

A INTEGRAÇÃO ENTRE A FORMAÇÃO MÉDICA E AS REAIS NECESSIDADES DO USUÁRIO DO SUS

THE INTEGRATION BETWEEN MEDICAL GRADUATION AND THE REAL NEEDS OF THE SUS USER OF PROFESSIONALS AND STUDENTS

Stephanie Ribeiro Lacerda¹; Luzmarina Ap. Doretto Braccialli²; Carlos Alberto Lazarini³

¹Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, Marília-SP, Brasil
stephanieribeiro@famema.br

²Disciplina de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Marília, Marília-SP, Brasil
luzbra@terra.com.br

³Disciplina de Farmacologia da Faculdade de Medicina de Marília, Marília-SP, Brasil
lazarini@famema.br

RESUMO

Objetivo: Analisar a opinião dos estudantes de medicina de uma Faculdade Pública do interior do Estado de São Paulo e formadores da política pública e da formação profissional (gestores) sobre as novas Políticas Públicas para a formação de médicos capacitados às necessidades do Sistema Único de Saúde. **Método:** O estudo foi realizado na Faculdade de Medicina e na Secretaria Pública de Saúde, a abordagem utilizada foi quantitativa e qualitativa. A análise quantitativa contou com aplicação de questionário. O tratamento estatístico utilizado foi o programa computacional Pacote Estatístico para as Ciências Sociais. Sujeitos da pesquisa quantitativa: 13 gestores e 182 estudantes da primeira a quinta série de medicina. A pesquisa qualitativa contou com entrevistas realizadas com todos os gestores e em uma amostragem por sorteio dos estudantes. A análise utilizou a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo associada ao *software Qualiquantisoft*. **Resultados:** A grande maioria dos entrevistados se mostrou a favor de alterações na formação médica para que um recém-formado possa atuar de forma adequada no Sistema Único de Saúde. A maioria dos entrevistados acredita que no internato médico devem ocorrer atividades na Atenção Primária e em Urgência e Emergência.

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

ABSTRACT

Objective: To analyze the opinion of medical students of the Medical School of the interior in São Paulo's state city and managers on the new Public Policies for the training of qualified physicians to the Health Unique System needs. **Method:** The study was conducted at the medical school and Public Health's Secretary and the approach used was quantitative and qualitative. The quantitative analysis included a questionnaire application. The statistical treatment used was the Statistical Package for the Social Sciences. Subjects of the quantitative research: 13 managers and 182 students from first to fifth grade. The qualitative research counted on interviews in all managers (13) and a sampling by draw of the population above of students. The analysis used the proposal of the Collective Subject Discourse associated to the *Qualiquantisoft* software. **Results:** The vast majority of the interviewees were in favor of changes in medical training so that a newly trained physician can act adequately in the Health Unique System. Most of the interviewees believe that at least 30% of the hours of medical internship in the undergraduate course should be developed in the Primary Care and Emergency and Emergency Service.

Keywords: Medical Education. Single Health System. Primary Health Care. Health Policy. Integrality in Health.



INTRODUÇÃO

A formação médica brasileira contemporânea ainda é marcada pelo modelo de ensino Flexneriano, desenvolvido em 1910, centralizado na doença e no conhecimento médico fragmentado em disciplinas. A resistência a esse modelo ocorreu na década de 80, momento em que a Constituição Brasileira conferiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade de regular a formação dos profissionais da saúde (MAGALHÃES; BELMONTE; LUNA, 2014).

As críticas ao modelo hegemônico de formação das profissões de saúde resultaram em movimentos organizados que culminaram em 2001 na aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, pelo Conselho Nacional de Educação, as quais foram reeditadas em 2014 com o intuito de introduzir a integralidade do cuidado na formação médica (BRASIL, 2014).

Novas políticas públicas foram propostas a fim de concretizar a integração entre a formação médica e as necessidades encontradas no SUS. Nesse sentido, a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 discorre sobre mudanças que ocorrerão progressivamente até 2018, na graduação do curso de medicina e nos Programas de Residência Médica. No âmbito da graduação, trinta por cento da carga horária do internato médico serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS (BRASIL, 2013).

No âmbito dos Programas de Residência Médica, para ingressar na grande maioria das especialidades, será obrigatório realizar de um a dois anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade. (BRASIL, 2013). Entretanto, até este momento o Congresso Nacional, o Ministério da Educação (MEC), a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), o Ministério da Saúde (MS), e, no plano estadual, a Secretaria da Saúde estão discutindo a viabilidade destas ações.

Na formulação de políticas do SUS, uma das áreas menos problematizadas é a da formação

(CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Segundo estudo realizado com mais de mil estudantes do internato, em seis diferentes estados da federação, abrangendo as cinco grandes regiões brasileiras, há necessidades de alterações com urgência na graduação, pois apenas 19% dos alunos se sentem aptos ao exercício imediato, na linha da integralidade da medicina (OLIVEIRA; ALVES, 2011).

Nesse contexto, o olhar crítico dos estudantes da graduação de medicina bem como dos formadores da política pública e da formação profissional médica constituem uma ferramenta indispensável para influenciar políticas com o intuito de aprimorar o atendimento em saúde.

Para tanto, o objetivo do presente estudo foi analisar a percepção dos estudantes de medicina e dos formadores das políticas públicas de saúde e de formação quanto à atual articulação entre a formação médica brasileira e as reais necessidades de saúde do usuário do SUS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e quantitativa o qual foi desenvolvido em um município do interior do Estado de São Paulo, Brasil. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados tanto quantitativos quanto qualitativos passaram por avaliação prévia por meio de aplicação de projeto piloto e validação por expertises.

Os sujeitos da pesquisa foram os formadores da política pública e da formação profissional (gestores) e estudantes da primeira à quinta série do curso de medicina de uma Faculdade Pública do interior do Estado de São Paulo, a coleta de dados ocorreu entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017. Os participantes da parte quantitativa da pesquisa consistiram em 13 gestores, sendo vinculados à Atenção Primária em Saúde (APS), diretores hospitalares e da graduação e coordenador do curso de medicina, e em uma amostra de estudantes obtida por meio

de cálculo amostral (SANTOS, 2016), com nível de confiança de 95%, com os números não inteiros do cálculo arredondados para o maior valor, selecionados aleatoriamente por sorteio e distribuídos proporcionalmente à série. Portanto, os participantes da pesquisa quantitativa foram 13 gestores e 182 estudantes de um total de 400, os quais responderam o questionário visando à obtenção de dados sociodemográficos e sobre as políticas de formação médica. As respostas referentes às políticas foram registradas segundo a escala Likert, de 1 a 5, variando de concordo plenamente a discordo plenamente. Para a análise estatística, as respostas concordo plenamente e concordo (1 e 2) foram agrupadas, bem como as respostas discordo e discordo plenamente (4 e 5). A análise desses dados foi por meio do programa computacional Pacote Estatístico para as Ciências Sociais v. 17, utilizando-se o Teste do Qui-quadrado para tabela de contingência 3 x 2 e o valor de $p \leq 0,05$ resultou em diferença significativa entre os grupos comparados. A variável independente foi o participante (gestor e estudante) e as dependentes foram: atendimento adequado ao usuário do SUS, formação médica e necessidades do usuário do SUS, formação teórica em medicina, formação prática em medicina, Lei 12.871 – carga horária do internato médico, e Lei 12.871 - programas de Residência Médica. Por se tratar de um estudo qualiquantitativo, essas variáveis dependentes nortearam a construção das perguntas utilizadas na parte qualitativa desse estudo.

A pesquisa qualitativa foi realizada por meio de entrevista com os 13 gestores e com uma amostragem por sorteio dos estudantes acima citados, respeitando-se a proporcionalidade das séries. A coleta de dados dos estudantes cessou por saturação e a pesquisa qualitativa contou, portanto, com 78 participantes, sendo 65 estudantes e 13 gestores. Após o consentimento dos participantes da pesquisa, as entrevistas foram gravadas em sua totalidade e transcritas na íntegra. Os dados foram analisados utilizando-se a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) a

qual está pautada na Teoria das Representações Sociais (LEFREVE; LEFREVE, 2012). Para organização dos dados foi utilizado o software Qualiquantisoft (SOFTWARE QUALIQUANTISOFT, 2017). Durante o processo de transcrição e categorização dos dados foi utilizado um código de identificação com as iniciais do grupo de gestores e estudantes e suas respectivas séries, seguido do número de sequência de realização das entrevistas com o objetivo de manter o aspecto ético.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Faculdade de Medicina de Marília registro CAAE: 60175516.4.0000.5413 em 13/10/2016.

Os entrevistados foram esclarecidos da finalidade do estudo, do sigilo e, quando estavam de acordo em participar, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere à caracterização sociodemográfica dos estudantes, observou-se que 63,18% possuíam entre 21 e 25 anos de idade, 54,39% eram do sexo feminino e a distribuição dos participantes entre as séries se manteve em torno de 20%. Quanto aos gestores, houve predomínio do sexo feminino (76,92%) e de 51 anos ou mais de idade (53,84%).

Em relação ao questionário quantitativo, verificou-se o que os participantes pensavam sobre a afirmação: a educação médica brasileira atual é articulada adequadamente com as reais necessidades de saúde do usuário do SUS, revelou-se que a maioria dos estudantes, 64,28% discordaram/discordaram totalmente. Sobre a mesma afirmativa, 46,15% dos gestores discordaram/discordaram totalmente. A análise estatística não mostrou diferença significativa ao se comparar estudantes e gestores ($p = 0,51$).

Sobre essa questão, o DSC da maioria dos entrevistados retrata: “A graduação em medicina é heterogênea e não está adaptada às necessidades de saúde da população. Há novas leis e diretrizes que tentam reformular a educação médica e que olham para a APS, porém apresentamos uma cultura de especialização voltada para tecnologia e hospitais de alta complexidade”.

Esse DSC expressa a representação social de uma formação não adequada as demandas da população. Autores brasileiros defendem, há aproximadamente 40 anos, a mudança na graduação na saúde no país, particularmente objetivando tornar a educação na saúde mais próxima das necessidades de saúde da população (FERREIRA, 1986). Entretanto, o ensino médico ainda se apresenta sob a supervisão de professores titulares especialistas, e é consideravelmente natural que eles queiram ensinar sua especialidade, porém para a formação geral, a abordagem deve ser ampliada e integrada (JATENE, 2014).

Pesquisa realizada com estudantes de medicina do sexto ano de graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) mostra resultado semelhante, uma vez que os estudantes concordam que mudanças curriculares são necessárias, um aspecto identificado no discurso dos participantes foi que a abordagem da humanização no ensino é colocada em segundo plano na formação médica pela maioria das disciplinas (RIOS; CIRINO, 2015).

Sobre a afirmação: a formação teórica desenvolvida na graduação é adequada para atender o usuário do SUS, identificou-se que 49,99% dos estudantes concordaram/concordaram totalmente com essa afirmativa. Em relação aos gestores, 63,84% concordaram/concordaram totalmente. A análise estatística não mostrou diferença significativa entre os grupos de participantes comparados ($p=0,63$).

Sobre a mesma questão, os entrevistados trazem no DSC, “Apesar dos defeitos, a formação

teórica é suficiente para atender os usuários do SUS, pois o estudante que se forma consegue atender as principais queixas da população e o que é mais prevalente na APS. Entretanto, alterações ainda são necessárias, falta maior preocupação com a questão psicossocial, maior articulação voltada à clínica ampliada e às necessidades de saúde”.

Esse DSC expressa que a maioria dos participantes acredita numa formação teórica adequada, entretanto, identificam necessidades de mudanças. A concepção de saúde e doença expressa no SUS sanciona necessidades de saúde ampliadas, portanto, as ações dos profissionais de saúde devem ser mais complexas, ir além das ações curativas (GIOVANELLA, 2014). Além disso, considerando que a graduação dura somente seis anos, enquanto a atividade profissional pode permanecer por décadas, e que os conhecimentos e competências vão se transformando rapidamente, torna-se primordial utilizar uma metodologia de ensino apropriada, que resulte na formação de profissionais de saúde capazes de compreender o aprender a conhecer, a fazer e a ser, garantindo, portanto, a integralidade da atenção à saúde com eficiência, qualidade e resolutividade (MENDES, 2015).

Sobre a afirmativa: a formação prática desenvolvida na graduação é adequada para atender o usuário do SUS, verificou-se que 51,60% dos estudantes e 69,22% dos gestores concordaram/concordaram totalmente, não havendo diferença significativa entre os mesmos ($p=0,53$).

O DSC dos entrevistados que concordam com a afirmação anterior revela “Existe a correlação prática dentro do SUS, apesar de não acontecer totalmente. Em algumas faculdades o contato com o paciente ocorre desde o início da graduação, em outras só ocorrerá no internato médico. A prática precoce ajuda o estudante a desenvolver habilidades para atender melhor o usuário do SUS. Nas faculdades com método de ensino pautado na aprendizagem baseada em problemas os estudantes atuam diretamente com

os pacientes desde o início do curso, se inserem na realidade da população, encontram dificuldades e aprendem com elas, e até o final da graduação passam pelos níveis primário, secundário e terciário, ou seja, em todas as complexidades do SUS”.

A maioria das escolas médicas do Brasil possui um modelo educacional prático pouco direcionado para as necessidades de saúde do usuário do SUS, comumente visando o enfrentamento das doenças, desenvolvido de forma pouco integrada, focado somente nos aspectos biológicos. Em adição, os estudantes, frequentemente, têm dificuldades de perceber o impacto relativo dos fatores ambientais, sociais e comportamentais na etiologia e progressão das enfermidades, porque muitas vezes não estão adaptados com o contexto de vida dos pacientes e com os serviços de saúde (IZECKSOHN, 2017).

É imprescindível que alunos da área da saúde possuam experiência prática, principalmente, na APS durante a formação, como forma de se chegar ao entendimento de que cuidado em saúde é resultado de um sistema estruturado e depende muito mais da coordenação dos diversos níveis de atenção do que de condutas clínicas isoladas (KIDD, 2013). Segundo estudo realizado com mais de mil alunos do internato de 13 cursos médicos, em seis diferentes Estados da federação, alcançando as cinco grandes regiões brasileiras, há necessidades de alterações tanto teóricas quanto práticas na graduação, uma vez que menos de um quinto (19%) dos alunos se sentem apto ao exercício imediato, na linha da integralidade da medicina (nos aspectos preventivo e curativo, clínico geral, cirúrgico e articulação social e comunitária), enquanto os demais (81%) responderam que são formados para buscar formação complementar (OLIVEIRA; ALVES, 2011).

Em outro questionamento realizado com a intenção verificar a opinião dos participantes sobre a afirmativa: com a Lei 12.871, a partir de 2018, ao menos 30% da carga horária do internato médico na graduação será desenvolvida na APS e

em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, essa mudança beneficiará o usuário do SUS, a maior porcentagem dos discentes, 66,47% concordou/concordou totalmente, assim como os gestores (84,61%), não mostrando diferença significativa entre os grupos ($p=0,21$).

Sobre essa questão, o DSC retrata: “Incluir 30% é benéfico para o usuário que terá mais acesso ao atendimento, e para os pilares do SUS, que são a APS e o setor de Urgência e Emergência, locais que necessitam de profissionais. Todo médico que se forma precisa saber prestar um atendimento de prevenção de agravos, promoção, urgência e emergência, saber como é a organização social, entender os fluxos, o sistema de referência e contra referência, linhas de cuidado e toda a organização do sistema de saúde”.

A representação social presente nesse discurso remete as Diretrizes Curriculares Nacionais as quais definem o desenvolvimento curricular para as necessidades de saúde individuais e coletivas da população. Diversas universidades de medicina possuem atualmente a inserção dos estudantes na APS entre o primeiro e o quarto ano da graduação e revelam que a inserção favorece o usuário do SUS (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS, 2012; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2017). Pesquisa realizada com 157 estudantes do quinto e sexto ano do internato da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), em Santo André (SP), que tiveram atividades na APS, revela que os estudantes validaram a existência de tais atividades no curso de Medicina, porém foi ressaltado que ainda restam desafios e tensões quanto a essa estruturação e aceitação por parte dos próprios estudantes da Estratégia de Saúde da Família como cenário de ensino apropriado para o aprendizado (BEZERRA et al., 2015).

Os estudantes inseridos na APS adquirem habilidades médicas, que não se restringem às técnicas clínicas, mas envolvem também o desenvolvimento de uma boa relação médico-paciente, que está na base da prática clínica em

suas dimensões humanística, técnica e ética (FORSTER et al., 2017).

Em relação ao setor de Urgência e Emergência, parte desta inadequação se deve ao pouco tempo dedicado a este tema nos currículos de graduação na maioria dos cursos da saúde, dessa forma produzir uma estrutura para solucionar a desorganização caótica atual no cenário das emergências implica necessariamente o desenvolvimento e formação dos recursos humanos que atuarão nestes setores, que figuram como área crítica de desempenho dos médicos (FERNANDES et al., 2014).

Em relação à afirmativa: de acordo com a Lei 12.871, a partir de 2018, excetuando-se nove Programas de Residência Médica de acesso direto, será necessária a realização de um a dois anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para acessar os demais Programas de Residência Médica, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residência Médica, essa mudança beneficiará o usuário do SUS, revelou-se que a maioria dos estudantes, 45,60%, optou pela alternativa concordo/concordo totalmente. De forma semelhante, em relação aos gestores, 69,22% concordaram/concordaram totalmente.

A análise estatística não mostrou diferença significativa entre os grupos de participantes comparados ($p=0,12$). Sobre a mesma questão, os entrevistados trazem no DSC, “A APS brasileira necessita de médicos. Com a nova medida o usuário do SUS será atendido e, portanto, beneficiado. Além disso, resultará em melhorias também para os setores de maior complexidade que possuem demanda muito grande de pacientes que necessitam de cuidados de promoção e prevenção. Entretanto, a medida em questão possui caráter imediatista e deve ser formulada com cuidado, pois mesmo que reflita em maior quantidade de profissionais, não resulta necessariamente, em melhora da qualidade do atendimento e na valorização da APS”.

No contexto de escolha da especialidade médica na APS, verifica-se que a opinião dos

estudantes de medicina se modifica entre diferentes universidades, pois 57% dos estudantes formandos na Universidade do Vale do Itajaí (Santa Catarina) já pensaram em fazer residência em Medicina de Família e Comunidade em algum momento (TINOCO et al, 2017). Entretanto, na Universidade do Pará somente 20% dos alunos desejam a inserção futuramente na APS (OLIVEIRA; ALVES, 2011).

A literatura demonstra a falta de interesse dos médicos em realizar a residência em Medicina de Família e Comunidade e ressalta a necessidade de investimentos na formação contínua e valorização desses profissionais (IZECKSOHN, 2017).

A APS possui efeitos como a maior adesão a medidas preventivas, menor mortalidade materna e infantil, maior expectativa de vida e menor mortalidade geral na população adulta. No nível hospitalar, uma APS estruturada pode auxiliar com menor número de internações hospitalares e menor utilização dos serviços de emergência (MENDONÇA et al., 2012). Um dos grandes desafios para qualificação e consolidação da APS em diversos países está relacionado à formação de profissionais especializados (MENDES, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação médica atual encontra-se estruturada a partir de um modelo técnico e científico. No entanto, na contemporaneidade surgem propostas orientadas por um projeto ético-humanista que reestruturam esse modelo com vistas à sua transformação com ênfase na integração com as necessidades de saúde do usuário do sistema público de saúde.

Muitos participantes tinham diversas dúvidas sobre a forma como as novas leis seriam aplicadas, uma vez que não há total esclarecimento nas fontes de informações disponíveis para o público até o momento.

As propostas estabelecidas pelas novas Diretrizes Curriculares do Ensino Médico,

homologadas em 2001 e aprimoradas em 2014 sugerem a inserção precoce do estudante em cenários como a APS e nos Serviços de Urgência e Emergências. Além disso, a Lei 12.871 de outubro de 2013 almeja inserir o estudante de medicina em tais áreas e também preconiza a inserção do médico recém-formado no Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade. As mudanças na graduação médica brasileira são defendidas pelos estudantes de medicina e gestores que participaram da pesquisa, assim como por diversos autores. Revela-se primordial valorizar os médicos da APS e a verdadeira função que esta possui sobre a saúde da população.

Como limitações deste estudo relata-se o fato da conclusão do curso dos estudantes do sexto ano não permitir a coleta de dados, uma vez que a aprovação pelo CEP ocorreu na mesma semana da formatura. Além disso, podemos inferir que os discentes são todos da mesma faculdade a qual possui currículo centrado no estudante, baseado em problemas, orientado à comunidade e com atividades da graduação na APS. Dessa forma, a opinião desses participantes pode ser diferente de outras escolas com métodos de ensino tradicional e que não tem contato com a APS.

Esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq/PIBIC Famema 2016-2017.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, D. F. et al. “A dor e a delícia” do internato de atenção primária em saúde: desafios e tensões. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v. 40, n. 3, p. 164-170, 2015.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de junho de 2014. Seção 1. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 12 jun. 2017.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-66, 2004.

FERNANDES, C. R. et al. Ensino de Emergências na Graduação com Participação ativa do estudante. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 38, n. 2, p. 261-268, 2014.

FERREIRA, J. R. Análisis prospectivo de la educación médica. *Educación médica y salud*, Washington, v. 20, n. 1, p. 26-42, 1986.

FORSTER, A. C. et al. A abordagem da intersectorialidade para o ensino médico em atenção primária. *Medicina* (Ribeirão Preto, Online), Ribeirão preto, v. 50, n. 1, p. 58-65, 2017.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 30-37, out. 2014.

IZECKSOHN, M. M. V. et al. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 737-746, 2017.

JATENE, A. Ensino Médico no Brasil. **Revista USP**, São Paulo, n. 100, p. 77-86, 2014.

KIDD, M. **The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems: A Guidebook from the World Organization of Family Doctors**. Boca Raton: CRC Press, 2013.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A. M. C. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo**. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2012.

MAGALHÃES, T. N.; BELMONTE, T. S. A.; LUNA, C. A. A Medicina de Família na Educação Médica: Um Núcleo de Ensino na Atenção Terciária para a Aprendizagem em Atenção Primária. **Cadernos Brasileiros de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 1-58, 2014.

MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, C. S. et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy Plan**, Oxford, v. 27, n. 4, p. 348-355, 2012.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A. Ensino Médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 26-36, 2011.

RIOS, I. C.; CIRINO, C. B. A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39 n. 3, p. 401-409, 2015.

SANTOS, G. E. O. **Cálculo amostral**: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.publicacoesdeturismo.com.br/calculoamostral/>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

SOFTWARE QUALIQUANTISOFT. **Software de apoio a pesquisas quali quantitativas, com base na teoria do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)**. Disponível em: <<http://www.spinnet.com.br/html/software.html>>. Acesso em: jan. 2017.

TINOCO, A. S. et al. Percepção dos estudantes de medicina acerca da residência em medicina de família e comunidade. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, Itajaí, v. 4, n. 1, p. 75-87, 2017.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Diretoria Acadêmica. Regimento geral de graduação, [201-?]. Disponível em: <http://www.dac.unicamp.br/portal/grad/regimento/capitulo_ii/secao_vi/>. Acesso em: 8 jan. 2017.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS. Normas para regulamentação do ensino nos cursos de graduação da Unimontes, 2012. Disponível em: <http://www.unimontes.br/images/stories/ensino/Normas_de_Graduao/Normas_Para_Regulamentao_do_Ensino_-_atualizada_Fevereiro_2012.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2017.

RECEBIDO: 20/04/2018

ACEITO: 03/09/2018

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.