

Perfil dos egressos da Faculdade de Medicina do ABC: o que eles pensam sobre atenção primária em saúde?

Graduate profile from Faculdade de Medicina do ABC:
what do they think about primary healthcare?

Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos¹, Adozinda de Fátima Marques Henriques da Silveira²,
Lourdes Conceição Martins², Vânia Barbosa do Nascimento², Cledson Silveira da Silva²,
Fernando Henrique Britto Bortolotte², Juliana Bueno Garcia², Pablo Eduardo Elias², Marco Akerman²

Resumo

A Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) graduou até 2004, aproximadamente, 3.100 médicos. Este artigo objetiva apresentar o perfil sociodemográfico, a formação de pós-graduação, a inserção profissional e o perfil de renda desses egressos. Busca, também, identificar a avaliação do egresso quanto à qualidade do ensino recebido na FMABC e sua percepção a respeito da atenção primária em saúde (APS). Realizou-se um estudo transversal, através de um questionário fechado, autoaplicado, enviado em 2006, por correio, para uma amostra aleatória de 800 egressos. As variáveis são apresentadas através de medidas de frequências. Obtivemos 152 questionários respondidos, sendo 88 por homens e 64 por mulheres. Quase 89% dos egressos é paulista e 70,4% estão casados. Os respondentes (85,5%) consideraram o curso de Medicina excelente ou bom. A quase totalidade (96,7%) fez residência médica. Quase todos (90%) realizam sua atividade principal de trabalho no setor assistencial. Mais da metade (52%) ganha entre R\$ 4.000,00 e R\$ 10.000,00. A maioria (80,3%) caracteriza APS "como a principal porta de entrada do sistema de saúde", se filiando a uma concepção organizacional de APS tomada como parte de um sistema piramidal de atenção. Apesar de 82,9% considerarem que a APS teve média/grande importância em sua vida profissional, poucos (2,6%) a definem como espaço de operacionalização de um trabalho complexo no trato dos problemas de saúde. Esses dados mostram que o debate sobre a formação médica e sobre o papel da APS no sistema de saúde deve ser ampliado, de modo a superar visões dicotômicas sobre a realidade.

Palavras-chave: Recursos humanos em saúde; educação médica; avaliação educacional; atenção primária à saúde

Abstract

Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) graduated approximately 3,100 doctors until 2004. This paper aims to present their socio-demographic profile, their postgraduate continuous education activities, and the occupational and income profile of these graduates. It also shows their perception of the quality of education received in FMABC and their perception of primary healthcare (PHC). It was conducted a cross-sectional study, through a self applied structured questionnaire sent by post, in 2006, to a random sample of 800 FMABC former students. The variables are presented by means of frequencies. There were 152 questionnaires answered (88 for males former students and 64 for females). Almost 89% of the graduates are from São Paulo and 70.4% are married. The respondents (85.5%) considered the course of medicine excellent or good. Almost all (96.7%) the participants made medical residency. Almost all (90%) held its core business of working in the care sector. More than half (52%) earn between US\$ 870 and 1,740 dollars. The majority (80.3%) characterized PHC "as the main entry of the health system", a conception that affiliate themselves to an organizational design of PHS, taken it as part of a pyramidal system of care. While 82.9% consider that PHC had medium/high importance in their professional life, few (2.6%) defined as the area of operation of a work in the treatment of complex health problems. These data demonstrate that the debate on medical training and on the role of PHC in the health system should be expanded, in order to overcome dichotomous views on the reality.

Keywords: Health manpower; education, medical; educational measurement; primary health care

Recebido: 13/11/2008

Revisado: 03/04/2009

Aprovado: 08/04/2009

¹ Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (BA), Brasil

² Departamento de Saúde da Coletividade da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André (SP), Brasil

Endereço para correspondência: Marco Akerman – Faculdade de Medicina do ABC – Avenida Lauro Gomes, 2.000 – CEP 09060-870 – Santo André (SP) – Brasil – Tel: (11) 4993-5443 – E-mail: akermanm.ops@terra.com.br

Introdução

O profissional médico tem sido alvo de inúmeras reflexões, a partir das quais foram identificados sérios problemas relativos, por exemplo, ao grau de especialização exagerado do seu trabalho frente às necessidades de saúde mais prevalentes da população, à dificuldade que o médico enfrenta atualmente em formar vínculo com o paciente, e à incorporação periférica da dimensão social do processo saúde-doença.

Em um cenário institucional (acadêmico e assistencial) marcado por reformas curriculares e pela redefinição do papel da atenção primária à saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), a investigação do perfil profissional do médico e de sua inserção no mercado de trabalho pode fornecer importantes elementos para o aprimoramento de experiências assistenciais e pedagógicas que objetivem produzir mudanças no trabalho médico.

No entanto, o perfil dos egressos de cursos médicos tem sido pouco avaliado. Ainda assim, alguns estudos sobre o assunto foram publicados, desde os anos 1990¹⁻⁴. Falta, portanto, uma linha de pesquisa que monitore esse perfil, fornecendo elementos para refletirmos sobre importantes aspectos das relações existentes entre os polos assistencial e pedagógico da prática médica⁵⁻⁸.

A Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) graduou até 2004, aproximadamente, 3.100 médicas e médicos. Esse é um número bastante significativo de profissionais, com história suficiente para se estabelecer relações entre formação e prática profissional.

Por isso, torna-se importante, a investigação do perfil sociodemográfico e profissional dos egressos do curso de Medicina (CM) da FMABC, com o objetivo de conhecer de que maneira essa escola está produzindo recursos humanos para a rede assistencial, buscando identificar uma possível “vocação” pedagógica nesse empreendimento, ao longo dos anos. Assim, por exemplo, é importante saber se a FMABC está formando médicos generalistas, ou se, pelo contrário, está oferecendo à sociedade profissionais voltados às especialidades e subespecialidades.

Os requisitos das diretrizes curriculares e de propostas contemporâneas de reorientação curricular consideram a APS como um importante campo de práticas e de desenvolvimento de competências profissionais a ser explorado ao longo de toda a formação médica. Vale ressaltar que o CM da FMABC integra o pró-saúde, vivenciando atualmente um processo de reforma curricular. Nesse sentido, é interessante conhecer quais as relações mantidas pelos egressos do CM da FMABC com a APS. A avaliação da visão e experiência profissional desses egressos, em relação aos serviços de APS, pode nos auxiliar a refletir sobre caminhos e perspectivas para o ensino médico dessa e, possivelmente, de outras instituições.

Historicamente, no Brasil, a APS foi estruturada de modo paralelo e desarticulada da rede hospitalar. Inserida no escopo das iniciativas ministeriais, dirigidas à implantação de medidas de saúde pública, em suas origens, a APS não esteve associada à organização da assistência individual em larga escala no país. Esse papel foi assumido pelos serviços de saúde

previdenciários, a partir dos quais se estruturou uma extensa rede hospitalar, especialmente a partir dos anos 1960 e 1970. Em vista da gravidade dos problemas de saúde enfrentados e dos recursos materiais (equipamentos) empregados para o seu controle no atendimento hospitalar, esse nível de atenção tem sido considerado como sendo de média e alta complexidade (terminologia hoje empregada na lógica de financiamento do SUS)⁹.

Em contrapartida, a APS é considerada, dentro dessa lógica, como uma atenção de baixa complexidade, sendo representada como espaço de concretização de um trabalho “simples”. Identificada concretamente com as unidades básicas de saúde (UBS), a APS é, assim, associada ao lugar da escassez de recursos materiais e tecnológicos, do atendimento dos problemas de saúde do cotidiano aparentemente sem relevância científica, da desordem ou da irracionalidade dos serviços de saúde¹⁰. Essa visão torna-se possível em vista do distanciamento político-institucional existente entre a APS e a rede hospitalar.

No entanto, dentre as “missões” indicadas para APS no Brasil, destaca-se a ideia de que esta deve se estruturar de forma integrada aos outros níveis assistenciais, cumprindo o papel de principal “porta de entrada” do sistema de saúde. A APS assumiria, assim, um grande conjunto de atribuições no intuito de responder a maior parte das necessidades em saúde. A construção do SUS, pela efetivação de seus princípios doutrinários da universalidade, da equidade e integralidade e de suas diretrizes organizacionais da descentralização, regionalização, hierarquização e controle social, tem implicado na (re)afirmação da APS como nível assistencial fundamental e estratégico para o melhor equacionamento dos problemas de saúde da população.

A partir do exposto, pode-se notar que a APS não é um objeto único ou definitivo. Por vezes, ela é reduzida ao lugar concreto de sua espacialização – a UBS. Em outras ocasiões, ela é vista como um nível hierárquico de um sistema assistencial, sendo abordada em seus aspectos teórico-burocráticos. Essas diferentes visões não se construíram de maneira fortuita e sem consequências, tampouco são meros produtos de idiosincrasias pessoais. Pelo contrário, a APS foi tomada de diferentes maneiras nos “ideários” historicamente formulados no campo da saúde¹¹, de forma que é possível identificar diferentes representações sociais sobre a APS, todas elas fortemente apoiadas em imagens e concepções sobre o próprio trabalho em saúde – tecnologias, recursos materiais, burocracia, coletividade¹².

Para fins desse estudo, são destacadas três grandes representações sociais sobre APS, denotando diferentes formas de se entender o seu papel no sistema de saúde. Segundo essas representações, a APS consistiria:

- a) em um conjunto de ações simplificadas e de baixo custo econômico, destinado à parcela da população que não possui acesso a outros serviços de saúde.
- b) na “porta de entrada” para o sistema de saúde, sendo considerada, assim, em uma lógica de racionalidade do uso dos serviços.
- c) em uma rede integrada de atenção à saúde, composta por um conjunto diversificado de instituições que procuram dar respostas complexas a problemas de saúde, também, complexos.

O presente artigo apresenta os principais resultados de uma pesquisa realizada, entre 2005 e 2006, sobre o perfil sociodemográfico e profissional dos egressos do CM da FMABC. Além disso, são feitas algumas reflexões sobre as relações existentes entre formação e exercício profissional da Medicina, avaliando a visão desses indivíduos sobre o CM e a APS.

Materiais e métodos

Esta pesquisa partiu de uma problemática formulada em relação à estruturação do mercado de trabalho em saúde, aqui enfrentada no estudo das relações existentes entre o currículo médico e a inserção no mercado de trabalho.

A equipe de pesquisadores foi composta por docentes da disciplina de saúde coletiva da FMABC (incluindo médicos, uma estatística e um sociólogo) e por três alunos de graduação do CM e um do curso de Enfermagem desta instituição.

Tratou-se de um estudo transversal realizado através da aplicação de um questionário a uma amostra aleatória simples (sem reposição, estratificada por ano de conclusão de curso) dos egressos do CM da FMABC, formados entre 1974 e 2004. O questionário foi composto por perguntas fechadas, compreendendo as seguintes seções: dados pessoais, formação profissional, atividades profissionais, currículo médico e visão sobre APS. Estas seções procuraram trabalhar questões relativas ao perfil socioeconômico e demográfico dos entrevistados; a formação básica e pós-graduada; o exercício profissional; o tipo de vínculo laboral mantido em atividades profissionais; e dados relativos ao curso de graduação dos egressos e ao exercício profissional.

Esse questionário foi confeccionado pela equipe de pesquisadores, em conjunto com outros professores da disciplina de saúde coletiva da FMABC, especialmente para esta pesquisa, tendo como base instrumentos utilizados em outras pesquisas similares^{2,4}.

A versão definitiva deste questionário foi elaborada após uma primeira aplicação, realizada no primeiro semestre de 2005, em um "estudo piloto", para uma amostra de 43 egressos do CM da FMABC, os quais desenvolviam atividades como docentes nesta Instituição.

Após o estudo piloto, pequenos reparos foram introduzidos no questionário. A amostra para o estudo final foi, então, calculada, considerando-se um nível de significância de 5%, um poder de 80%, e que cada ex-aluno teria 50% de chance de participar ou não do estudo, e levando-se em conta um universo de 3.000 egressos da FMABC, formados entre 1974 e 2004, chegando a um total de 648 egressos. Considerando-se uma perda de 20%, acrescentamos 152 indivíduos à amostra, perfazendo um total de 800 egressos, estratificados igualmente por ano de estudo^{13,14}.

Para proceder a seleção aleatória da amostra, foram identificados os números de registro de todos os egressos da FMABC, formados no período investigado. Sorteamos 800 indivíduos, utilizando uma tabela de números aleatórios¹⁵.

Feita a seleção, os questionários foram enviados pelo correio para todos os indivíduos da amostra e, também, via eletrônica para

aqueles de que dispúnhamos o *e-mail*. A coleta dos dados ocorreu ao longo de 2006.

Foi feita a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. As variáveis qualitativas são apresentadas em termos de medidas de frequência, enquanto as variáveis quantitativas, em termos de valores de tendência central. Para se comparar porcentagens foi utilizado o teste de comparação entre duas proporções, para um nível de significância de 5%¹³⁻¹⁶.

A presente pesquisa possui a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMABC (maio de 2005). Os aspectos éticos foram garantidos no seu planejamento e execução. Todos os entrevistados leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Assim, o caráter voluntário, o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento e o direito de receber informações suficientes para o esclarecimento dos objetivos, metodologia e uso dos resultados foi garantido aos sujeitos de pesquisa. Ademais, esta pesquisa não envolve risco à saúde dos sujeitos investigados.

Resultados e discussão

Perfil sociodemográfico dos egressos

Da totalidade dos questionários enviados, foram obtidas 152 respostas, atingindo um índice de 23,4% de devoluções. Este foi um índice de resposta baixo, diante dos esforços realizados para divulgar a pesquisa e sensibilizar os respondentes. Dentre esses esforços, é possível mencionar a publicação de uma nota informativa sobre a pesquisa no Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), o envio de *e-mail* assinado pela Associação de Ex-Alunos da FMABC para os respondentes, e a adoção de um protocolo de coleta de dados que incluiu a realização de dois telefonemas para cada entrevistado em atraso na devolução do questionário.

Ainda assim, esse índice está bem próximo daquele alcançado em pesquisas similares^{1,3,4}, evidenciando que há um grande desafio metodológico nesse tipo de investigação. Além disso, essa semelhança permite a realização de análises comparativas de resultados.

Ressalta-se que os resultados desta pesquisa, apresentados ao longo do artigo, referem-se ao universo amostral composto pelos 152 questionários respondidos.

Entre os respondentes, foram encontrados 88 egressos (57,9%) do sexo masculino e 64 (41,1%) do sexo feminino. Quando essa proporção é comparada com a realidade nacional e de algumas outras escolas (Tabela 1), verifica-se que o processo de feminilização da Medicina identificado naqueles universos está bem mais avançado na FMABC. Essa ideia fica ainda mais reforçada, quando é avaliada a situação encontrada nas turmas atuais de alunos do CM da FMABC, entre as quais encontramos uma relação de três alunas para cada aluno. Quase 89% dos egressos respondentes são paulistas, enquanto 11% são oriundos de outros Estados ou de outros países. Os estrangeiros totalizam apenas 2%. A maioria dos egressos (68,4%) morava na capital do Estado de São Paulo dois anos antes da graduação, e 24,3% morava no ABC,

Tabela 1 - Estudos sobre o perfil dos egressos do curso médico no Brasil, na UEL, na Famerp e na FMABC

Sociodemográfico	Descrição	Resultados (%)			
		Brasil ¹ (n = 15.48)	FMABC ² (n = 152)	CM/UEL ⁴ (n = 299)	Famerp ³ (n = 302)
Exercício profissional	Ativo	92,6	98,7	99,4	98,0
Sexo	Homens	67,3	57,9	77,6	63,0
	Mulheres	32,7	41,1	22,4	37,0
Formação	Descrição	Resultados (%)			
		Brasil	FMABC	CM/UEL	Famerp
Tempo de formado	Menos de 15 anos	44,5	46,0	--	--
Residência médica	Sim	74,1	96,7	--	92,0
Algumas residências	Pediatria	13,3	22,3	--	13,5 ⁺
	Medicina interna/ Clínica médica	16,2	11,9	--	--
	Cirurgia geral	14,7	11,9	--	--
	Oftalmologia	7,3	9,1	--	--
	Gineco-obstetrícia	8,8	8,4	--	5,0 ⁺
Mestrado	Sim	7,7	17,1	9,4	14,0
Doutorado	Sim	3,7	9,9	2,0	8,0
Inserção laboral	Descrição	Resultados (%)			
		Brasil	FMABC	CM/UEL	Famerp
Atividade no setor público	Sim	69,7	55,9*	56,6**	40,0 ⁺⁺
Atividade no setor privado	Sim	59,3	46,1*	37,7*	21,0 [^]
Atividade em consultório	Sim	74,7	60,5	67,9	80,0
Renda mensal	Valor médio (em dólares)	1.280,00	4.347,00	1.739,00	6.000,00

^a dados produzidos neste estudo, *esses valores referem-se apenas a atividades desenvolvidas em instituições hospitalares, **com vínculo empregatício, ⁺título de especialista, ⁺⁺atividade principal, [^]excluindo-se consultório privado

Tabela 2 - Distribuição dos egressos da FMABC, formados entre 1974 e 2004, segundo idade

Idade	n	%
n = 152		
< 30 anos	17	11,2
30 - 40 anos	44	28,9
40 - 50 anos	44	28,9
> 50 anos	47	31,0
Total	152	100

o que contrasta um pouco com o local de moradia atual dos egressos (63,8%) na capital e (21,1%) no ABC, demonstrando pouca mobilidade do egresso (teste de comparação entre duas proporções, $p < 0,05$). Chama atenção, entretanto, que 7,2% dos egressos residiam fora do ABC ou da capital do Estado dois anos antes da graduação e que 13,9% moram atualmente fora do ABC ou da capital do Estado, denotando algum grau de mobilidade dos egressos na direção do interior do Estado. Em relação ao estado civil, observou-se que 19,7% dos egressos estão solteiros, 70,4% casados e 8% divorciados.

A grande maioria dos respondentes possui mais de 30 anos, apresentando uma distribuição proporcional homogênea por faixa etária, a partir dessa idade (Tabela 2). Quanto ao ano de formação, encontramos, também, uma distribuição homogênea, cobrindo o período histórico de existência da faculdade. Vale ressaltar que, conseqüentemente, mais de 60% dos respondentes formou-se no período de 1980 a 2000 (Tabela 3).

Optou-se por subdividir os anos de formação por décadas. Assim, nas décadas de 1980 e 1990, a Faculdade graduou 2.000 médicas e médicos e a amostra do estudo para essas duas décadas foi de 97 egressos,

Tabela 3 - Distribuição dos egressos da FMABC, formados entre 1974 e 2004, segundo o ano de formação

Ano de formação	n	%
1974 - 1979	30	19,8
1980 - 1989	50	32,9
1990 - 1999	47	30,9
2000 - 2004	23	15,1
Não responderam	2	1,3
Total	152	100

com 50 (5%) e 47 (4,7%), respectivamente, denotando adequado equilíbrio amostral. Na década de 1970, a qual para efeitos de ano de formação na FMABC teve seu início em 1974, formaram-se 600 egressos, sendo que foi obtida uma amostra de 30 egressos (5%), proporcionalmente semelhante ao número de egressos das décadas de 1980 e 1990. Entre os anos de 2000 e 2004, mais 500 profissionais se graduaram e a amostra do presente estudo situou ao redor de 4,6% de egressos desse período.

Se considerarmos os anos de 2005, 2006 e 2007 não computados na amostra do presente estudo, a FMABC já graduou, em toda a sua história, 3.400 médicas e médicos.

Percepção do egresso quanto à qualidade do ensino recebido na FMABC

Os entrevistados foram solicitados a avaliar o curso de graduação como um todo e, especificamente, as áreas Clínica Médica, Pediatria, Gineco-obstetrícia, Saúde Coletiva e Cirurgia. A Figura 1 mostra que 85,5% dos egressos consideraram o CM da FMABC como sendo bom

ou excelente. Quando analisamos as respostas segundo o ano de formação dos egressos, a maioria dos respondentes avalia que o curso como um todo é bom, exceção feita aos egressos formados no período de 1974 a 1979 para quem, na maioria dos casos, o curso foi bom ou regular.

O curso foi considerado excelente ou bom pelos egressos em 79,6% das respostas para a área de Pediatria; 75,1% para Gineco-obstetrícia; 66,5% para a Clínica Médica; 65,2% para Cirurgia; e 24,3% para Saúde Coletiva (teste de comparação entre duas proporções, $p < 0,05$). Quando analisamos essa avaliação (excelente ou bom), segundo o ano de formação dos egressos, são encontradas diferentes tendências temporais (Figura 2). Assim, as áreas de Pediatria e Clínica Médica demonstraram ser melhor avaliadas pelas primeiras turmas do que pelas últimas, ainda que permaneçam com índices altos de aprovação. Em contrapartida, verificou-se uma melhora na maneira como as áreas de Cirurgia, Gineco-obstetrícia e Saúde Coletiva são avaliadas, as quais receberam maior aprovação pelas turmas mais recentes. Torna-se bastante evidente a queda sofrida nas avaliações dadas à Pediatria pelas últimas turmas.

Formação de pós-graduação dos egressos (residência, mestrado e doutorado)

Conforme esperado, a quase totalidade dos respondentes (96,7%) fez residência médica, representando uma proporção superior à média nacional de 74,1%, encontrada por Machado² (1997), como pode ser visto na Tabela 1. Uma parcela significativa dos respondentes (32,2%) realizou uma segunda residência médica. Um número bem menor (4,6%) chegou a fazer uma terceira residência.

Em relação à primeira residência, as especialidades apontadas por 143 respondentes se distribuem da seguinte maneira: Pediatria (22,3%), Clínica Médica (11,9%), Cirurgia Geral (11,9%), Oftalmologia (9,1%), Gineco-obstetrícia (8,4%), Otorrinolaringologia (5,6%), Ortopedia (4,9%), Infectologia (4,2%), Anestesiologia (3,5%) e Psiquiatria (3,5%). Os 14,7% restantes se dividiram entre 14 outras residências.

Ainda que as residências mencionadas componham, em sua totalidade, um amplo grupo de 24 especialidades, mostrando que os egressos procuram direcionar-se para diferentes áreas médicas, nota-se uma clara concentração nas cinco residências que lideram o grupo. Essas cinco residências respondem sozinhas por 63,6% dos casos, com um claro predomínio da Pediatria.

Em relação à instituição em que foi realizada a residência, a maior parte dos casos concentrou-se em quatro instituições de ensino superior (IES), sendo que 30% dos egressos realizaram a residência na FMABC, 11,2% na Universidade de São Paulo (USP), 9,8% na Santa Casa de São Paulo e 6,3% na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Percebe-se a tendência dos egressos em permanecer na grande São Paulo, procurando continuar sua formação em IES que contam com grande prestígio e tradição acadêmica. Por outro lado, há uma clara preferência em fazer a residência médica na própria FMABC. Embora não tenham sido perguntados os critérios de escolha da IES, podemos

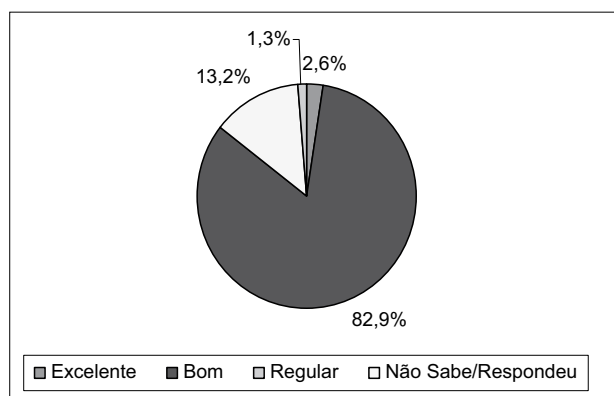


Figura 1 - Distribuição dos egressos da FMABC (n = 152), segundo avaliação geral feita ao curso médico

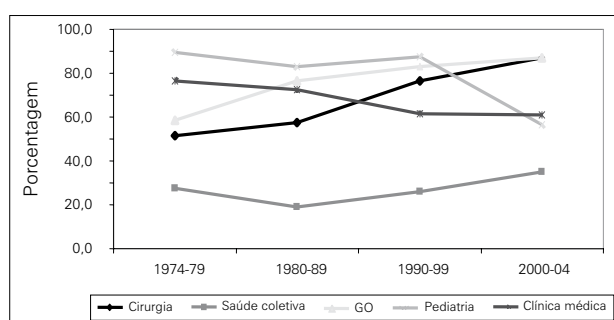


Figura 2 - Tendência temporal de avaliação do CM da FMABC, quando considerado "excelente ou bom" pelos egressos, segundo áreas gerais, entre 1974 e 2004 (n = 152)

supor que a familiaridade com a instituição (estrutura, corpo docente, corpo discente etc.) e a própria organização do cotidiano voltada para a presença na FMABC, ao longo da graduação, devem ser fatores relevantes para essa escolha. Essa tendência mostrou-se mais acentuada ainda em estudos semelhantes, de maneira que 63,6% dos egressos da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e 52% da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp) realizaram residência em suas instituições de origem^{3,4}.

Apenas 17,1% dos egressos do CM da FMABC realizaram mestrado. Ainda assim, essa proporção está bem acima da nacional, conforme pode ser visto na Tabela 1. Dentre esses, 76,9% obteve o título de mestre, com idades variando entre 30 e 50 anos de idade. Não houve mestrandos com idades inferiores a 30 anos. Esse dado se explica pelo fato de, na profissão médica, a docência não ser tomada como área relevante de atuação para os recém-formados. Posteriormente, o ensino se apresenta como uma atividade laboral de interesse para parte dos egressos.

Somente 9,9% dos egressos possuem doutorado e 3,3% realizaram pós-doutorado. Trata-se de um número bastante baixo, porém, esperado. Esse grau de formação, em geral, é buscado apenas por aqueles que estão inseridos na carreira acadêmica e que procuram envolver-se, mais sistematicamente, com pesquisa.

Ainda assim, conforme será mostrado, os egressos demonstraram grande interesse na realização de programas de educação continuada.

Além disso, os índices relativos à formação pós-graduada estão levemente acima daqueles encontrados em outros estudos^{3,4}.

Necessidade de educação continuada dos egressos

De forma semelhante às pesquisas aqui revisadas, encontra-se que a maior parte dos egressos (88,1%) sente necessidade de fazer novos cursos e/ou atividades acadêmicas (teste de comparação entre duas proporções, $p < 0,05$).

A seguir, são analisadas a primeira, a segunda e terceira necessidade apresentadas por aqueles que demandam educação continuada, deixando de fora das análises os 9,9% que não apontaram tal demanda.

A primeira necessidade, apontada pelos egressos que apresentaram tal demanda ($n = 134$), distribui-se da seguinte maneira: 7,5% desejam realizar estágios, 55,2% desejam realizar atividades de pós-graduação *lato sensu* (40,3% cursos de aperfeiçoamento e 14,9% cursos de especialização) e 37,3% desejam realizar atividades de pós-graduação *stricto sensu* (20,2% mestrado, 10,4% doutorado e 6,7% pós-doutorado).

Essa ordem de preferência muda quando a segunda e a terceira necessidade sentidas são analisadas pelos egressos. Entre os 78 egressos que declararam uma segunda necessidade, 56,4% desejam realizar pós-graduação *stricto sensu*, enquanto 39,8% desejam realizar pós-graduação *lato sensu*. Entre os 44 egressos que apontaram uma terceira necessidade, 77,3% desejam realizar pós-graduação *stricto sensu*, enquanto 18,2% desejam realizar pós-graduação *lato sensu*. Nota-se, portanto, nesses dois últimos casos, uma clara preferência pelo ingresso em cursos de pós-graduação, *stricto sensu*.

Portanto, os egressos demonstram um claro interesse tanto no aprofundamento e complementação de conhecimentos em suas áreas de especialidade, quanto na inclusão da dimensão acadêmica em sua vida profissional.

Inserções profissionais dos egressos e seus perfis de renda

A quase totalidade dos egressos da amostra (98,7%) continua exercendo a Medicina (teste de comparação entre duas proporções, $p < 0,05$), apenas um egresso abandonou a carreira. Dos que exercem

a Medicina, oito indivíduos exercem atividades representativas e nove exercem outras profissões. Quanto ao local de trabalho, 72% trabalham em São Paulo (capital), 42% no ABC, 10,7% em outros municípios da Grande São Paulo, 11,3% no interior do Estado de São Paulo e 1,3% em outros Estados. É importante lembrar que um mesmo indivíduo pode desempenhar atividades em mais de uma localidade.

Quanto à atividade principal de trabalho, 90% dos respondentes apontaram assistência, 2% ensino, 2% pesquisa e 6% outras atividades. Levando em consideração que atividades assistenciais podem ser realizadas em mais de um local, encontramos a seguinte situação: cerca da metade dos respondentes afirmou realizar atividades em hospitais públicos e privados (cerca de 25% inseridos em hospital escola); 60,5% em consultório particular; 16,4% em UBS; 5,3% em laboratórios; e 9,9% em outros locais.

Embora com alguma variação numérica, esses dados refletem uma situação identificada no mercado de trabalho médico existente no cenário nacional² e nas regiões investigadas nas pesquisas revisadas⁴. Atualmente, o médico desempenha várias atividades de trabalho ao mesmo tempo, predominantemente assistenciais, divididas igualmente entre o setor público e o privado e procura manter seu consultório e se inserir em hospitais.

Pouco mais de um terço dos egressos (55 indivíduos) desempenham atividades de ensino, ainda que de modo complementar. Desse total, 47,2% está inserido na FMABC, 12,7% na Unifesp, 10,9% na Santa Casa, 9% na USP e 20% em outras escolas.

Trata-se de uma parcela significativa dos egressos, quando consideramos que no Estado de São Paulo apenas 25% dos médicos em atividade atuam no ensino superior¹⁷.

Um pouco mais de um quinto dos entrevistados realiza algum tipo de atividade de pesquisa, na sua maior parte desenvolvida em instituições de ensino superior públicas e privadas.

Conforme é possível verificar na Tabela 4, os egressos distribuem-se em faixas de renda salarial da seguinte maneira: 10,5% dos egressos ganham até R\$ 4.000,00, 52% ganha entre R\$ 4.000,00 e R\$ 10.000,00 e 36,2% ganha acima desse patamar. A média salarial do conjunto dos egressos do CM da FMABC entrevistados está em um patamar três vezes superior ao da média nacional (Tabela 1).

Relativamente ao retorno financeiro, 6,6% dos respondentes consideraram esse retorno muito satisfatório, 44,1% satisfatório, 39,5% pouco satisfatório, 8,6% insatisfatório e 1,3%, não opinou. Quando analisado o grau de satisfação em relação à faixa de renda, foi descoberto que somente nos extremos há uma associação diretamente proporcional entre essas variáveis, ou seja, quem ganha menos de quatro mil tende a estar insatisfeito, enquanto quem ganha mais de dez mil tende a estar satisfeito (ainda que 20% destes últimos tenham declarado estar pouco satisfeitos). Nas faixas intermediárias, encontramos graus variados de satisfação, sem verificar qualquer tendência. Destaca-se que encontramos indivíduos que declararam estar insatisfeitos ou pouco satisfeitos em todas as faixas de renda. O mesmo ocorre quando classificamos os indivíduos segundo o ano de conclusão do curso de graduação.

Tabela 4 - Distribuição dos egressos da FMABC, segundo sua renda mensal

Renda mensal	n	%
< 2.000	2	1,3
2.000 – 3.999	14	9,2
4.000 – 5.999	29	19,1
6.000 – 7.999	28	18,4
8.000 – 9.999	22	14,5
> 10.000	55	36,2
Não sabe/não respondeu	2	1,3
Total	152	100

Conforme esperado, verifica-se uma associação diretamente proporcional entre tempo de formado e renda mensal. Assim, 87,5% dos indivíduos que ganham até R\$ 3.999,00 se formaram entre 1990 a 2004. Já 65,3% daqueles que ganham acima de R\$ 10.000,00 se formaram entre 1974 a 1989. Aqueles que ganham na faixa de R\$ 4.000,00 a R\$ 7.999,00 distribuem-se de maneira relativamente homogênea nos dois períodos analisados.

O recorte de gênero também confirmou as expectativas, de forma que 48,3% dos egressos do sexo masculino e apenas 20,6% do sexo feminino ganham acima de R\$ 10.000,00. Já na faixa de R\$ 4.000,00 e R\$ 7.999,00, encontramos 21,8% egressos do sexo masculino e 38% do sexo feminino.

Percepção sobre APS

O ponto de partida dessa abordagem foi a apresentação de três visões sobre APS (Quadro 1), com o objetivo de captar as distintas percepções entre os egressos.

Não há uma alternativa que esteja “mais certa” do que a outra, elas apenas representam alguns dos diferentes modos como a APS tem sido compreendida, ao longo de sua história, refletindo, em última instância, lógicas político-institucionais distintas.

A primeira visão encara a APS como uma estratégia para ampliar cobertura de atenção a populações mais pobres, sem acesso a serviços básicos de saúde. Essa representação considera, implicitamente, que o trabalho em saúde realizado na APS é caracterizado pela baixa densidade tecnológica e pelo baixo custo dos serviços prestados, muitas vezes exercidos por profissionais sem formação universitária. A segunda visão traz uma compreensão mais abrangente de APS e lhe reputa papel relevante e estratégico na reorientação dos serviços de saúde, assumindo sua capacidade potencial para lidar com a multicausalidade e complexidade dos problemas de saúde. A terceira, mais funcional, atribui à APS um papel de nível primário de atenção, responsável pelo primeiro contato com o paciente, dentro de uma lógica hierárquica de serviços, em interação com níveis secundários e terciários através de mecanismos de referência e contrarreferência.

A maioria dos egressos (80%) considera a APS como “a principal porta de entrada do sistema de saúde”, filiando-se a uma concepção organizacional da APS, em que esta representa a base de um sistema piramidal de atenção. Uma parcela reduzida de respondentes (14%) classificou a APS como uma atenção de baixo custo e baixa complexidade, comumente apelidada pelos especialistas da área de “cesta básica”. Pouquíssimos respondentes (3%) atribuem à APS um papel central desta no enfrentamento dos problemas complexos de saúde.

Essa situação já era esperada, uma vez que somente recentemente análises consistentes sobre a organização tecnológica da APS têm demonstrado o profundo grau de complexidade envolvido no enfrentamento dos problemas de saúde nesse nível da atenção. Esses estudos mostram que, se do ponto de vista fisiopatológico a gravidade do qua-

Quadro 1 - Concepções sobre atenção primária em saúde

Item	Frase A APS caracteriza-se...
A	pela baixa complexidade tecnológica e pelo baixo custo operacional, lidando com problemas de saúde mais simples
B	pela intervenção em aspectos biológicos e sociais da vida dos pacientes, na medida em que lida com problemas complexos de saúde
C	como a principal porta de entrada do sistema de saúde, na medida em que 80% dos problemas de saúde da população podem ser atendidos nesse nível

dro clínico apresentado pelos pacientes atendidos na APS não é alta, a complexidade dos desafios enfrentados para controlar e gerenciar os problemas de saúde é bastante alta¹¹. Assim, o controle de problemas como hipertensão e diabetes requer uma grande sofisticação do trabalho em saúde, em termos de operacionalização de saberes e da estruturação dos serviços¹⁸⁻²¹.

Ao mesmo tempo, não são recentes as críticas à redução da APS a uma “cesta básica” assistencial oferecida à população (especialmente, para aqueles que não têm acesso aos serviços privados de saúde). Desse modo, trata-se de uma visão ainda existente, porém já bastante fragilizada.

Por fim, a ideia de que a APS é, ou deveria ser, a principal porta de entrada do sistema de saúde brasileiro tem sido bastante ecoada entre os profissionais de saúde e através de diferentes meios de comunicação. Essa visão coaduna-se com a ideia de que um sistema verticalizado, em forma piramidal, garante um acesso, ao mesmo tempo, amplo e técnico-burocraticamente controlado da população aos serviços de saúde. Amplo na medida em que assistimos, nos últimos tempos, a um crescimento acelerado da base da pirâmide. Controlado, na medida em que o acesso aos serviços de atenção secundária e terciária ocorreria somente após uma avaliação criteriosa da gravidade do problema de saúde a ser enfrentado. Ademais, esse acesso se daria por um sistema burocrático de encaminhamento institucional pré-estabelecido. Assim, essa tende a ser mais aceita e assumida, tanto por profissionais da APS quanto (e especialmente) por profissionais de outros níveis de atenção do sistema.

Grande parte dos entrevistados (56,6%) afirma trabalhar ou já ter trabalhado em APS e 82,9% reputam que a APS teve média ou grande importância em sua vida profissional, até o momento. Mesmo quando analisamos apenas aqueles egressos que nunca atuaram profissionalmente na APS, encontramos que 75,8% desses indivíduos avaliam que a formação acadêmica na área foi importante para a sua vida profissional.

Cerca de metade dos egressos entrevistados afirma receber periodicamente informações sobre APS. Em relação ao meio de comunicação utilizado para acessar essas informações, 33,3% apontou a imprensa escrita, 26,2% a internet, 25,4% a televisão e 15,1% o rádio. Porém, 76,3% da totalidade dos entrevistados classificou como insuficiente a informação recebida sobre APS.

Diante do exposto até agora, concluiu-se que os egressos da FMABC são originários, em geral, da cidade de São Paulo, procurando atuar profissionalmente neste local e em seu entorno. Essa característica, provavelmente, se deve ao fato dessa região oferecer um mercado de trabalho altamente valorizado, o que se reflete em uma renda mensal bastante elevada. O processo de feminilização da profissão médica pode ser claramente observado nos resultados encontrados, inclusive, de forma levemente acentuada, quando comparado ao cenário nacional.

Identificamos um processo de especialização bastante acentuado, com um caráter fortemente endógeno. A Pediatria mostrou ser a especialidade mais procurada pelos egressos da FMABC, superando os índices relativos ao cenário nacional.

De forma semelhante ao contexto nacional, os médicos egressos da FMABC atuam tanto no setor público quanto no setor privado de saúde. Essa atuação é verificada, especialmente, em relação às atividades assistenciais, as quais são realizadas tanto em instituições ambulatoriais e hospitalares (públicas e privados), quanto em consultórios particulares, seguindo assim a tendência nacional e regional^{2,17}.

A seguir, são destacadas algumas especificidades do perfil do egresso da FMABC. Em primeiro lugar, verificamos que nove em cada dez egressos sente a necessidade de fazer novos cursos e/ou programas acadêmicos. Portanto, a educação continuada é um valor importante para os sujeitos investigados. Levando em conta que mais da metade destes deseja realizar cursos de pós-graduação *latus sensu* e que cerca de 90% dos egressos tem como modalidade principal de trabalho a atividade assistencial, conclui-se que a educação continuada desejada pelos egressos da FMABC visa aperfeiçoar e/ou especializar a prática profissional por eles já realizada. Essa situação também foi encontrada em relação ao perfil dos egressos da Famerp³. Porém, ao identificarmos que 37,3% dos egressos da FMABC desejam realizar curso de pós-graduação *stricto sensu* e que 4% desempenham sua atividade principal no campo do ensino ou pesquisa, nota-se que há um claro interesse desses egressos em ampliar seu campo de atuação profissional. Vale lembrar que cerca de um terço dos entrevistados realizam atividades de ensino (ainda que de forma complementar). Trata-se de uma proporção bastante expressiva dos egressos, provavelmente motivada pelo fato da FMABC contar com uma boa estrutura de ensino (incluindo serviços de atenção primária, secundária e terciária) e longa tradição na região do ABC.

O CM da FMABC está claramente voltado para a formação de especialistas; fato este que se reflete no modo como as áreas de especialidades são valorizadas e bem avaliadas pelos entrevistados.

No entanto, vale ressaltar que a maior parte dos egressos também valoriza a APS e entende que esta teve importância em sua experiência profissional. Além disso, os egressos da FMABC expressam um claro desejo de receber mais informações sobre a APS.

Esse é um dado surpreendente frente ao perfil dos respondentes, mostrando que a discussão sobre o papel da APS, tanto no SUS quanto na formação do profissional de saúde, deve evitar dicotomias e posições extremadas. Isso porque tais posições, geralmente, sustentam a visão de que os interesses, experiências e perspectivas dos profissionais da atenção terciária, secundária e primária não possuem nenhum ponto de convergência.

É evidente que os profissionais ocupam diferentes posições no campo da saúde, as quais afetam suas visões sobre as várias áreas de atuação que o compõe. Porém, essas diferenças não necessariamente conduzem ao desinteresse por outras áreas. Pelo contrário, como bem mostrou esta pesquisa, há um amplo reconhecimento por parte dos entrevistados sobre a posição estratégica da APS no campo da saúde e um interesse em conhecer melhor seus alcances e limites. Nesse sentido, torna-se importante estreitar os canais de comunicação que viabilizem a troca de experiência e conhecimentos entre os profissionais dos diferentes níveis assistenciais.

É importante, também, inserir no debate sobre a APS a ideia de que ela não se resume a uma mera porta de entrada do sistema. Em primeiro lugar, porque o sistema de saúde deve garantir diferentes vias de acesso às instituições que o compõe em seus vários níveis assistenciais. Em segundo lugar, porque a metáfora da porta de entrada enfatiza a ideia de que o sistema se organiza de forma piramidal, do simples (na base) ao complexo (no ápice).

Defendemos a ideia de que a APS não é o lugar do simplório e da escassez dentro do sistema de saúde, uma vez que seus profissionais fazem uso de tecnologias relacionais e de saberes da saúde coletiva no enfrentamento de problemas complexos que desafiam o poder público e a sociedade. Acreditamos que reforçar essa visão é essencial para a existência de um diálogo respeitoso entre os profissionais que atuam em posições diferentes do campo da saúde.

Agradecimento

Agradecemos a solicitude e interesse demonstrado pela Profa. Márcia H. Sakai (UEL), por ocasião da elaboração do instrumento de pesquisa utilizado em nossa pesquisa.

Referências

1. Lima Gonçalves E, Marcondes E. Perfil do ex-aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: Coordenadoria de Comunicação Social da USP, 1991.
2. Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato de uma realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
3. Sousa GMB de, Cruz EMTN, Cordeiro JA. Perfil do egresso da faculdade de medicina de São José do Rio Preto. Rev Bras Educ Med 2002;26(2):105-12.
4. Sakai M, Cordoni Júnior L. Os egressos da medicina da Universidade Estadual de Londrina: sua formação e prática médica. Revista Espaço para a Saúde 2004;6(1):34-47.

5. Ruiz T, Morita I. Curso de graduação na Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP: inquérito entre ex-alunos. *Rev Assoc Med Bras* 1991;37(4):200-4.
6. Cruz EMTN. O prefixo des, a prática e o ensino médicos: humanizar é preciso. *Rev Bras Educ Med* 2002;26(2):128-31.
7. Gonçalves e Silva GE. Educação médica e o sistema de saúde. *Rev Bras Educ Med* 2002;26(2):125-7.
8. Costa-Macedo LM, Taquette SR, Alvarenga FBF. Da adolescência à maturidade: estudo prospectivo dos estudantes de medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Educ Med* 2003;27(1): 29-35.
9. Cohn A, Elias PEM. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2005.
10. Botazzo C. Unidade Básica de Saúde – a porta do sistema revisitada. Bauru: Edusc, 1999.
11. Merhy EE. A rede básica como construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE. *Agir em Saúde – um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997.
12. Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas em saúde – características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.
13. Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. *Bioestatística*. São Paulo: EPU, 1981.
14. Medronho RA. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2002.
15. Morettin P, Bussab W. *Estatística básica*. São Paulo: Atual ED, 1982.
16. Siegel S. *Estatística não paramétrica*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1981.
17. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Minas Gerais. *Mercado de Trabalho Médico no Estado de São Paulo*. São Paulo: Cremesp, 2002.
18. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288(14):1775-9.
19. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
20. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002;288(19):2469-75.
21. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.