Estratégia Saúde da Família.

Categorias analíticas	Núcleos de sentido
Motivação intrínseca	<ul style="list-style-type: none"> • Compaixão social e valores pessoais. • Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e inserção na comunidade. • Identificação com a área da saúde.
Motivação extrínseca	<ul style="list-style-type: none"> • Influência familiar. • Estabilidade econômica. • O trabalho na ESF como fonte de renda temporária. • Experiências positivas a partir da integração ensino-serviço. • Preocupações familiares e pessoais.
Desmotivação	<ul style="list-style-type: none"> • A hegemonia das especialidades médicas X a Medicina de Família e Comunidade. • Pressão social. • Precárias condições de trabalho e remuneração na ESF. • Desconhecimento da ESF. • Baixa qualidade de inserção na USF durante a graduação.

Motivação é o processo que inicia, orienta e mantém comportamentos orientados por objetivos. Envolve as forças biológicas, emocionais, sociais e cognitivas que ativam o comportamento. O atendimento das necessidades resulta em algum tipo de comportamento, que pode ser intrínseco ou extrínseco (KUSURKAR *et al*, 2011).

Compreender a motivação é muito importante no setor médico, porque um indivíduo motivado está disposto a exercer e manter um esforço para fornecer serviços de saúde de boa qualidade (GOEL *et al*, 2018).

5.3.1 Motivação intrínseca

Nesta categoria analítica foram reunidos os núcleos de sentido relativos à motivação intrínseca. Os comportamentos intrinsecamente motivados são aqueles em que a satisfação está associada à atividade em si, não sendo energizados por direcionamentos psicológicos, pela obtenção de recompensas ou para se evitar eventos indesejáveis (DECI; RYAN, 2000). Um forte preditor para qualquer aluno fazer carreira em qualquer área é a motivação interior (GOEL *et al*, 2018).

Os aspectos motivacionais intrínsecos, identificados nos discursos, representavam correlação com a escolha da medicina como curso de graduação e/ou com o trabalho na ESF. Os núcleos de sentido que compuseram esta categoria foram: compaixão social e valores pessoais, interdisciplinaridade e inserção na comunidade e identificação com a área da saúde.

Os fatores motivacionais que levaram os entrevistados a escolher medicina como curso de graduação em muito se assemelharam aos resultados da pesquisa de Ignarra (2002), na qual os fatores apontados pelos alunos foram: vocação, missão de ajudar o próximo e ser útil à sociedade, possibilidade de salvar vidas ou de melhorar a qualidade de vida das pessoas e inclinação para as ciências biológicas.

5.3.1.1 Compaixão social e valores pessoais

Valores de compaixão social apareceram com frequência nos discursos dos entrevistados como fator motivador intrínseco relacionado à escolha da profissão e ao trabalho na ESF.

Os discursos demonstram o desejo e a necessidade pessoal de ajudar as pessoas como um fator decisivo para a escolha de ser médico, com o intuito de cuidar dos que estão em situação de maior vulnerabilidade.

Estudos desenvolvidos por Mascaretti *et al*(2002) e por Moreira (2006) apontam que o principal motivo para escolha profissional é o desejo de ajudar, de serem úteis e necessários às pessoas. Este fato foi reforçado pelos dados da presente pesquisa, conforme demonstrado nas seguintes falas:

“Pessoalmente, por você poder ajudar. Minha cidade, por ser cidade pequena, às vezes falta muito médico.” E1PU2

“Eu sempre quis ajudar, cuidar do outro. Então, eu encontrei na medicina o meu caminho... O que motiva é cuidar dos pobres de rua e aí eu encontro meu motivo.” E2PU2

“Eu acho que o que me encanta na medicina é cuidar do próximo, pessoas. Na medicina, cuidar do próximo foi o que me deixou bastante estimulado, com bastante vontade de fazer, foi basicamente isto.” E1PR11

“(...)não pelo dinheiro, nem pelo status, eu queria uma coisa que me realizasse e que me fizesse ser uma pessoa melhor, que eu pudesse ajudar mais gente, quanto mais pessoas melhor (...)” E3PU2

“(...) eu quero ser uma ótima médica, não para ganhar dinheiro, mas para ajudar as pessoas que realmente precisam.” E5PR2

Os valores e atitudes de compaixão social, a importância de “servir”, de ter ajudado alguém, o altruísmo, tem destaque também nos relatos das experiências vivenciadas com as comunidades assistidas durante a graduação, sendo identificadas como vivências positivas, marcantes e motivadoras.

“Aquela senhora, toda a ferida que ela tinha do descaso, da desatenção, somente de ser escutada, de ter atenção para ela, já foi curando aquela solidão que ela tinha; talvez a tristeza dela e a gente foi suturando ela com uma fala, com uma escuta, por se interessar pela história dela.” E2PU2

“(...) a que mais tem marcado é a do plano de ação, que tem um senhor que ele é extremamente carente, vive sozinho com a esposa, tem hipertensão e diabetes, mas ele não se cuida muito e também tem depressão e a gente tem feito visitas dentro deste plano de ação que a gente formulou e ele tem agradecido de uma forma, que a gente nem sente que fez tudo isso; então eu vejo isto como uma experiência muito boa e é uma coisa muito gratificante, ver o agradecimento(...)”E7PR2

“(...) conseguimos manejar ela de uma forma bem legal, acompanhando diariamente e em cerca de duas semanas ela era outra pessoa. Então, nós conseguimos manejar de uma forma que ela fosse inteiramente valorizada. No início do estágio era bem ruim o estado dela e no final ela era outra pessoa, bem arrumada, animada, agradeceu muito à atenção que a gente

deu para ela. A gente viu que valeu a pena... foi um esforço que valeu a pena, que ambos os lados ficaram gratificados.” E5PU11

A motivação de um futuro médico a trabalhar na ESF, está relacionada ao humanismo, à compaixão social e ao bem coletivo, apesar da supervalorização das especialidades, em detrimento da atuação no âmbito da ESF.

“O que pode motivar é despertar o lado humano. Medicina não é só neuro e cardio, que o pessoal põe lá em cima, que só quem faz estas grandes residências que são inteligentes. Cada residência tem suas peculiaridades e vai mostrar o seu lado.” E1PU2

“O que motiva mais a trabalhar esta área é justamente este espírito de coletividade; trabalhando nesta área você vai poder estar ajudando a comunidade, você vai estar dando aquela base, e também poder estar inserido naquele meio.” E5PU2

“O que pode motivar é você saber que você está fazendo algo, que você está ajudando as pessoas (...) nem sempre tratar, estar lá para dar um suporte, um apoio (...) Eu acho que isto é o que mais motiva: saber que está fazendo alguma coisa, que não está ali só para trabalhar e ganhar o dinheiro.” E7PU2

“O que motiva é poder ajudar quem realmente não tem condições; eu vejo pela minha família, quando você não tem dinheiro é muito complicado você conseguir ajuda médica, sabe?” E8PU2

“O que motiva é a vontade de fazer o bem, fazer o algo a mais pelas pessoas com um tratamento digno, olhar nos olhos do paciente e saber a realidade que ele vive.” E5PR2

“E quando eu morava ainda na minha cidade quando eu comecei a fazer cursinho eu trabalhava de agente de saúde num postinho da minha cidade que só tem dois, mas no que eu trabalhava era num bairro bem humilde(...) eu tinha vontade de voltar a trabalhar lá, porque lá nunca para médico, trabalham um pouco e vão embora e reclamam muito da população, sabe? Mas eu gosto muito de lá, trabalhei lá, então eu conheço muita gente, então meu desejo é de voltar e trabalhar lá.” E2PR11

Como visto acima, o aspecto do comprometimento social, surgiu em vários discursos, quando os entrevistados foram questionados sobre o que poderia motivar um futuro médico a escolher a MFC como carreira e, também, quando indagados sobre experiências pessoais marcantes relacionadas à ESF. Resultado semelhante foi observado na pesquisa de Issa (2013), na qual termos como “fazer a diferença” e “gratificante” foram comuns na fala dos participantes ao falarem da MFC.

Valores pessoais altruístas foram associados à escolha de residência médica em atenção primária, também no Canadá (SCOTT, 2011) e nos Estados Unidos (BENNETT; PHILIPS, 2010). No presente estudo, apesar do altruísmo mostrar-se fortemente associado à escolha da medicina como profissão, o mesmo não se mostra como fator suficiente para a escolha da ESF como área de atuação, mesmo tendo sido diversas vezes mencionado quando os entrevistados falam de suas experiências na ESF.

5.3.1.2 Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e inserção na comunidade

Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e a inserção na comunidade, também aparecem nos discursos, sendo destacados como fatores motivadores para o trabalho na ESF.

“O que motiva é um convívio diferente do que você ficar em um hospital, todo mundo muito unido e o contato com a comunidade. Essa aproximação com os pacientes, isso motiva muito e, também, ter a consciência que você pode atuar em diferentes áreas, não só aquilo que você se especializou.” E2PU11

“O que pode motivar é esse contato com o próximo, como o paciente, a família; você estar inserido na comunidade (...)” E3PU11

“E para motivar, quando você vai num lugar e você vê o que uma equipe de ESF legal consegue trazer para a população; quando você vê funcionando de verdade, é muito difícil não ficar apaixonada, porque imagina, você estar num lugar onde as pessoas gostam de você, elas fazem o que você pede, elas entendem o que você fala, elas estão também preocupadas com o seu

bem estar como médico, é uma coisa que você não tem em nenhum outro lugar, entendeu? Então acho que isto é uma super motivação.” E6PU11

Caldeira, Leite e Rodrigues-Neto (2011), em estudo realizado com profissionais de equipes, acerca da percepção dos mesmos a respeito da inserção de graduandos na ESF, afirmam que a presença do estudante cria um ambiente de intercâmbio de saberes e práticas entre os profissionais. A inserção do aluno na ESF na comunidade, durante a graduação, proporciona uma relação mais próxima com os pacientes, o estabelecimento de vínculos e um cuidado integral à saúde da população, bem como a oportunidade de conhecer realmente o SUS (MASSOTE; BELISÁRIO; GONTIJO, 2011). Como se vê, tais aspectos também puderam ser observados no presente estudo.

O apreço, o contentamento pelo contato com a comunidade, presente nos discursos dos entrevistados, confirma o que pensa Garcia (2007), que a integração com as pessoas pode aumentar o índice de satisfação do trabalhador em saúde. Desta forma, para se conquistar a valorização da MFC como especialidade é, também, preciso compreender que o trabalho que se apresenta socialmente relevante pode proporcionar maior qualidade de vida à pessoa que o exerce.

5.3.1.3 Identificação com a área da saúde

A inclinação pessoal por áreas específicas do conhecimento, relacionadas à área médica, como o interesse por ciências biológicas, a curiosidade sobre detalhes do corpo humano e seu funcionamento, surgem como fatores motivadores para a escolha da graduação.

“Eu queria uma profissão relacionada à saúde. Desde os 10 anos eu era fissurada em fazer experiência e eu tinha muitos projetos na escola, de ciências porque eu gostava” E3PU2

“Eu gostava muito de saber o porquê das coisas que aconteciam quando alguém estava doente...” E5PU2

“(...) quando eu estava doente, sempre quis saber o que estava acontecendo. Quando eu comecei estudar ciências, eu gostei muito de estudar o corpo humano(...)” E4PR2

“Eu gosto de pessoas, quando estava na escola, sempre gostei de estudar o corpo humano e biologia em geral(...)” E3PR11

Para Schein (1996) configura-se como uma “âncora de carreira”, como um fator de relevância em relação à escolha, fixação e sucesso na carreira, a competência técnica/funcional”: indivíduos que são estimulados e motivados a exercerem alguma aptidão específica possuem uma maior chance de se tornarem especialistas na área em que se situam suas competências e satisfações. As outras âncoras seriam: autonomia/independência; segurança/estabilidade; competência gerencia geral; criatividade empreendedora; serviço e dedicação a uma causa; puro desafio e estilo de vida. O mesmo autor ainda alerta para o fato de que não havendo consciência das inclinações pessoais, o indivíduo correrá o risco de se deixar guiar por estímulos externos e decidir-se por coisas que lhe trarão insatisfação por não haver identificação pessoal com elas.

Greenhaus, Callanan e Godshalk(2000) sugerem que os indivíduos, ao decidirem por suas carreiras, devem realizar uma auto exploração, seguida de uma exploração do ambiente, sendo que na auto exploração, os indivíduos devem procurar informações sobre uma variedade de qualidades pessoais que incluem valores, interesses, personalidade, talentos e habilidades, preferências de estilo de vida e debilidades ou carências.

5.3.2 Motivação extrínseca

Nesta categoria analítica foram reunidos os núcleos de sentido relativos à motivação extrínseca. Os aspectos motivacionais extrínsecos, identificados nos discursos, representavam correlação com a escolha da medicina como curso de graduação e/ou com o trabalho na ESF. Os núcleos de sentido que compuseram esta categoria foram: influência familiar; estabilidade econômica; o trabalho na ESF

como fonte de renda temporária; experiências positivas a partir da integração ensino-serviço, e preocupações familiares e pessoais.

As metas, na motivação extrínseca, têm uma orientação que se preocupa mais com manifestações externas de bens do que com a necessidade básica de satisfação (DECI; RYAN, 2000).

Perseguições de metas extrínsecas tendem a ser associadas com pior bem-estar e baixo rendimento, quando comparadas às perseguições de metas intrínsecas (KASSER; RYAN, 1996). Estudos fornecem evidências de que quando as pessoas relatam fortes aspirações motivadas extrinsecamente, em relação aos objetivos de vida intrínsecos, elas tendem a ter menor satisfação com a vida, menor autoestima, maior depressão e ansiedade; pior qualidade do relacionamento, comportamento menos cooperativo e maiores prejuízos nas relações sociais (DURIEZ *et al*, 2004; KASSER; RYAN, 1996).

Observa-se, no presente estudo, tendência, por parte dos entrevistados, a uma maior valorização dos fatores motivadores extrínsecos na tomada de decisão relacionada à escolha da especialidade a ser seguida após a graduação. Ao final da exposição e análise de todos os núcleos de sentido, realizar-se-á uma discussão geral, com a intersecção de todos os itens dos resultados da pesquisa.

5.3.2.1 Influência familiar

Influências externas, manifestadas por preferências parentais, relacionam-se à escolha da profissão médica. Nos discursos abaixo, os entrevistados relatam que o desejo de familiares próximos, como pais, irmãos e avós, foram determinantes para a sua decisão de cursar medicina.

“Eu sempre quis, desde pequena; e eu morava em uma cidade que tinha um ensino muito ruim, então, logo que minha mãe pôde me colocar numa escola melhor, particular, ela me colocou... no ensino médio, meio que eu dei uma mudada, mas daí minha mãe me falou “filha a gente mudou tudo em função disto”, mas aí eu continuei e hoje eu não me vejo fazendo outra coisa.”E7PU2

“(...) pensei em ser juíza, médica e professora; aí minha mãe é professora e ela não deixou eu ser professora; aí eu optei fazer medicina.” E2PR2

“(...) eu queria fazer direito, aí a minha irmã foi fazer medicina na Bolívia, só que aí ela desistiu e todo mundo falou porque você não tenta medicina(...)” E5PR2

“(...) não tinha ninguém na minha família que fosse médico e o sonho do meu avô era ter uma neta médica(...)” E1PU11

“Bom, meu irmão fez medicina e daí eles sempre falavam para eu fazer medicina(...)” E2PR11

Os achados do presente estudo condizem com outros autores como Soares (2002); Goel, *et al*(2018); Royston,*et al.* (2012) e Gill, *et al.*(2012), na medida em que a busca de realização das expectativas familiares, em detrimento dos interesses pessoais, possui influência na decisão e na fabricação dos diferentes papéis profissionais (SOARES, 2002) e o desejo dos pais é um dos principais motivadores para a escolha da medicina por estudantes de países de renda média alta (GOEL *et al*, 2018).

A influenciada família, também de amigos e da comunidade mostra-se como um fator importante para a escolha de carreira (ROYSTON *et al.*, 2012 e GILL *et al.* 2012). A família possui papel fundamental na formação da identidade do adolescente que, desde muito cedo, deve optar por uma profissão (ALMEIDA; PINHO, 2008).

5.3.2.2 Estabilidade Econômica

A estabilidade econômica surge como fator motivador para a escolha da profissão médica e as preocupações financeiras dos participantes relacionam-se não somente à escolha da medicina como profissão, mas também à decisão por especializar-se e qual especialidade médica cursar.

“Eu gostava muito de saber o porquê das coisas que aconteciam quando alguém estava doente, por curiosidade e também pela estabilidade financeira, a gente não pode ser hipócrita.” E5PU2

“Eu pretendo, em seguida da minha formatura, fazer residência, que quero fazer G.O. e arranjar um emprego bom para ajudar meus pais; fazer investimentos, gerar mais dinheiro, para que eu possa alcançar todas as expectativas que eu tenho na vida” E8PR2

“Na minha família tem muitos médicos. Cheguei a ter muitas dúvidas, pensei em outras áreas, como psicologia, mas acabava voltando para a medicina; sentia que era muito seguro, por ser a profissão dos meus pais, de eu conhecer o meio médico e também pela questão de estabilidade financeira.”E6PU11

“Em termos financeiros contrata, né(...) se eu me formo aqui agora eu não vou conseguir trabalhar na Santa Casa, então para um recém-formado, uma unidade de saúde é uma opção mais viável, né?” E1PR11

“(...) eu pretendo decidir o que quero. Duas coisas: ser muito boa, pois gosto do que faço, me especializar e ganhar dinheiro. Gosto de cirurgia geral, mas penso o custo/benefício, o tempo que vou demorar e depois tenho que fazer outra. Quero alguma coisa que goste e dê um retorno financeiro bom.”E7PR11

Correlacionando a motivação e o trabalho, e hierarquizando as necessidades humanas, no nível mais baixo estariam as necessidades fisiológicas, que corresponderiam, de acordo com a teoria postulada por Alderfer (1972), às necessidades básicas como comer, vestir, morar, etc. Por mais que sejam básicas, estas necessidades não são menos importantes do que as outras, uma vez que estamos sempre em busca de melhorias neste sentido, ou seja, trabalhamos diariamente para termos ganhos financeiros razoáveis, que nos permitam, por exemplo, nos alimentar bem, ter uma casa própria, entre outras coisas.

A estabilidade econômica, ou seja, a perspectiva de segurança financeira é um dos principais motivadores para a escolha da medicina por estudantes de países de renda média alta. Segundo Goel, *et al* (2018), os estudantes desses países procuram atender principalmente às suas necessidades básicas, mas são,

também, atraídos por um melhor estilo de vida e renda. A segurança em todas as frentes é um forte preditor para a escolha de estudar medicina.

Os discursos dos entrevistados correlacionam-se com a teoria de Alderfer (1972) mencionada acima e utilizada como um dos referenciais teóricos no presente estudo, e está, ademais, em consonância com os resultados da pesquisa de Goel, *et al* (2018).

5.3.2.3 O trabalho na ESF como fonte de renda temporária

O trabalho na ESF e em outros contextos como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) fazem parte do planejamento a curto-prazo (pós-formatura) dos acadêmicos, devido e a necessidade de obtenção imediata de renda. Este cenário também influenciou na tomada de decisões quanto ao ingresso imediato ou não em residências médicas.

“Antes de fazer residência, eu trabalharia uns dois anos para juntar dinheiro(...)”E2PU2

“A curto-prazo eu vou precisar trabalhar, por questões financeiras, e eu pretendo fazer residência, mas eu não decidi em que área, eu estou na dúvida entre clínica médica, saúde da família, anestesia ou pediatria.”
E1PU11

“Mas agora eu pretendo me voluntariar para o exército por um ano, tanto para completar a graduação, porque eu acho que a gente sai um pouco despreparado e também para juntar dinheiro para me auxiliar quando for fazer a residência, eu quero cirurgia geral e a longo-prazo atuar em uma cidade do interior na minha especialidade.” E2PU11

“Eu quero formar agora e já quero trabalhar para ter uma renda, mas eu não quero demorar para entrar na residência, quero entrar o mais rápido possível e se eu não passar esse ano que vem, eu quero fazer ortopedia.”
E3PU11

“Eu quero me formar e logo trabalhar, eu preciso trabalhar; aí cai no esquema básico né, que é UBSF, UBS e plantão no UPA mesmo, a curto-

prazo. Mas, também quero ir para a FAB, ficar um ano lá, ver como é que é(...) e depois quero fazer residência em pediatria.” E7PU11

“Então, tenho uma ideia que foi neste último ano que eu comecei também a pensar melhor, é (...) eu penso em me formar, eu penso em começar a trabalhar, mais em relação a questões financeiras mesmo, certo (...) penso em trabalhar na atenção primária e depois de uns 2 anos eu penso em tentar fazer uma residência (...) é algo mais por necessidade mesmo, não tem como eu ficar mais tempo dependendo dos meus pais, por mais quatro anos (...) é algo que eu quero, de início fazer um pé de meia, trabalhar.” E1PR11

“Inicialmente eu pretendo trabalhar em algum ESF e dar plantão também e depois fazer uma pós-graduação, eu tenho muito interesse na área de dermatologia.” E4PR11

“Então, como eu perdi o meu pai no 3º ano da faculdade de medicina, eu sei que vou ter que sair do curso e começar a trabalhar (...) não tem jeito, então não pretendo fazer uma residência agora por causa disso e meu sonho é ser dermato(...).” E5PR11

Compatível com o presente estudo, Massote, Belisario e Gontijo (2011), em pesquisa sobre a percepção dos estudantes sobre a ESF como cenário de prática, destacam o reconhecimento, por parte dos participantes, de que as USF eram prováveis cenários de trabalho após a conclusão do curso, mesmo para aqueles que não demonstraram interesse em atuar na APS.

Portanto, para muitos médicos recém-formados a ESF é vista, principalmente, como uma possibilidade de início da vida profissional (GONÇALVES *et al*, 2009). Entretanto, a oferta de remuneração acima da média, praticada por alguns municípios brasileiros, pode determinar a adesão à ESF, mas não assegura a fixação do profissional (PIERANTONI, 2001). Apesar de vislumbrarem na ESF uma oportunidade de trabalho, o objetivo principal dos estudantes continua sendo a especialização (SISSON, 2009).

5.3.2.4 Experiências positivas a partir da integração ensino-serviço

Experiências médicas positivas, a partir da integração ensino-serviço, foram, com frequência, descritas como marcantes e de grande importância para a formação pessoal e acadêmica.

“A gente foi na UBSF, dividiram a turma, fomos para dois bairros e foi bem diferente, a gente teve duas visitas e fomos acompanhados do agente de saúde e a gente foi em uma casa e tivemos a oportunidade de conhecer como é a prática da medicina da família lá. (...) A experiência foi muito boa, porque a gente acha que estudante de medicina é um estudante boçal e quando a gente chega numa prática desta, a gente realmente mostra o outro lado, o lado humano, o lado da Medicina da Família.” E1PU2

“Essa matéria foi muito importante porque me deu uma ânsia maior de estar com a pessoa, de ver a pessoa como um todo, como a matéria mesmo coloca, com a história, como toda sua condição, não somente ela e a doença (...).” E2PU2

“A gente tem a aula, 3 horas de aula na semana e a parte prática, duas visitas no posto no primeiro semestre. Para mim, é uma coisa muito boa. É uma humanização que agente não tem nas outras matérias. A visita foi muito interessante, porque vimos a realidade. Na primeira visita eu achei que não tinha o que fazer e na segunda visita a paciente falou que só a gente ter ido lá já fez a diferença e é isso, ver a pessoa como um todo(...).” E4PU2

“(...) então eu vi uma outra realidade, totalmente diferente de onde eu moro, para a unidade. Uma vez fui em uma casa que tinha só tijolos, mais nada; então é bom para vermos a realidade das coisas(...).” E1PR2

“Eu estou na Unidade do Vida Nova e achei muito bom porque lá tem a comunidade indígena. É uma população de muita vulnerabilidade social. Foi muito bom eu ter ido para essa unidade para eu ver na prática as ações de inclusão e como que se age, porque eu acho que ESF é a parte fundamental da saúde, porque quem procura a UBS é quem está em mais vulnerabilidade social e econômica em geral. Eu amo ESF.” E2PR2

“Pra minha vida, eu acho que o que mudou é que, você ir ao hospital tratar os pacientes é uma coisa e lá na UBS tem muito mais que o tratamento da enfermidade do paciente, tem o tratamento do psicológico, conversas do

médico com o paciente(...)isso nos faz médicos melhores; entender todo o processo que tem por trás da cura da doença.” E3PR2

“Eu acho que, como a maioria da população, eu tinha meio que um preconceito com a ESF, até por falta de conhecimento. Então, quando eu comecei a estudar, eu vi que no entendimento que eu tinha, era aquele médico do postinho da minha cidade do interior que te passava que tudo era virose, que não fazia aquela análise biopsicossocial que prega dentro da ESF. Então, depois que eu comecei a entender, eu vi que é muito mais viável essa ESF; então eu acho importante para diminuir os custos, para a relação do médico com o paciente, para melhorar também a saúde do paciente, porque quando você olha ele num todo, você vê que aquilo que está causando a doença dele não é dentro do organismo é ao redor dele.” E4PR2

“A minha inserção foi a melhor possível e o meu preceptor hoje, é um enfermeiro, e ele dá muita autonomia para a gente de fazer ações, tanto a questão da triagem, o acolhimento, a escuta qualificada na UBSF. Eu também pude atuar no plano de ação, que a gente tem no segundo semestre... e esta é uma forma muito prática de estar com as pessoas e poder aplicar o nosso conteúdo, o que a gente aprende aqui, a gente pode ajudá-los lá. (...) Eu me sinto tão acolhida pela população, podendo ajudar eles com o conhecimento que a gente aprende aqui na faculdade (...).” E7PR2

“Nosso primeiro contato prático foi no 4º ano. A partir do 5º e 6º ano começamos a fazer atendimento nas UBS com os preceptores e daí isso contribuiu no sentido de ajudar a ter o contato com os pacientes nas consultas ambulatoriais a gente saber manejar de acordo com os recursos disponíveis na UBS e pessoalmente eu mudei muito, porque fica muito tempo inserido ali com a população, eu comecei ver que a saúde é muito dependente disso.” E2PU11

“A partir do quarto ano que a gente começou a ter mais contato até culminar com este estágio do sexto ano de saúde da família, que eu acho que foi uma experiência muito válida, porque querendo ou não, eu acho que para isto que nós somos formados, para atender na atenção básica e eu me senti como se estivesse formado, me senti seguro para isto e foi um clima muito

gostoso. E para cada pessoa é uma abordagem, bem direcionada para a realidade dela, é algo bem individualizado e bem complexo.” E5PU11

A importância da inserção na ESF já no início da graduação foi destacada em muitos discursos. A interação ensino-serviço-comunidade foi indicada como importante mecanismo de aprendizagem, como agente de construção humanística pessoal e, também, reconhecida como fator motivador para o trabalho na Estratégia.

Pizzinato *et al* (2012) afirma, com base em seu estudo realizado na Unicamp, que a integração ensino-serviço-comunidade proporciona ao estudante de medicina uma formação diferenciada dentro do SUS, propiciando uma vivência de seus princípios.

“(...) Eu estou na liga de Saúde da Família, onde eu tenho muito mais contato com o paciente, eu acompanho consulta, a médica explica sobre medicação e fala sobre o paciente; já fiz algumas visitas e estou bem mais entrosada com a UBS. A gente tem uma matéria que é a Saúde da Família e Comunidade e a professora planejou uma aula prática para gente ter contato mesmo, eu já estava tendo contato, mas aí eu tive contato mais específico; foram duas visitas, a primeira a gente foi para conhecer o paciente, era em grupos e fomos com o agente de saúde(...)” E3PU2

“A gente tem a aula, 3 horas de aula na semana e a parte prática, duas visitas no posto. Para mim é uma coisa muito boa. É uma humanização que agente não tem nas outras matérias. A visita foi muito interessante, porque vimos a realidade (...) ter ido lá já fez a diferença e é isso, ver a pessoa como um todo(...)” E5PU2

“Acho que esta universidade, apesar de ter os seus defeitos, lógico, acho que uma coisa que faz eu querer estar aqui é esta aproximação. Eu acho que a gente passa a conhecer de verdade. Uma vez a gente estava conversando com um professor e ele disse, muita gente vai ficar aqui os 6 anos, vai conhecer a realidade e não vai estar nem aí, mas tem gente que não, que vai olhar para o jeito que é, vai se interessar e serão médicos mais humanizados(...)” E6PR2

“Eu acho que a introdução do aluno no meio dos pacientes, na Unidade Básica, é essencial para saber se é medicina que ele quer mesmo, porque a medicina é muito romantizada e eu acho que acaba tendo que estudar

muito e você acaba não vendo esta prática, você se esquece, no meio de tanta matéria, o motivo de você, realmente, estar ali.E7PR2

“A medicina de saúde da família te lembra que você é uma pessoa humana e que tem que lidar com pessoas humanas; você vê que você tem uma responsabilidade com as pessoas.”E8PR2

“Nessa Universidade, o método de ensino é o PBL. É um método muito bom, porque o aluno já entra na faculdade desde o primeiro ano já tendo contato com a atenção primária. Desde o primeiro ano eu já ia para os postos de saúde. Tem toda uma logística, então, conforme o curso vai acontecendo você vai estudando também a Unidade de Saúde, você vê sobre a equipe; é uma coisa que você vai convivendo e ao mesmo tempo vai estudando sobre aquilo.Eu acredito que a inserção desde o início é muito importante. Eu mesmo se não tivesse tido este contato desde o início, não teria amadurecido essa ideia já de formar e trabalhar em uma Unidade de Saúde; então é uma ideia que eu quero, que eu amadureci, porque eu já tive contato antes.” E1PR11

“Com certeza viver a realidade, a gente consegue vivenciar bem como é a rotina, o andamento, de como funciona ou não. É importantíssimo esse estágio. Tem os seus problemas, mas é muito importante.Motivador eu acho, que a forma como a faculdade é, ela te induz um pouco, né? A faculdade tenta te fazer generalista” E2PR11

“Ela é fundamental, porque na saúde da família a gente vê o indivíduo como um todo e nos primeiros anos a gente faz visitas domiciliares; a gente vê: o ambiente que a família está inserida; aquela pessoa, o indivíduo; começa a ver mais os problemas sociais, a gente consegue resolver vários problemas; às vezes a gente descobre outros problemas da pessoa ou da família em si. Contribuiu muito como ser humano a olhar, não só o que apresenta na queixa, mas enxergar tudo o que está em volta.” E6PR11

“O primeiro contato foi no 4º ano; eu acho que demorou, poderia ter sido antes, mas agora o pessoal está indo no 3º ano. É uma experiência construtiva; eu pude ver mais como é a UBS: a rotina, o paciente que vai lá, como funciona o mecanismo num todo.Pessoalmente contribuiu com aquela coisa da empatia, de você ver como é a realidade das pessoas, cada um tem suas particularidades, e que o nível de complexidade da atenção básica

é tão grande quanto o da terciária, eu acho. Os pacientes são bem complexos, temos que discutir bastante, pois temos pacientes hipertensos, diabéticos, que geralmente moram sozinhos, vivem com um salário mínimo e geralmente os filhos abandonaram. Acho que isso leva a gente a refletir bastante sobre a vida, na nossa participação social, o que podemos fazer como ser humano para colaborar com essas pessoas.”E3PU11

Harris, Gavel e Young (2005), em pesquisa com estudantes de medicina australianos, evidenciaram que os mesmos, na escolha da especialidade médica, são fortemente afetados por fatores intrínsecos e pelo contato com o ambiente de trabalho no início de sua formação médica. Esses fatores parecem se manter, apesar das diferenças nos valores culturais e sistemas de saúde de vários países para os quais existem dados sobre preferências de especialidades.

Da mesma maneira, Lopes, Bicudo e Antônio (2016) concluem, em sua pesquisa, que a integração ensino-serviço de forma longitudinal na atenção primária, desde o início do curso de medicina, é efetiva quanto aos resultados esperados pelas DCN, fazendo com que o estudante visualize a atenção primária como possibilidade de atuação profissional.

Quando questionados sobre a contribuição da introdução acadêmica na ESF durante a graduação, a importância do compromisso social aparece em muitos discursos. Neste aspecto, a MFC é vista pelos entrevistados como altamente relevante. Porém, como veremos a seguir, nos resultados do presente estudo, apesar do reconhecimento da relevância da ESF e da importância inserção precoce do graduando na ESF, isto ainda não parece ser efetivo como influenciador na decisão por seguir carreira na MFC.

Em pesquisa realizada por Cavalcante Neto, Lira e Miranda (2009) na Universidade Federal do Ceará, estado pioneiro na implementação da ESF, dentre os 270 acadêmicos entrevistados, apenas um cursando o primeiro ano de medicina, mencionava a MFC como especialidade desejada e nenhum graduando, ao término do curso, aspirava esta carreira. O mesmo autor destaca que o curso de medicina da UFC apresenta-se muito comprometida com a inserção dos acadêmicos no cenário da ESF, com qualidade e desde o primeiro ano do curso. Os acadêmicos, segundo a pesquisa, consideram positiva e importante a experiência do trabalho em

equipe e em educação em saúde da ESF, mas, apesar disto, eles não optaram pela escolha profissional neste cenário.

A figura do preceptor da ESF surgiu, em alguns discursos, como modelo de profissional a ser seguido, independentemente da área de atuação após a graduação.

“A minha inserção na ESF foi pelo PINESC, a unidade tem situações precárias, porém com profissionais que tentam fazer de tudo para atender aquela população de forma boa e ajudar eles. Na minha vida pessoal agregou, porque eu comecei a ver situações que não eram do meu cotidiano, foi quando eu comecei a ver com outros olhos. Apesar da UBS estar em condições precárias e tudo mais, você vê que os profissionais ali, a população gosta muito deles. Por exemplo, o meu preceptor, todos os idosos gostam dele, então eu falo que eu quero ser o meu preceptor; me espelho na conduta dele. Eu tento tirar para mim que, apesar das dificuldades que vamos encontrar na nossa profissão, temos que tentar reverter elas e ajudar a população do jeito que pode.” E5PR2

“O que me marcou foi o fato de quando a médica da ESF passava as pessoas cumprimentavam, as visitas domiciliares e conversava sobre tudo, eu acho isso muito bonito porque era uma coisa que se tinha antes e se perdeu.” E2PU11

“O do 5º ano foi surpreendente, foram 9 semanas na mesma unidade com o mesmo preceptor e a mesma equipe, então dá para ter noção de tudo o que te falaram antes, dá para você vivenciar. A minha preceptora era recém formada e era do mais médicos, achávamos que não teríamos muito o que apreender, mas foi ao contrário, nove semanas muito proveitosas. A UBS era o Batistão, que é referência.” E4PU11

“Aí no quinto ano a gente tem um estágio em si, na estratégia de saúde da família e eu tive muita sorte, eu fui para um posto maravilhoso e tive um contato com médicos da Saúde da Família, que eram médicos que não estavam ali complementando renda, não estavam lá para fazer as coisas correndo; e tive sorte de trabalhar com pessoas que se dedicavam só a isso e aí é outra coisa. A Dra era convidada para o chá de bebê dos pacientes, conhecia todo mundo pelo nome e aí você começa a criar esse vínculo... para mim é um retorno que você não consegue ter muito dentro de um

hospital, sabe? (...) Na Unidade, tinha uma equipe NASF sem igual; então os pacientes tinham acesso, também, à psicologia, odontologia, fisioterapia, tinha musicoterapia, educação física. A comunidade era super unida e as pessoas felizes e se sentiam super bem no posto.”E6PU11

“...então, eu caí com uma preceptora muito boa; a postura dela como médica de saúde da família me ajudou a ver muitas habilidades que eu nem sabia que existiam, de lidar com o pessoal, de lidar com a doença, de saber fisiopatologia, de explicar para o paciente o que acontece; tanto é que eu decidi, não ser médico da família, mas de ao menos atuar de forma diferente na unidade básica quando eu me formar, dar o meu melhor enquanto eu estiver ali; antes eu achava que era assim ‘troca de receita’, troca de receita e vai embora; agora eu vejo que é diferente, que é importante a continuidade, que aquilo é fundamental, até mesmo para não entupir o sistema terciário e tudo mais. Então eu gostei muito da minha inserção.”E7PU11

Miettola, Mantyselka e Vasklampi (2005), em seu estudo realizado com estudantes Finlandeses de medicina, descobriram que os entrevistados, em sua maioria, observaram a necessidade de uma grande variedade de responsabilidades na prática da medicina na saúde primária e expressaram admiração pelas competências e habilidades requeridas pelo médico generalista. A continuidade da relação médico-paciente também é uma marca positiva para atrair acadêmicos para a MFC (ISSA, 2013).

O apreço pelo contato com as pessoas na comunidade mostrou-se presente nos discursos dos entrevistados. De acordo com Lopes (2012), a prática da MFC tem como um dos pilares a relação médico-pessoa. Garcia (2007) entende que a integração com as pessoas pode aumentar o índice de satisfação do trabalhador.

5.3.2.5 Preocupações familiares e pessoais.

A preocupação em relação à família apareceu como fator de influência nas decisões relacionadas ao destino, local para moradia e trabalho, pós-formatura. Mostrou, também, influência em relação à escolha da área de atuação após a graduação.

“(...) não sei se eu vou fazer residência logo, porque eu quero voltar para a minha cidade para trabalhar um pouco lá e depois, provavelmente eu faça minha residência; mas inicialmente eu quero ajudar minha comunidade, porque eu venho de uma comunidade indígena e lá falta muito médico e eu quero retribuir lá e depois de residência eu quero muito o trauma.” E1PU2

“Gosto muito do Brasil, gosto do SUS, eu acho que nós somos necessários; diferente da gente lutar por um espaço. A população está sempre de braços abertos para a gente e eu acho difícil pensar em não fazer isto na minha vida, só que ao mesmo tempo por questões de vida pessoal mesmo, às vezes criar meus filhos em outro país seria bem legal (...) Então eu fico neste impasse.” E6PU11

“(...) só que eu quero voltar para minha cidade, eu não quero mais ficar aqui, então eu não vou fazer nada, eu vou voltar para trabalhar no postinho... minha família toda está lá.” E2PR11

A carga de trabalho e preferências relacionadas ao estilo de vida surgiram como fatores motivadores externos influenciadores na escolha da área de atuação após a graduação.

“Acho que depois que terminar a faculdade, vou ter que trabalhar bastante, mas, conforme eu for me estabilizando, não quero ficar trabalhando muito por muito tempo, quero ter minha rotina, mas aproveitar a minha família.” E1PR2

“A longo prazo quero trabalhar bastante, mas depois quero ficar só no consultório, uma vida mais tranquila.” E3PU11

“Longo prazo eu quero estar bem mais tranquilo, quero seguir a docência e dar plantões.” E4PU11

Dorsey *et al* (2003) demonstraram em seu estudo que um fator determinante na escolha dos estudantes de medicina norte-americanos é um estilo de vida do qual se possa ter controle. A “disponibilidade para a vida familiar”, também foi um motivo bastante valorizado pelos estudantes no estudo de Gomes (2011).

Weisman (2012) aponta que acadêmicos que buscam uma vida mais controlada, com uma qualidade de vida melhor e um equilíbrio maior entre trabalho e família tendem a escolher a MFC como carreira. Segundo o estudo de Issa (2013), alguns estudantes consideram a jornada de trabalho da MFC atrativa.

Bem como na presente pesquisa, a feminização da medicina tem sido observada em muitos estudos, em muitos países (DEUTSCH *et al.*, 2013; CAVALCANTE NETO, LIRA e MIRANDA, 2009), e tem sido vista como favorável à escolha da prática generalista, sobretudo por possibilitar a conciliação entre trabalho e família (SALETTI CUESTA *et al.* 2013).

5.3.3 Desmotivação

Nesta categoria analítica foram reunidos os núcleos de sentido relativos à desmotivação para o trabalho na ESF. Os núcleos de sentido que compuseram esta categoria foram: A hegemonia das especialidades médicas X a Medicina de Família e Comunidade; pressão social; precárias condições de trabalho e de remuneração na ESF; desconhecimento da ESF, e baixa qualidade de inserção na USF durante a graduação.

A desmotivação, como o próprio nome diz, é caracterizada pela ausência de motivação, ou seja, a pessoa não apresenta intenção nem comportamento proativo e, ainda, “Em tal situação, observa-se desvalorização da atividade e falta de percepção de controle pessoal.” (GUIMARÃES; BZUNECK, 2008, p. 103).

5.3.3.1 A hegemonia das especialidades médicas X a Medicina de Família e Comunidade

A preferência por outras especialidades em detrimento da Saúde da Família e Comunidade se fez evidente na grande maioria dos discursos.

“(...) então eu penso em GO... a longo prazo eu pretendo estar realizando minha especialidade(...)” E2PU2

“(...) a princípio eu quero ingressar numa especialidade, pediatria ou cardiologia são as que eu mais gosto(...)” E3PU2

“Eu quero fazer residência logo após me formar e depois eu quero trabalhar dentro da minha área. Eu quero fazer pediatria.” E4PU2

“(...) quero fazer residência de neurocirurgia (...) e depois de um tempo de formado me especializar ainda mais nesta área.” E5PU2

“Eu pretendo, depois de formar, me preparar para a residência (...) antes eu pensava muito na área da neurologia, mas hoje eu penso mais na área geriátrica ou então, numa área que mexa mais com a pessoa mesmo; infectologista também.” E7PU2

“(...) quero fazer neuro e trabalhar em algum hospital por uns anos e posteriormente montar um consultório(...)” E8PU2

“(...) a curto prazo é estudar para residência e fazer plantões e a longo prazo é terminar a residência em neuro e trabalhar na minha clínica.” E3PR2

“Eu imagino terminar o curso e já me especializar na área de cardiologia (...) gosto tanto da área cirúrgica quanto a clínica... eu indo para a residência já vou ter uma renda fixa e já vou ascender profissionalmente.” E4PR2

“Logo que eu terminar, quero fazer a especialização, residência de pediatria e trabalhar na minha área.” E6PR2

“A curto-prazo eu pretendo fazer residência, por enquanto, na área de dermatologia, não sei se vou mudar futuramente e a longo prazo eu pretendo atuar na área de dermatologia.” E7PR2

“Eu pretendo, em seguida da minha formatura, fazer residência, que quero fazer ginecologia e arranjar um emprego bom para ajudar meus pais, fazer investimentos, gerar mais dinheiro, para que eu possa alcançar todas as expectativas que eu tenho na vida.” E8PR2

“(...) eu não quero demorar para entrar na residência, quero entrar o mais rápido possível e se eu não passar esse ano que vem, eu quero fazer ortopedia.” E3PU11

“(...) eu queria sair e fazer residência logo para não perder tempo, pois são três anos quero fazer emergência.” E4PU11

“(...) quero fazer residência em pediatria. A longo prazo, quero ser pediatra, ter um consultório(...)” E7PU11

“(...) eu quero estudar bastante, prestar residência, não sei se no próximo ano; talvez eu trabalhe um ano, mas o foco é na residência, uma especialização uma sub residência depois e ficar especialista em alguma coisa para depois trabalhar, eu quero pediatria.”E6PR11

Em consonância aos resultados desta pesquisa, um estudo realizado por Issa (2013), na Universidade Federal de Goiás, evidenciou que 88% dos entrevistados mostraram aspiração por trabalhar provisoriamente na ESF, até passar na prova de residência; porém, nenhum estudante demonstrou interesse em seguir a especialidade de MFC e de trabalhar definitivamente neste cenário. Quanto à escolha da especialidade de MFC, constatou-se, nesta pesquisa de Issa (2013), que a minoria, 35% dos entrevistados, avalia a carreira de MFC como boa ou ótima, sendo que apenas um acadêmico (2,4%) avaliou como ótima.

Apenas uma estudante afirmou que pretende, a curto e a longo prazo, trabalhar na ESF.

“(...) só que eu quero voltar para minha cidade, eu não quero mais ficar aqui... então eu não vou fazer nada... eu vou voltar para trabalhar no postinho.” E2PR11

Um estudante demonstrou interesse em seguir na ESF, como área de residência e/ou atuação permanente e, mesmo assim, em dúvida entre esta e outras áreas.

“(...) eu pretendo fazer residência, mas eu não decidi em que área, eu estou na dúvida entre clínica médica, saúde da família, anestesio ou pediatria. Eu não quero ter a rotina de dar muitos plantões, eu espero escolher uma especialidade que eu goste e que me identifique e que me dê tranquilidade também. Para todo mundo que eu falo que gostaria de fazer ESF, todo mundo fala que é uma profissão que não me daria tranquilidade, que não é

valorizada e que eu vou acabar tendo que fazer outra coisa para complementar a renda. Inclusive eu conheci uma médica do posto que ela fez ESF e acabou tendo que ir para outras áreas por não se sentir valorizada, apesar de gostar da profissão. A longo prazo eu quero trabalhar na área que eu escolher (...)" E1PU11

Dados da demografia médica no Brasil de 2018 mostram que 62,5% dos médicos brasileiros possuem um ou mais títulos de especialista e 37,5% destes não possuem título algum. Dos médicos que possuem especialização, 1,4% possuem residência médica em Saúde da Família e Comunidade (CFM, 2018).

A residência em Medicina Geral e Comunitária foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1986 e em 2001 passou a ter o nome de Medicina em Saúde da Família e Comunidade (FALK, 2004).

No Brasil, a ESF não possui prestígio devido a muitos fatores. A sociedade em geral e grande parte dos médicos continuam categorizando a MFC como a "Medicina dos pobres", principalmente devido à maneira como se deu a implementação do Programa de Saúde da Família no país (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005). No Brasil, comumente, acredita-se que os médicos de família e comunidade não têm qualificação suficiente para atender as demandas da população. Todavia, os médicos de Família e Comunidade são os profissionais da APS melhor capacitados para lidar com queixas inespecíficas, múltiplas doenças em um único paciente, assim como doenças que se transformam ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

A percepção que muitos acadêmicos têm da MFC é de uma medicina praticada em unidades precárias, com pouco "brilho tecnológico", com profissionais pouco qualificados e pouco resolutivos que precisam referenciar para outros níveis do sistema muitas das situações clínicas que atendem (CASAJUANA; GERVAS, 2012). Este quadro, somado a oferta mais atrativa do mercado privado para especialistas do nível secundário, faz com que a Medicina de Família e Comunidade seja uma das últimas opções entre os estudantes (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016), como constatado no presente estudo.

5.3.3.2 Pressão Social

As influências externas, como as prescrições culturais e a necessidade do prestígio em relação à sociedade foram relacionadas à escolha da área de atuação após a graduação. Sendo as mesmas manifestadas, muitas vezes, através da pressão dos próprios pares e das preferências parentais ou familiares.

“A gente sabe que esta área não é a mais valorizada; no final, poucas pessoas querem esta área; eu só conheço um aluno do sexto ano que quer esta área.” E1PU2

“E o que desmotiva é a visão (...) este título de médico que é procurado pelos que fazem medicina não é encontrado quando se fala em médico de família (...) acho que este título, a remuneração, o reconhecimento. Então, se você procura reconhecimento, como médico de saúde da família você não vai querer estar, é o primeiro que você descarta.” E2PU2

“Motivar é muito complicado, não é valorizado enquanto especialidade e aí acaba sendo um estágio na vida do recém-formado, o que vai contra um dos princípios da ESF, por não ter a continuidade. O médico fica lá por pouco tempo(...)”E4PU2

“A maioria das pessoas que procuram medicina pelo; status, se formar, ser cirurgião plástico e não entendem o quanto é importante a medicina da família, este cuidado primário, a prevenção(...)” E6PU2

“Acho que o que desmotiva é o sistema (...) é muito pouco valorizado... ainda tem muito aquela coisa que o médico parece um Deus, isto atrapalha o ego do médico, ele está ali como qualquer profissional da saúde.” E7PU2

“Desmotiva é a falta de estrutura, o preconceito que os profissionais da medicina e até mesmo de outras áreas da saúde têm com a ESF(...)”E5PR2

“Apesar da medicina de saúde da família ser uma área muito interessante, muito bonita, eu acho muito difícil. No começo eu me interessei, antes de ter o contato, justamente porque ela é uma área da medicina que trabalha com pessoas mesmo, as classes mais baixas; mas quando a gente chega lá, é uma realidade de dificuldade de falta de recurso, a gente se vê muito de mãos atadas(...)” E8PR2

“Eu vivia numa angústia: meu Deus o que eu vou fazer de residência. Porque é uma cobrança muito grande. Você fala que você vai se formar e a pessoa pergunta o que você vai fazer de residência. E se você fala: nada, “como assim tipo nada?” Então eu ficava muito angustiada, mas agora eu dei uma acalmada (...) eu quero ser médica, então eu vou ser médica, então eu vou clinicar(...)” E2PR11

“(...) essa cobrança de ser especialista é muito grande da sociedade, dos profissionais e de si. Nunca conversa te induzindo para ser generalista, é incentivado a fazer residências (...) A sociedade cobra muito a especialização, qualquer que te pergunta quando faz medicina (...) Não tem motivação nenhuma pra quem faz medicina trabalhar com a saúde da família. A estratégia de saúde da família é um quebra galho (...) não passei na residência vou trabalhar na saúde da família (...) Eu já escutei da minha família: - ah você não pode terminar sua faculdade e voltar para trabalhar na sua cidade em um postinho...pois vão falar que você é uma enfermeira melhorada entendeu? Tipo assim, eu não sou nada, não sou especialista não sou nada. Não deu nada certo, então estou aqui... muitas pessoas pensam assim...é muito triste. Por isso eu quero ir embora...eu peguei até ranço de especialista... prefiro voltar pra minha cidade... ganhar o meu dinheiro... a impressão que tenho é que a especialidade te tira o cuidado com o ser humano... eu penso mais na pediatria e ginecologia...pois é generalista...mas as pessoas me dizem para fazer cirurgia cardíaca por exemplo(...)” E2PR11

“Na verdade eu acho que existe um pouco de preconceito com quem trabalha com Estratégia Saúde da Família... pra quem pensa em trabalhar, é desmotivante... e se acabasse esse preconceito, facilitaria para as pessoas, os médicos aderirem, trabalharem na saúde da família(...)” E3PR11

A imagem e o status que o título de médico confere são, provavelmente, a razão mais forte, que leva, mesmo que de forma inconsciente, à escolha da medicina como carreira (IGNARRA, 2002). De tal forma, estes fatores também devem estar fortemente relacionados à escolha da área de atuação dentro da medicina, por uma área de mais prestígio social.

Em pesquisa realizada por Katz, Sarnacki e Shimpfhauser (1984), todos os alunos participantes relataram ter ouvido comentários negativos, “chacotas” dos

cuidados primários, por parte de seus preceptores, durante os seus estágios clínicos. Isso é bastante alarmante, considerando que foi mostrado, neste mesmo estudo, que estas ocorrências tiveram grande influência na decisão de carreira.

No artigo de Holmes *et al.* (2008) sobre a escolha da especialidade médica, os autores concluem que os estudantes percebem o “bashing”, as “chacotas”, com o maior percentual ocorrendo sobre medicina de família, e o identificam como comportamento não profissional.

A existência de comentários negativos em relação à saúde da família é uma realidade para os alunos desta pesquisa também, e vem de diversas pessoas como família, colegas e professores. Shapiro e Fornari (2010), em sua pesquisa, mostram que os dados qualitativos relatados pelos alunos fornecem exemplos concretos específicos que sustentam a existência e influência do “bashing” ou das chacotas na escolha da especialidade. Além dos comentários negativos, os entrevistados citaram, amplamente, a falta de prestígio e a ausência de um foco acadêmico como as principais razões para o declínio dos estudantes de medicina interessados em buscar uma residência em medicina de família.

5.3.3.3 Precárias condições de trabalho e de remuneração na ESF

As precárias condições de trabalho, como falta de estrutura física, insumos e material humano, foram elencados como fatores que poderiam desmotivar um futuro médico a escolher a ESF com área de atuação após a formação.

A má remuneração, bem como a ausência, por vezes, de um vínculo de concurso e, também a falta de um plano de cargos e carreiras apareceram com frequência nos discursos, como fatores que poderiam desmotivar um futuro médico a escolher a ESF com área de atuação após sua formação.

“Muita gente leva a desmotivação, leva a questão do salário. Eu não ligo muito. Para muitas pessoas isto é um problema.” E1PU2

“(…) acho que este título, a remuneração, o reconhecimento... então se você procura reconhecimento, como médico de saúde da família, você não vai querer estar; é o primeiro que você descarta.” E2PU2

“E que desmotiva é a precariedade, faltam as coisas, medicamentos, instrumentos, ter um ambiente melhor, mas eu conheci vários ambientes e conheci muitos médicos maravilhosos que trabalham em situação precária e mesmo assim fazem a diferença.” E3PU2

“A condição física desmotiva, a UBS que eu fui era numa casa, bem precária, quase desmoronando e outra coisa que desmotiva é não ver resultado.” E4PU2

“E os fatores desmotivadores, eu acho que a ausência de um plano de carreiras, desvalorização profissional. É um profissional muito útil naquele momento... é ele que vai receber a maioria das doenças, é a porta de entrada. Falta uma atenção do governo em relação a este profissional.” E5PU2

“Na parte teórica eu acho que as professoras romantizam muito. O SUS é muito bom, mas eu acho que tem coisas que precisam muito ser melhoradas. A médica que eu acompanho falou que aqui o médico generalista não é valorizado... eles ganham pouco em relação aos que fazem plantão. Na parte teórica, então, elas demonstram uma coisa muito legal... na teoria é muito bonito, mas acho que romantizam muito(...) O sistema em si, a desvalorização, não se paga muito bem; só quem gosta da área que vai estar lá, na medicina da família.”E7PU2

“(...) falta muita coisa... isto desmotiva, você estuda bastante e chega lá você não consegue aplicar(...)” E9PU2

“Desmotiva... ah não sei... acho que o salário, que em outras especialidades é melhor...e a falta de estrutura, não dá vontade de trabalhar em um lugar que falta o básico.”E1PR2

“Desmotiva é o salário... é muito baixo e mesmo com a especialização de medicina da família. E penso que por ser uma parte preventiva da medicina deveria ser mais valorizado.” E2PR2

“O salário pode ser um fator que desmotiva; eu não sei o salário que o médico ganha, mas acredito que é um fator.” E3PR2

“Eu acho que desmotiva são as condições de trabalho... porque aqui mesmo, na UBS que eu acompanhei no semestre passado, era tudo muito organizado, só que, por exemplo, faltava seringa, luvas...então eu acho que, às vezes, o médico está disposto a trabalhar, mas faltam condições... igual na minha cidade mesmo... falta muita infraestrutura, por exemplo: o posto era improvisado, o médico não tinha aquele auxílio...um bom salário, não um salário alto, mas um salário que dê uma vida digna e condições de trabalho(...)” E4PR2

“Desmotiva é a falta de estrutura, o preconceito que os profissionais da medicina e até mesmo de outras áreas da saúde têm com a ESF e o retorno financeiro que é muito pouco, se comparado com as outras especialidades; por esses motivos acho que a maioria dos profissionais não opta em trabalhar com a ESF.” E5PR2

“É uma jornada longa de trabalho e falam que não é bem remunerado.” E6PR2

“Acho que a parte negativa, das pessoas não quererem trabalhar nesta área, é pela falta de recursos, porque no sistema público, em geral, falta muita coisa e é muito trabalho para poucas pessoas; acho que esta sobrecarga é uma coisa ruim, também.” E7PR2

“A medicina, como um todo, não tem um plano de carreira; então você entra no curso e percebe que vai ficar com a mesma carga horária e o mesmo salário sempre, enquanto você é solteiro até dá; isso desmotiva muito.” E1PU11

“Em outras especialidades consegue ganhar mais e a impressão que dá que você irá ganhar aquilo para sempre, então desmotiva muito, pois a questão salarial influencia muito.” E2PU11

“O que desmotiva é a falta de recursos; você solicita exames médicos não vem o resultado, porque não tem o reagente para fazer o exame. O salário desmotiva, pois não tem um plano de carreira, fica estagnado naquele valor e falta de recursos.” E3PU11

“(...) eu não acho muito legal, mas eu vejo pessoas saindo da faculdade loucas para fazer 700 plantões, comprar um apartamento, dar comida para

mãe, cada um com suas motivações, super importantes; não estou julgando ninguém, mas eu acho que enquanto a ESF não cobrir financeiramente, para a maioria das pessoas, ela não vai ser importante, porque para a gente, que tem formação super hospitalar, ela fica relegada a segundo plano.” E6PU11

“O que pode desmotivar, principalmente no interior, é a falta de estrutura; muitas prefeituras têm um salário muito bom, mas você demora uns três, quatro meses para receber aquilo lá... promessas; então, isto pode desmotivar bastante...” E1PR11

“Desmotivador é em relação à remuneração e a falta de material e incentivo para o profissional.” E4PR11

“O que desmotiva é o fato de faltar tudo dentro do posto; faltam medicamentos, estrutura de trabalho.” E5PR11

“Eu acho que motivaria é se o SUS funcionasse na prática; se a gente conseguisse resolver rápido os problemas das pessoas, conseguisse encaminhar um paciente para uma fisioterapia, medicações e ter mais estrutura.” E6PR11

“Desmotiva as condições que são péssimas, passa muito calor, é extremamente cansativo e faltam coisas básicas.” E7PR11

Cavalcante Neto, Lira e Miranda (2009), em sua revisão de trabalhos sobre o interesse dos alunos pela medicina de família, afirmam que o motivo mais recorrente para a desmotivação em seguir carreira em Medicina de Família é a baixa remuneração, sendo esta a realidade vivida não apenas no Brasil, mas em outros países também, como Estados Unidos, Canadá, Austrália e Portugal. Segundo os mesmos autores, a ESF oferece uma boa remuneração, mas o salário final deste profissional é inferior ao que alcançam outros especialistas.

Segundo pesquisa de Guarda, Silva e Tavares (2012), sobre o perfil sociodemográfico de médicos trabalhadores em ESF em Recife, deixar o emprego para participar de cursos de formação como a residência médica em outra especialidade era apontado como uma das principais causas de rotatividade entre esses profissionais por parte de médicos recém-formados. Os mesmos autores

destacam, também, a existência da precariedade de vínculo empregatício destes profissionais, alertando não ser apenas uma realidade de Recife, mas no Brasil todo.

A rotatividade de profissionais, relacionada à precarização de vínculo trabalhista, e a falta de um plano de cargos e carreira têm sido observadas na ESF desde sua implantação em 1994 (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013), o que contribui para a não fixação destes profissionais neste cenário de atuação. Os graduandos participantes desta pesquisa também percebem tais deficiências trabalhistas dentro da ESF e apontam este aspecto como influenciador negativo para a escolha pela MFC.

Em estudo realizado por Issa (2013), com estudantes de medicina da Universidade Federal de Goiânia, constatou-se uma reclamação frequente entre os entrevistados, a falta de recursos para garantir a resolutividade dentro da ESF, o que desmotiva os acadêmicos a trabalharem futuramente neste local. Tal situação, também é apontada pelos graduandos entrevistados nesta pesquisa.

Para Oliveira Junior (2013), a escassez de profissionais atuando na APS está associada à falta de equipamentos, materiais e medicamentos, inviabiliza as práticas de trabalho. Sofrimentos cotidianos na vivência dos profissionais da APS incluem: materiais e equipamentos obsoletos e/ou em condições precárias de manutenção e limitações de espaço físico.

Para que as condições de trabalho sejam seguras e saudáveis para o trabalhador da ESF é necessário pensar na ambiência do trabalho e na disponibilidade de um arsenal diagnóstico e terapêutico mais amplo (GARCIA, 2007).

5.3.3.4 Desconhecimento da ESF

O desconhecimento da ESF, a falta de contato e vivência prática durante a graduação foi elencado como fator influenciador negativo em relação à escolha da ESF como área de atuação após a formação.

“A medicina da família é uma residência ainda muito escondida. Poucas pessoas sabem que é possível você ser residente em medicina de saúde da família. Acho que deve ser mais incentivado isto.”E6PU2

“Na verdade eu acho que a gente tem pouquíssimas informações sobre o que é medicina de saúde da família... talvez seja necessário mudar este estigma que a gente tem da medicina da família, de que é um lugar de médico que não sabe o que quer e está lá.”E8PU2

“O que poderia motivar é perceber que dá para funcionar, porque a gente fica muito nessa teoria e quando vai para a prática, acaba vendo que os médicos estão lá por pouco tempo, a rotatividade é muito grande; então eu acho que se os alunos percebessem que funciona poderia motivar bastante porque tem muita gente que gosta dessa área(...)” E2PU11

A pouca vivência em APS durante a graduação é um dos fatores que ajudam a explicar a falta de interesse pela especialidade Saúde da Família, afirmam Cavalcante Neto, Lira e Miranda (2009). Muitas escolas de medicina, em todos os lugares do mundo, continuam oferecendo treinamento médico centrado no hospital, os governos continuam pagando baixos salários aos médicos e a sociedade, como um todo, continua concedendo menos prestígio aos praticantes da MFC (PUERTAS, ARÓSQUIPA E GUTIÉRREZ, 2013).

Em estudo realizado por Ronzani e Silva (2008), profissionais de equipes da ESF, com níveis de ensino superior e técnico, tiveram formação prática voltada essencialmente para o contexto hospitalar e demonstraram insatisfação com a formação durante a graduação.

No presente estudo, participantes oriundos da Universidade pública - onde a inserção na ESF ainda parece dar-se de forma insuficiente em relação ao desejável pelas DCN - manifestaram a necessidade de uma maior aproximação com a mesma durante a graduação, para que, com esta vivência, tenham um maior conhecimento da área. Talvez intervenções precoces entre estudantes de medicina possam melhorar as chances de que eles sigam uma carreira na atenção primária.

Aumentar o tempo dos estudantes nas USF, fornecendo oportunidades de vínculo com a comunidade e de contato com as doenças mais prevalentes, é prioridade para a formação de profissionais com competências para atuação no SUS (POLIS, 2018).

É ainda um desafio ampliar e diversificar o processo de ensino e aprendizagem na formação do médico no Brasil. Faz-se necessário uma reforma no

ensino, em consonância com as DCN, aproximando o graduando à sua prática profissional (NÓBREGA-TERRIEN, 2015).

5.3.3.5 Baixa qualidade de inserção na USF durante a graduação

Abaixa qualidade da inserção na ESF durante a graduação, com inserção tardia e temporalmente incompatível com o aprendizado teórico, aparece nos discursos dos entrevistados e é elencada como fator relacionado à baixa motivação para a escolha da Estratégia como área de atuação.

“No primeiro semestre, em relação à grade daqui, tudo que teve na teórica eu vi na prática no dia em que eu fui à unidade com a professora, só que na liga de medicina de saúde da família que eu faço parte, você vê que é diferente (...) falta muita coisa por parte do sistema, talvez pelo seu financiamento. Na vivência na faculdade, as duas visitas não refletiram a realidade.”E9PU2

“Desde o começo das aulas de medicina da família a professora falava que o curso de medicina é muito biológico, tá tentando ser mais humanizado, que era o que deveria ser, mas na prática ainda não é.” E6PU2

“A gente acaba tendo contato com a ESF desde o 1º ano porque a gente tem aula sobre a parte teórica, essas teorias; isso eu acho pouco proveitoso, talvez porque a realidade a gente não acaba entendendo como funciona, não fica claro na nossa cabeça. A partir do 4º ano a gente vai para as UBS e começa a ficar um pouco mais claro, as primeiras vezes que a gente foi era sempre médicos recém-formados, então aquilo da prática que a gente via na teoria para mim era muito distante da prática, eles estavam lá por um curto período, queriam fazer residência, então aquilo para mim não fazia sentido.” E1PU11

“Teoria é um pouco complicado; a gente tinha um modelo de curso mais tradicional e aí fica mais complicado, pois as matérias são divididas por semestre e acabava que repetia muito as mesmas matérias...era a mesma teoria, tinha visitas para conhecer as UBS, mas não tinha a prática. A prática mesmo de UBS começou no 4º ano com visitas na saúde da mulher

e na pediatria e, aí, não foi muito legal, pois como a gente foi só um dia na unidade, ia só para acompanhar os casos do dia.”E4PU11

“Eu entrei em 2012 e a Universidade não estava totalmente organizada dentro da Estratégia Saúde da Família, então meu primeiro contato com uma UBS, USF, foi no quarto ano, já dentro da especialidade pediatria e da ginecologia; a gente passava um período da semana dentro da unidade; não era contínuo... mas foi meio tarde, não era um estágio em si. Quando estávamos na pediatria, fazíamos estratégias relacionadas à saúde da criança só; e a mesma coisa na ginecologia, estratégias voltadas para a saúde da mulher e só; o que era um super problema, porque sempre tinha que ser num mesmo dia da semana e, às vezes, as atividades do posto não estavam de acordo com o dia da semana que era nossa, por exemplo (...) Às vezes eu tinha que fazer coisas relacionadas à estratégia de saúde da criança, mas naquele dia não era saúde da criança e a gente sendo da Universidade pública, onde não tem nenhum tipo de retorno financeiro para os preceptores do posto de saúde, é sempre um favor; às vezes a gente é tirado do posto, porque o médico saiu ou porque não quer mais. Então, acabou sendo super fragmentado no quarto ano (...) Meu estágio foi ótimo no sexto ano, eu amei. Mas existe uma super diferença entre uma unidade e outra; isto é bem importante; eu tinha um dos estágios em outra unidade, em que a médica não tinha muito vínculo, então o clima era outro.” E6PU11

“A inserção, a gente começa, na realidade, no quarto ano, com a ginecologia e com a pediatria, mas assim, ali é meio entediante, a gente não consegue entender realmente como funciona. Mas a partir do quinto ano, nosso quinto ano, o nosso estágio lá é muito intenso; então é manhã e tarde, durante 9 semanas e, dependendo do preceptor, você começa a gostar muito da estratégia. Se o preceptor tem muitos anos de atuação, você consegue perceber muito como ele lida com a situação e como ele gosta de fazer aquilo; então ele não vê a vida dele longe dali; então ele tem estratégias para melhorar a vida daquela população, enquanto outros preceptores que estão ali só de passageiros mesmo, só cumprindo um tempo, eles não têm muito isto(...)” E7PU11

Baixa qualificação e postura inadequada dos preceptores e da equipe surgem, também, nos discursos, como um potencial fator desmotivador.

“O que me marcou, além do caso da leishmaniose, foi o relato da paciente que visitei, disse que o neto dela teve uma alteração no teste do pezinho ao nascimento e o médico desvalorizou o resultado e agora, com três anos que a criança começou a ser tratada; então me marcou negativamente, foram os dois casos de negligência médica... o que não ser.” E5PU2

“Experiência negativa... a minha unidade em especial acho que é a única que não faz visitas (...) falta de visitas e a minha preceptora não deixa fazer nada, ainda não tive nenhum contato com paciente.” E1PR2

“Eu acho que, conforme as unidades, a ESF é muito diferente. Na minha unidade o fluxo de informações e a relação com as pessoas é muito boa. Tem unidades que não tem essa relação agradável e um bom fluxo de informações. Na minha unidade é muito bom o funcionamento da equipe e estão nos acolhendo muito bem.” E3PR2

“A partir do 4º ano a gente vai para as UBS e começa a ficar um pouco mais claro, as primeiras vezes que a gente foi era sempre médicos recém-formados, então aquilo da prática que a gente via na teoria para mim era muito distante da prática, eles estavam lá por um curto período, queriam fazer residência, então aquilo para mim não fazia sentido(...)” E1PU11

“Quando está no quarto ano, depende muito dos preceptores, pois tem preceptor que deixa fazer as coisas e outros não. No primeiro semestre estávamos no posto do Macaúbas... trabalhei com uma médica recém-formada que deixava fazer tudo; ela não tinha pressa, trabalhávamos sempre em dupla, atendíamos o paciente e passávamos o caso para ela, do jeito que tinha que ser, mas ai, depois a gente foi lá para o Alves Pereira... a preceptora era muito grossa com os pacientes... meu Deus eu tinha até medo de ficar dentro da sala (...) ela não deixava a gente fazer nada... as vezes ela deixava atender um paciente e no mais ficávamos só acompanhando a consulta delado tipo como não ser quando se formar, era isso (...)” E2PR1

Experiências pessoais e acadêmicas (pré-clínicas e clínicas) são importantes para moldar as percepções dos alunos sobre especialidades e suas escolhas pessoais (ZARCOVIC; CHILD; NADEN, 2006).

De acordo com estudos como os de Senf *et al.* (1997) e de Kassembaum e Haynes (1992), escolas que oferecem treinamento clínico em medicina da família e oferecem maior exposição aos estudantes neste campo, produzem um número maior de médicos de família, sugerindo que a experiência clínica e a exposição dos alunos à medicina de família durante a educação médica os tornam mais propensos a escolher a medicina de família como uma carreira especialidade. Porém, outros estudos mostraram que experiências clínicas em medicina da família afastam estudantes para a escolha deste como um campo de residência (BROCK *et al.*,

2006). Provavelmente estas divergências em resultados de estudos ocorrem devido às diferenças na qualidade de inserção dos alunos na ESF durante a graduação, entre outros motivos.

Cavalcante Neto, Lira e Miranda (2009), em sua revisão de trabalhos sobre o interesse dos alunos pela medicina de família, trazem, entre outras variáveis associadas a não escolha da MFC, a experiência em MFC com um profissional desmotivado e frustrado.

É crucial reduzir a exposição do estudante de medicina a modelos, exemplos inadequados relacionados à saúde da família, pois estes se configuram como uma poderosa influência negativa documentada na escolha de especialidade (SHAPIRO; FORNARI, 2010).

Harzeheim, Vicente e Pitz (2009) afirmam que expor estudantes de medicina a serviços de APS que possuem problemas de estrutura física e assistencial e a preceptores incapacitados, constitui um retrocesso frente à necessidade crescente de valorização da ESF.

5.4 Reflexões a partir dos resultados

Conectando os achados documentais do estudo com o discurso dos participantes de ambas as IES, as quais diferem entre si quanto à inserção na ESF desde o início da graduação e carga horária destinada à atenção primária, percebe-se que não houve diferença significativa quanto aos fatores motivacionais intrínsecos e extrínsecos evidenciados pelos respondentes com relação ao trabalho na Estratégia. Existem, também, similaridades de juízos quanto aos fatores desmotivadores para a escolha da ESF.

Embora existam tais semelhanças, a despeito das diferenças na graduação entre as IES, os estudantes da Universidade pública, relataram, na maioria de seus discursos, como de suma importância uma inserção mais precoce na ESF, entrelaçando teoria e prática desde os primeiros semestres, o que contribuiria para uma visão mais abrangente do SUS e das necessidades sociais e de saúde da população.

Nenhum dos estudantes entrevistados da Universidade pública demonstrou interesse em seguir carreira como médico de família e comunidade, e uma

pequeníssima parcela dos alunos da Universidade privada manifestou este desejo, apesar destes últimos terem sido inseridos desde o início da graduação e de forma contínua na ESF. Desta maneira, é possível inferir que a inserção precoce na APS não garante a inserção e manutenção do médico na ESF.

Em relação às diferenças na maneira de pensar dos estudantes iniciantes e dos que estavam para finalizar a graduação, observou-se que muitos dos participantes que cursavam o último ano, de ambas IES, admitiam a possibilidade de trabalhar na ESF logo após a conclusão do curso, porém, na grande maioria das vezes, apenas de forma temporária, como forma de obtenção de renda, até que conseguissem ingressar em residência médica em outra área. Já, entre os participantes do segundo semestre de ambas IES, nenhum admitiu hipótese de trabalho na ESF, nem por tempo limitado. Possivelmente, este resultado entre os iniciantes advém da forte influência do preconceito da sociedade em relação à medicina de saúde da família, pois o aluno que ingressa na faculdade, apesar de já vislumbrar a importância da ESF, não admite a possibilidade de trabalhar nela. Já os sextanistas, em sua maioria, observando a alta concorrência e dificuldade de ser aprovado em outro programa de residência médica, admitem trabalhar na estratégia, mas até que consiga alcançar seu objetivo primário, que é de especializar-se em outra área.

Muitos estudantes reportaram os preceptores, enfermeiros ou médicos de saúde da família, como modelos positivos a serem seguidos. Mostraram admiração pelo trabalho na estratégia e apreço pelo interesse dos profissionais nos problemas dos pacientes, pela visão holística e pela capacidade de atuação em equipe. É valoroso o exemplo de bons mestres, professores que assumem o papel do “verdadeiro médico” inspiram seus alunos a buscarem a virtude junto ao paciente (ANGOTTI NETO, 2015).

Outros alunos relataram problemas com relação à inserção na Estratégia durante a graduação, como a ocorrência de posturas inadequadas de profissionais preceptores, estrutura física imprópria para aprendizado, entre outros; porém, parecem, também, terem visualizado estas vivências negativas como oportunidade de aprendizado. Um mau preceptor médico pode servir como um contraexemplo para um bom acadêmico (ANGOTTI NETO, 2015). Apesar desta visão, faz-se necessário atentar ao fato de que a baixa qualidade de inserção pode configurar-se, também,

como um potencial fator desmotivador para o trabalho futuro na ESF, o que reforça a necessidade de investimentos na formação docente e na estruturação do campo de práticas dos acadêmicos.

Em suma, a escolha dos acadêmicos por formações especializadas em outras áreas, que não a ESF, mostrou-se, no conjunto dos discursos, mais relacionada com o prestígio, o status social e a remuneração, do que com aspectos relacionados à motivação intrínseca, haja vista a valorização das especialidades médicas em detrimento da MFC. A ESF, na maioria dos discursos, aparece como uma oportunidade de trabalho temporário, como uma possibilidade de se obter renda e de se continuar estudando até ser aprovado em um serviço de residência médica em outra área.

Assim, pois, podemos correlacionar os fatos encontrados com as experiências acumuladas e divulgadas no referencial teórico. Alderfer (1972), em sua teoria, traz como base da pirâmide motivacional as necessidades básicas de garantia, como emprego, renda e segurança, e, satisfeitas estas necessidades, buscar-se-á o crescimento pessoal, com a aceitação dos pares e o prestígio social.

Percebe-se nas falas dos participantes uma concepção como um todo ideológico (motivação intrínseca) favorável à ESF, mas claramente, pressionada pelas forças extrínsecas desmotivadoras, dentre elas: más condições de trabalho e de remuneração e falta de reconhecimento. Deci e Ryan (2000) afirmam que a motivação intrínseca é o fenômeno que melhor explica o potencial positivo da natureza humana. De acordo com os mesmos autores, estudos mostram que, em termos de aprendizagem e desempenho, entre outros, a motivação intrínseca se associa a melhores resultados do que a motivação extrínseca. E, apesar de nossas atividades e decisões serem reguladas, muitas vezes, por razões extrínsecas, a motivação intrínseca pode gerar, também, resultados com grande envolvimento. (DECI; LENS; VANSTEENKISTE, 2006).

De forma semelhante ao resultado desta pesquisa, Issa (2013), mostrou em seu estudo, que a relevância financeira da carreira médica escolhida contrapõe-se à importância do compromisso social. MORLEY *et al.* (2013) constataram que o idealismo cai durante o curso de medicina, por isto, a importância de buscar desenvolver atividades acadêmicas com o intuito de manter o idealismo e o envolvimento social entre estudantes.

O presente estudo apresenta limitações, uma vez que a amostra/participantes da pesquisa foi intencional e pelo fato de a pesquisadora ser professora da Universidade privada, o que pode ter influenciado na adesão dos estudantes desta instituição à pesquisa e, talvez, possa também ter interferido em algumas respostas dadas pelos mesmos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados coletados proveem um claro insight no processo mental dos acadêmicos respondentes quanto ao porquê da escolha ou não da ESF como área de atuação, sendo que este foi o objetivo principal desta pesquisa. Consideramos importante ampliar pesquisas semelhantes em outras escolas de medicina, cujos resultados poderão permitir a tomada de ações e estratégias que devam ser realizadas para despertar o interesse em seguir a ESF como carreira.

O fio condutor deste trabalho leva-nos a um relevante e alarmante resultado sobre a trajetória dos participantes e seus anseios, uma vez que se observa que, apesar dos fatores intrínsecos terem sido amplamente elencados como relacionados à escolha da medicina como profissão e, também como fator motivador para uma possível escolha pela ESF como área de atuação, os fatores extrínsecos parecem determinar a escolha final, ou seja, especialização em outras áreas.

É fundamental explorar, nos estudantes de medicina, o potencial motivacional intrínseco o qual se faz presente e está fortemente arraigado ao pensamento relacionado ao trabalho na ESF. Desta forma, é necessário derrubar as barreiras, os fatores extrínsecos, que estão impedindo, limitando a decisão e a ação motivada intrinsecamente, afetando negativamente a adesão e permanência dos profissionais médicos na Estratégia.

Por fim, com base nos resultados obtidos neste estudo, propõe-se às IES a inserção do estudante na ESF desde o início da graduação, aliando sempre a teoria à prática. Mas, faz-se importante ressaltar que esta precocidade da inserção deve ser aliada a uma preceptoria capacitada, em um ambiente que promova a aquisição adequada das competências e habilidades requeridas para um futuro médico generalista. Para isto, as esferas públicas competentes precisam investir em mais infraestrutura para as Unidades e propor um plano de cargos e carreiras para os profissionais das equipes, promovendo, assim, a longitudinalidade do cuidado. Com esse conjunto de medidas, espera-se que o médico da família e comunidade transforme-se em um profissional mais valorizado pessoalmente e socialmente e que, com isto, a Atenção Básica ganhe a posição de prestígio e cuidado que merece ter.

7 REFERÊNCIAS

ALDERFER, C. P. **Existence, relatedness, and growth: human needs in organizational settings**. Free Press, 1972.

ALMEIDA, M. E. G. G.; PINHO, L. V. Adolescência, família e escolhas: implicações na orientação profissional. **Psic. Clin.** Rio de Janeiro, vol.20, n.2., p. 173-184. 2008.

ALMEIDA, M. J. A educação médica e as atuais propostas de mudanças: alguns antecedentes históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 2, p. 42-52. 2015.

ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; CASTRO FILHO, E. D. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista de APS**. V. 8, N. 1, P. 61-67, 2005.

ANDRADE, S. M. O. **A pesquisa científica em saúde: concepção, execução e apresentação**. UFMS, 2015.

ANGOTTI NETO, H. Virtudes e Princípios no Cuidado com a Saúde. **Mirabilia Medicinæ**, ano 4, n.1, p. 1-9, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://www.revistamirabilia.com/sites/default/files/medicinae/pdfs/med2015-01-01.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, 2016.

BASARGAN, M. *et al.* Impact of desire to work in underserved communities on selection of specialty among fourth-year medical students. **Journal of the national medical association**, v. 98, n. 9, p. 1960-1965, 2006

BENNETT, K. L.; PHILLIPS, J. P. Finding, recruiting, and sustaining the future primary care physician workforce: A new theoretical model of specialty choice process. **Acad. Med.**, v. 85, n. 10, p. 81–88, 2010.

BERGAMINI, C. W. **Motivação nas Organizações**. 5. ed. Atlas, 2008.

BOHALOSVSKI, R. **Orientação vocacional: a estratégia clínica**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

BRASIL. 2010. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES no 1.133, de 7 de agosto de 2001. Institui as **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília (DF).

BRASIL. 2014. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências**. Brasília (DF).

BROCK, D.; SCHAAD, D.; LEE, I. Attitudes towards biopsychosocial concerns in primary care: Prediction, gender, and changes across cohorts. **Medical Education Online** v. 11, n. 1, art. 4583, Dez. 2006.

BZUNECK, J. A.; GUIMARÃES, S. E. R. Propriedades psicométricas de um instrumento para avaliação da motivação de universitários. **Ciências & Cognição**, v. 13, n. 1, p. 101-113, 2008.

CALDEIRA, E. S.; LEITE, M. T. N.; RODRIGUES-NETO J. F. Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos Profissionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, p. 477-485, 2011.

CARDOSO FILHO, et al. Perfil do estudante de medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 32-40, 2013.

CARVALHO, F. A. **Motivação para o trabalho e comprometimento organizacional no serviço público: um estudo com servidores técnico-administrativos da escola de engenharia da Universidade Federal de Minas Gerais**. Rio Grande do Sul: Fundação Pedro Leopoldo, 2013.

CASADO T. As pessoas na organização. **Gente**, 2002. <<https://docslide.com.br/documents/as-pessoas-na-organizacao-maria-t-l-flcury.html>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

CASAJUANA, J.; GÉRVAS J. Introducción: la necesaria renovación de la Atención Primaria desde “abajo”, desde la consulta. El ímpetu innovador contra la rutina y la “cultura de la queja”. In: Casajuan J, Gérvas J, organizadores . La renovación de la Atención Primaria desde la Consulta. **Colección Economía de la salud y gestión sanitaria**. CRES-UPF. Madrid: Springer Healthcare, p.1-6, 2012.

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

CFM. **Trabalho e Ensino Médico**, 2018. <<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278#page/2>> Acesso em: 28 abr. 2019

COLLADO, C. F.; LUCIO P. B; SAMPIERI R. H. **Metodología de la investigación**. 3ª ed. México, DF: McGraw-Hill, 2003.

CORRÊA, A. R. et al. Formação e percepção do profissional médico sobre saúde pública. **Revista Científica Fagoc Saúde**, v. 2, 2017.

CORRÊA, R. D. *et al.* Medicina como nova graduação: motivação, deficiências e expectativas. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p. 226-233, 2016.

DAVIS, K.; NEWSTROM, J.W. **Comportamento humano no trabalho**. São Paulo: Pioneira, 2002.

DECI, E.; LENS, W.; VANSTEENKISTE, M. Intrinsic versus extrinsic goal contents in self-determination theory: another look at the quality of academic motivation. **Educational Psychologist**, v. 4, n. 1, p. 19-31, 2006.

DECI, E.; RYAN, R. M. Selfdetermination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 68-78, 2000.

DEUTSH T., *et al.* Early Community-based Family practice elective positively influences medical students career considerations. **BMC Family Practice**. V. 14, p. 14-24, fev. 2013.

DORSEY, E. R.; JARJOURA, D.; RUTECKI G. W. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. **JAMA**, v. 290, n. 9, p. 1173-8, 2003.

DURIEZ, B.; VANSTEENKISTE, M.; SOENENS, B.; DE WITTE, H. Evidence for the social costs of extrinsic relative to intrinsic goal pursuits: Their relation with right-wing authoritarianism, social dominance, and prejudice. **Journal of Personality**, v. 75, n. 4, p. 757–782, 2007.

DYNIESWICZ, A. M.; **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. Difusora, 2009.

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

FERREIRA, R. A. *et al.* O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. Rev. **Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 46, n. 3, set 2000.

GARCIA, E. O. P. Estudo de caso exploratório sobre qualidade de vida no trabalho de funcionários públicos. **Rev. Organizações em contexto**, São Paulo, v. 3, n. 5, jun. 2007.

GILL, H. *et al.* Factors influencing medical students' choice of Family medicine effects of rural versus urban background. **Canadian Family Physician**, v. 58, n. 11, p. 949-657, 2012.

GOEL, S. *et al.* **BMC Med Educ**. v. 18, n. 1, p.1-16, 2018.

GOMES, A. R. C. **Medicina Geral e Familiar: Do ensino à escolha da especialidade**. Covilhã. Mestrado [Dissertação] – Universidade da Beira Interior, 2011.

GONÇALVES, R.J.; SOARES, R. A.; TROLL, T., CYRINO, E. G. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 393-403, 2009.

GREENHAUS, J. F.; CALLANAN, G. A.; GODSHALK, V.M. **Career Management**. 3ed., South Western, USA, 2000.

GUARDA, F. R. B.; SILVA, R. F.; TAVARES, R. A. W. Perfil sóciodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na região metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. **Pan-Amazônica de Saúde**, v.3, n. 2, p. 17-24, 2012.

GUIMARÃES, S. E. R.; BZUNECK, J. A. Propriedadespsicométricas de um instrumento para avaliação da motivação de universitários. **Ciências & Cognição, Ilha do Fundão**, v. 13, n. 1, p. 101-113, março 2008.

HARZHEIM, E; VICENTE, V. C.; PITZ P. B. **La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa**.2009

<http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/HARZHEIM.CASADO,VICENTE-Formacion_profesional_para_la_APS.pdf>.

Acesso em: 23 de julho de 2017.

HARRIS, M. G.; GAVEL, P. H.; YOUNG, J. R. Factors influencyng the choyce of specialty of Australian medical graduates. **The Medical Journal of Australia**, v. 183, n. 6, p. 295-300, 2005.

HOLMES, D.; TUMIEL-BERHALTER, L. M., LUIZ, Z. E.; WATKINS, R. (2008). "Bashing of medical specialties: Students experiences and recomendations. **Fam Med**, v. 40, n. 6, p. 400-406, 2008.

IGNARRA, R. M. **Medicina: representações de estudantes sobre a profissão**. São Paulo. Doutorado [tese] — Universidade de São Paulo, 2002.

ISSA, A. H. T. M. **Percepções discentes sobre a Estratégia Saúde da Família e a escolha pela especialidade de medicina de família e comunidade**. Goiânia. Mestrado [dissertação] – Universidade Federal de Goiás, 2013.

KASSEMBAUM, D. G.; HAYNNES, R. A. Relationship between third-year clerkships in Family medicine and graduating students choices of Family practice careers. **Acad Med**, v. 67, p. 214-219, 1992.

KASSER, T.; RYAN, R. M. Further examining the american dream: differential correlates of intrinsec and extrinsec goals. **Journal of Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 22, p. 280-287, 2014.

KATZ, L. A., SARNACKI, R. E.; SHIMPFHAUSER F. The role of negative factors in changes in career selection by medical studentes. **J Med Educ**, v. 59, n. 4, p. 285-290, 1984.

KIOLBASSA, K. *et al.* Becoming a general practitioner – which factors have most impact in career choice of medical students? **BMC Family Practice**. Londres, v. 12, n. 25, 2011.

KUSURKAR, R. A., *et al.* **Med Teach**. v. 33, n. 5, p. 242-262, 2011.

JUSTINO, A. L. A.; OLIVER, L. L.; MELO, T. P. Implantação do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5p. 1471-1480.

LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2. p. 1-11.

LOPES, A. M. C.; BICUDO, A. M.; ANTÔNIO, M. A. R. G. A evolução do interesse do estudante de medicina a respeito da Atenção Primária no decorrer da graduação. **Rev. Bras Educ. Med.** Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 621-626, dez 2016.

MARTINELLI, S. C.; BARTHOLOMEU, D. Escala de motivação acadêmica: uma medida de motivação extrínseca e intrínseca. **Avaliação Psicológica**, v. 6, n. 1, p. 21-31, 2017.

MARTINS, H. H. T. de S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/ago, 2004.

MASSOTE, W. A.; BELISÁRIO, S. A.; GONTIJO, E. D. Atenção Primária como Cenário de Prática na Percepção de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Belo Horizonte, v. 3, n. 4, p. 445-453, 2011.

MASCARETTI L. A. S. *et al.* Perfil do aluno da Faculdade de Medicina de São Paulo. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 26, supl. 2. 2002.

MENDES, J. **Fatores de Motivação Profissional**, 2010. <<http://www.administradores.com.br/artigos/carreira/fatores-de-motivacao-profissional/48877/>>. Acesso em: 28 de julho de 2017.

MIETTOLA, J.; MANTYSELKA, P.; VASKLAMPI, T. Doctor-patient interaction in finish primary health care as perceived by first year medical students. **Biomed Central**, v. 5, n. 34, 2005.

MIRANDA, C. **O desafio em manter funcionários motivados: Os fatores motivacionais para o trabalho**. Vila Velha, 2009. <<https://www.esab.edu.br/wp-content/uploads/monografias/cely-miranda.pdf>>. Acesso em: 26 de julho de 2017.

MIRANDA, G. M. D. *et al.* A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. **Trabalho Educação Saúde**, v. 15, n. 1, p. 131-145, jan/abr. 2017.

MOREIRA, S. N. T. Processo de Significação de Estudantes de Medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.** v. 30, n. 2, p. 14-19. 2006.

MORLEY, C. P. et al. Decline of medical student idealism in the first and second year of medical school: a survey of pre-clinical medical students at one institution. **Med Educ. on Line.** v. 18, p. 1-10, 2013.

MURRAY, E. **Motivação e emoção.** 2.ed. Rio de Janeiro:Zahar Editora,1971.

NÓBREGA-THERRIEN. Formação para a Estratégia Saúde da Família na Graduação em Medicina. **Rev. bras. educ. med.** São Paulo, v. 39, n.1, p. 112-118, Rio de Janeiro Jan./Mar. 2015.

OLIVEIRA, B. M. **Medicina UFMG**, 2019. <<https://site.medicina.ufmg.br/inicial/perfil-dos-alunos-de-medicina-muda-nos-ultimos-10-anos%EF%BB%BF/>> . Acesso em 28 abr. 2019.

OLIVEIRA JUNIOR, R. G. Condições de Trabalho de Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4, p. 433-438, 2013.

PEREIRA J.G.; *et al.* Integração Academia, Serviço e Comunidade: um relato de experiência do curso de graduação em medicina na atenção básica no município de São Paulo. **O Mundo da Saúde**, v. 33, n.1, p. 99-107, 2009.

PINTO, F. C.; FONSECA, L. E. G. O currículo oculto e sua importância na formação cognitiva e social do aluno. **Projeção e Docência**, v. 8, n. 1, p. 59, 2017.

PINTO, H. A.; SOUZA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38 (esp.), p. 358-372, 2014.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.341-360, 2001.

PIZZINATO, A.; GUSTAVO A. S.; SANTOS, B. R. L.; OJEDA, B. S.; FERREIRA, O.; THIENEN F. V.; CREUTZBERG M.; ALTAMIRO M.; PANIZ O.; CORBELLINI V. L.; A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, p. 170-177, 2012.

POLIS, T. P. G. *et al.* Percepção dos Internos e Recém-Egressos do Curso de Medicina da PUC-SP sobre Sua Formação para Atuar na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 3, p. 121-128, 2016.

PUCCINI, R. F.; STELLA, R. C. R.; **A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina.** Unifesp, p. 53-69, 2008. Disponível em SciELO Books.

PUERTAS, E. B.; ARÓSQUIPA, C.; GUTIÉRREZ, D. Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. **Rev Panam Salud Publica**. v. 34, n. 5, p. 351-358, 2013.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

ROTHMANN, I.; COOPER, C. **Fundamentos de Psicologia Organizacional e do Trabalho**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ROYSTON, P. J. *et al.* Medical student characteristics predictive of intent for rural practice. **Rural Remote Health**, v. 12, 2012.

SAIGAL, P.; TAKEMURA, Y.; NISHIUE, T.; FETTERS, M. Factors considered by medical students when formulating their specialty preferences in Japan: findings from a qualitative study. **Biomedcentral Medical Education**, v. 7, n. 31, 2007.

SANTOS M. D. S. **Motivação na pesquisa acadêmica: uma opção metodológica**. Manaus, 2011. < <http://dialogica.ufam.edu.br/dialogicaV1-N6/Motiva%C3%A7%C3%A3o%20na%20pesquisa%20academica-Daniela.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

SALETTI-CUESTA, L. *et al.* Diferencias de género em la percepción del logro profesional em especialistas de medicina familiar y comunitaria. **Rev. Española de Salud Pública**, v. 87, n. 3, p. 221-238, 2013.

SCOTT, I. *et al.* Determinants of choosing a career in Family medicine. Canadá. **Canadian Medical Association Journal**, v. 183, n. 1, p. 1-8, jan. 2011.

SENF, J. H.; CAMPOS-OUTCALT, D.; WATKINS, A. J.; BASTACKY, S.; KILLIAN, C. A systematic analysis of how school characteristics relate to graduates choice of primary care specialties. **Acad Med**, v. 72, p. 524-533, 1997.

SHAPIRO, M.; FORNARI, A. Factors Influencing Primary Care Residency Selection among Students at an Urban Private Medical School. **The Einstein Journal of Biology and Medicine**, v. 25, n1, p. 19-24, 2010.

SCHEIN, E. H. **Identidade profissional: como ajustar suas inclinações a suas opções de trabalho**. Tradução de Margarida D. Black. São Paulo: Nobel, 1996.

SHIMIZU H. E.; CARVALHO JUNIOR D.A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SISSON, C. M. Implantação de Programas e Redefinição de Práticas Profissionais. **Rev. Bras. Educ. Med.** v. 33, n. 1, p. 92-103, 2009.

SOARES, D. H. P. **A escolha profissional do jovem ao adulto.** São Paulo:Samus. 2002.

SOUZA, M. F.; HAMANN, E. M. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?***Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, supl. 1, p. 1.325-1.335, 2009.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Edição Brasileira. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

VANESSE, A. *et al.* Attractiveness of Family Medicine for medical students: influence of reserach and debt. **Canadian Family Physician**, v. 57, n. 6, p. 216-227, 2011.

VASCONCELOS, R. N. C.; RUIZ, E. M. Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família – Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 39, n. 4, p. 630-638, 2015.

WEISSMAN C. *et al.* Using marketing reserch concepts to investigate specialty selection by medical students. **Medical Education**, v. 61, n. 591, p. 645, 2012.

ZARKOVIC, A.; CHILD, S.; NADEN, G. Carrer choices of New Zealand junior doctors. **The Medical Journal of Australia**. V. 119, p. 851-855, U 1851, fev. 2006.

APÊNDICE A

CARTA À COORDENAÇÃO DOS CURSOS DE MEDICINA

De: Maise Fernandes de Oliveira Rotta

Para: as Sr^{as} Tatiana Serra da Cruz e Lucylea Pompeu Muller Braga, Coordenadoras dos Cursos de Medicina da FAMED/UFMS e Anhanguera UNIDERP.

Assunto: Solicitação da disponibilização do Projeto Político Pedagógico do curso e permissão para realização de pesquisas com os estudantes.

Senhora Coordenadora,

A necessidade de formar médicos para atuação na Estratégia Saúde da Família é premente e a identificação de fatores que possam interferir, de forma positiva ou negativa, na motivação para o trabalho de futuros médicos nesta área é imprescindível.

Estamos realizando um estudo exploratório da realidade dos fatos concernentes à motivação dos futuros médicos para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família, intitulado provisoriamente: Aspectos motivacionais de acadêmicos de medicina: perspectivas profissionais e atuação na Estratégia Saúde da Família. Acreditamos que os resultados deste estudo podem subsidiar reflexões em relação às mudanças na prática docente e nas estruturas curriculares dos cursos de medicina, assim como um estímulo para uma qualificada inserção e integração ensino-serviço-comunidade.

Os objetivos do estudo são:

1. Identificar no Projeto Político Pedagógico dos cursos de medicina, as abordagens e estratégias indutoras para atuação na ESF;
2. Caracterizar o perfil sociodemográfico e as perspectivas profissionais dos acadêmicos do primeiro e sexto anos de medicina;
3. Identificar os aspectos relacionados à motivação e desmotivação para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Para a obtenção dos dados, pretendemos realizar entrevistas com os estudantes do primeiro e sexto anos, que, voluntariamente, aceitem o convite para participar do estudo.

Por este motivo, vimos, respeitosamente, solicitar a V. S^a o especial favor de disponibilizar o Projeto Político Pedagógico do Curso, bem como permitir a realização das entrevistas com os estudantes para coleta de dados, sem a qual nosso trabalho não poderá ser concretizado.

Ressaltamos que o projeto de pesquisa será submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e será iniciado após aprovação.

À inteira disposição de V. S^a, para o esclarecimento de quaisquer dúvidas, e agradecendo a atenção que, por certo, V. S^a dispensará ao assunto, firmamo-nos.

Respeitosamente,

Maise Fernandes de Oliveira Rotta

APÊNDICE BAUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu **Lucylea Pompeu Muller Braga**, coordenadora, responsável pelo Curso de Medicina da Instituição Universidade Anhanguera/UNIDERP, autorizo a realização da Pesquisa intitulada "ASPECTOS MOTIVACIONAIS DE ACADÊMICOS DE MEDICINA: PERSPECTIVAS PROFISSIONAIS E ATUAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", que tem por objetivo caracterizar os aspectos motivacionais de acadêmicos de medicina em relação às perspectivas profissionais e atuação na ESF.

Estou ciente de que a pesquisa será realizada sob a responsabilidade de **Maisse Fernandes de Oliveira Rotta**, sob a orientação da Profª Drª Débora Dupas Gonçalves do Nascimento e concordo que a mesma seja realizada no período de novembro de 2017 a dezembro de 2018.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucylea P. M. Braga
Coordenadora do Curso de Medicina
UNIDERP

Prof. M. R. Braga

APÊNDICE B

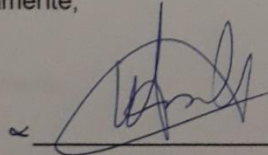
AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu **Wilson Ayach**, diretor, responsável pelo Curso de Medicina da Instituição FAMED/UFMS, autorizo a realização da Pesquisa intitulada "ASPECTOS MOTIVACIONAIS DE ACADÊMICOS DE MEDICINA: PERSPECTIVAS PROFISSIONAIS E ATUAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", que tem por objetivo caracterizar os aspectos motivacionais de acadêmicos de medicina em relação às perspectivas profissionais e atuação na ESF.

Estou ciente de que a pesquisa será realizada sob a responsabilidade de **Maise Fernandes de Oliveira Rotta**, sob a orientação da Profª Drª Débora Dupas Gonçalves do Nascimento e concordo que a mesma seja realizada no período de novembro de 2017 a dezembro de 2018.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Atenciosamente,



Data:

19/09/17

Wilson Ayach
Diretor da Faculdade de Medicina/UFMS

APENDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS

- 1) Instituição () PÚBLICA () PRIVADA
- 2) Semestre: _____
- 3) Idade: _____
- 4) Sexo: () F () M
- 5) Cidade de origem: _____
- 6) Estado civil: casado () solteiro() união estável ()
- 7) Filhos: _____
- 8) Renda familiar per capita aproximada: _____
- 9) Provedor de renda da família: _____
- 10) Número de dependentes financeiros: _____
- 11) Possui financiamento estudantil para o curso de graduação? () Sim () Não
- 12) Possui curso de graduação prévio concluído? () Sim () Não
Qual? _____

ASPECTOS MOTIVACIONAIS E PERSPECTIVAS PROFISSIONAIS

- 1) Conte-me o que te motivou a cursar medicina.
- 2) O que você espera de seu futuro profissional? Fale-me sobre seus planos a curto e a longo prazo.
- 3) Conte-me como foi a sua inserção na ESF durante a graduação e no que ela contribuiu para sua formação acadêmica ou para a vida.
- 4) O que pode motivar um estudante a trabalhar na ESF? E o que pode desmotivar um estudante a trabalhar na ESF?
- 5) Conte-me uma experiência marcante em sua vivência acadêmica que pode estar relacionada com tudo o que conversamos até agora.

APÊNDICE D

APROVAÇÃO DO CEP

Continuação do Parecer: 2.424.589

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se que o trabalho apresenta as qualificações éticas necessárias para ser realizado.

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_1004561.pdf	15/11/2017 19:25:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_maisse.docx	15/11/2017 19:24:46	MAISSE FERNANDES DE OLIVEIRA ROTTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MAISSE.docx	15/11/2017 19:24:28	MAISSE FERNANDES DE OLIVEIRA ROTTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Scan_autorizacao2.pdf	08/10/2017 20:49:31	MAISSE FERNANDES DE OLIVEIRA ROTTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Scan_autorizacao1.pdf	08/10/2017 20:48:47	MAISSE FERNANDES DE OLIVEIRA ROTTA	Aceito
Cronograma	cronograma_maisse.docx	08/10/2017 20:41:08	MAISSE FERNANDES DE	Aceito
Folha de Rosto	Scan_folha_rosto.pdf	08/10/2017 20:40:38	MAISSE FERNANDES DE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	29/09/2017 10:32:56	MAISSE FERNANDES DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 08 de Dezembro de 2017

Sida Márcia Araújo Bento

Assinado por:

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Aspectos motivacionais de acadêmicos de medicina: perspectivas profissionais e atuação na Estratégia Saúde da Família.

Pesquisador responsável: Maise Fernandes de Oliveira Rotta, sob orientação da Prof. Dra. Débora Dupas Gonçalves do Nascimento.

Você está sendo convidado(a) a participar, de forma voluntária, desta pesquisa, que integra o Programa de Mestrado em Saúde da Família pela Fiocruz MS/ABRASCO.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) visa esclarecer a proposta deste estudo, assim como assegurar seus direitos e deveres enquanto participante.

O estudo será realizado com os estudantes do primeiro e sexto ano de medicina de Campo Grande - MS e tem como objetivo explorar os aspectos relativos à motivação e desmotivação para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família na perspectiva de acadêmicos de medicina.

Será realizada uma entrevista, gravada, após a leitura e o seu desejo de participar, manifesto neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UNIDERP para aprovação.

Você não terá nenhum risco físico, custo ou retribuição financeira ao participar e os benefícios são considerados indiretos, mediante contribuição para o desenvolvimento de políticas públicas na saúde e educação. É assegurado o seu direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento mediante solicitação ao pesquisador e se houver qualquer desconforto ao responder alguma das questões, você poderá interromper a participação imediatamente sem qualquer prejuízo. Sua identidade será preservada durante todo tempo.

As respostas individuais serão manuseadas apenas pelo pesquisador e seu orientador. O resultado será divulgado na dissertação e em periódicos.

Você poderá entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento ou posteriormente à realização da pesquisa, assim como solicitar acesso aos resultados no período de divulgação pelo e-mail: maissefor81@gmail.com e (67) 33063733. Contato e endereço do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIDERP: (67) 3309-6504 ou 3309-6564; UNIDERP Agrárias – Rua Alexandre Herculano, 1400 – Jardim Veraneio.

() Declaro que li, entendi e concordo com este Termo de Consentimento. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e aceito participar deste estudo.

Nome do Participante: _____

RG: _____

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____

Maisse Fernandes de Oliveira Rotta
Pesquisadora