



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

ELLEN TIEKO TSUGAMI DALLA COSTA

PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DO UNICEUB
SOBRE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

BRASÍLIA

2019



ELLEN TIEKO TSUGAMI DALLA COSTA

**PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DO UNICEUB
SOBRE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica
apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e
Pesquisa.

Orientação: Profa. Ma. Debora Dornelas Belchior
Costa Andrade

Coorientação: Prof. Me. Conrado Carvalho Horta
Barbosa

BRASÍLIA

2019

RESUMO

Fundamentação: Apesar da crescente demanda por médicos de família e comunidade, estudos nacionais e internacionais demonstram pouco interesse dos acadêmicos concluintes por essa especialidade. Diante desse cenário, torna-se necessário implementar e fortalecer medidas que estimulem o interesse pessoal do futuro profissional ainda durante o processo de graduação, visando o aumento do interesse médico pela Atenção Primária à Saúde. **Objetivo:** Avaliar a influência de uma matriz curricular que segue as recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 e 2014 na percepção dos discentes de medicina sobre medicina de família e comunidade e na escolha dessa especialidade como carreira. **Método:** Estudo qualitativo-quantitativo de cunho exploratório e transversal, realizado por levantamento de dados após aplicação de questionário semiestruturado contendo três temas: Perfil Socioeconômico; Percepção do Discente; e Aspirações Profissionais. O critério de inclusão foi ser acadêmico do primeiro ou do décimo-segundo semestres de medicina do Centro Universitário de Brasília. Foram excluídos os participantes que estavam em processo de reprovação em disciplinas do semestre anterior ou aqueles que não quiseram participar. Realizamos, então, análise descritiva, análise não paramétrica utilizando o teste de qui-quadrado para independência com aproximações do teste de Monte Carlo e o exato de Fisher, utilizando um nível de significância de 5%. **Resultados:** A especialidade medicina de família e comunidade é pouco conhecida por discentes que estão iniciando o curso, porém muito bem conhecida pelos acadêmicos concluintes. Dentre os fatores da grade curricular estudados, apenas o contato com um professor ou profissional modelo médico de família e comunidade foi estatisticamente significativo para a escolha do egresso pela carreira em medicina de família e comunidade, com p-valor de 0,02. **Considerações Finais:** Este estudo sugere que o contato com médicos de família e comunidade e a inserção precoce e contínua na atenção básica durante o curso contribuíram para um maior entendimento sobre a carreira em medicina de família e comunidade e para um maior interesse por essa especialidade. Por outro lado, apenas o contato precoce com a Atenção Primária à Saúde, sem o contato contínuo com médicos de família e comunidade, não parece ter sido suficiente para estimular uma escolha mais expressiva pela especialização em medicina de família e comunidade. Uma maior participação de médicos de família e comunidade nas diversas etapas da formação médica poderia ser uma estratégia para aumentar, de forma contínua, o contato do graduando com a especialidade.

Palavras-chave: Educação médica. Medicina de Família e Comunidade. Currículo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráficos

Gráfico 1 – Características Socioeconômicas - Sexo.....	20
Gráfico 2 – Características Socioeconômicas - Idade	21
Gráfico 3 – Características Socioeconômicas - Escolaridade dos Pais.....	22
Gráfico 4 – Médico na Família.....	23
Gráfico 5 – Características Socioeconômicas - Renda Familiar.....	23

Quadros

Quadro 1 – Matriz Curricular de Medicina do UniCEU.....	11
Quadro 2 – Fatores Influenciadores na Escolha de Medicina de Família e Comunidade como Especialidade Médica no Brasil	16
Quadro 3 – Fatores Influenciadores na escolha por MFC.....	31

Tabelas

Tabela 1 – Cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal.....	17
Tabela 2 – Perfil Socioeconômico dos Acadêmicos de Medicina.....	24
Tabela 3 – Conhece a Especialidade MFC.....	25
Tabela 4 – Percepção sobre a Carreira em MFC.....	26
Tabela 5 – Seguiria a Especialidade Medicina de Família e Comunidade.....	26
Tabela 6 – Influências na Percepção sobre a Carreira em MFC.....	28
Tabela 7 – Fatores influenciadores em Seguir a Especialidade MFC.....	29
Tabela 8 – Interesse pela MFC x Contato com profissional modelo.....	30

ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CH – Carga Horária

CNS – Conferência Nacional de Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ESF – Estratégia Saúde da Família

IESC – Interação Ensino-Saúde-Comunidade

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – United Nations Children's Found

UniCEUB – Centro Universitário de Brasília

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1. OBJETIVOS	8
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	12
2.2. ESTADO DA ARTE SOBRE A ESCOLHA DA MFC COMO ESPECIALIDADE NO BRASIL.....	15
3. MÉTODO	18
3.1 CENÁRIO E DELIMITAÇÃO DA AMOSTRA	18
3.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO E ASPECTOS ÉTICOS.....	18
3.3 ANÁLISE DE DADOS.....	19
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
4.1 RESULTADOS.....	20
4.1.1 <i>Análise Descritiva</i>	20
4.1.2 <i>Análise Inferencial</i>	25
4.1.3 <i>Respostas Subjetivas</i>	30
4.2. DISCUSSÃO.....	32
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A	42
APÊNDICE B	44
ANEXO A	46

1. INTRODUÇÃO

A despeito da crescente demanda por médicos de família e comunidade, estudos pressupõem pouco interesse dos acadêmicos de medicina pela especialidade. No Brasil, há uma distribuição desequilibrada das especialidades médicas, aquelas que são estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), como a MFC, contam com apenas 5.486 médicos, 1,4% do total de especialistas do país. Essa disparidade é também notada no Distrito Federal: em junho de 2018, a região contava com apenas 113 médicos especialista em MFC e 326 Equipes de Saúde da Família para atender uma população de 3.039.444 habitantes, uma cobertura de 37% da população pela Estratégia de Saúde da Família (SCHEFFER *et al.*, 2018; BRASIL, 2019a). Cada equipe de Saúde da Família, que é composta por um médico, deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas, havendo, assim, a necessidade da aquisição de, ao menos, mais 434 médicos na Atenção Primária do DF para uma cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família naquele momento (BRASIL, 2018b).

A Declaração de Alma-Ata (1978), inovadora ao definir um modelo mundial de saúde para todos, estabeleceu que a Atenção Primária à Saúde (APS) deveria ser a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde para, assim, alcançar a universalidade e a acessibilidade do sistema de saúde (OMS-UNICEF, 1979). Salientamos que essa máxima foi concretizada no Brasil pela Constituição da República Federativa de 1988, em especial, nos artigos 196 e 200. Tais direitos ainda constam mantidos na forma originariamente consagrada pela Assembleia Constituinte de 1987, demonstrando a relevância do tema ora tratado. Nesse cenário, a Constituição Federal de 1988 consagra a saúde como um direito de todos e as atribuições do SUS (BRASIL, 1988c). Esses foram os alicerces para regulamentação do SUS em 1990 e do Programa Saúde da Família (PSF) em 1993.

A dimensão da expansão do PSF é notória. No Brasil, em 1994, o PSF constava com 328 equipes de Saúde da Família atendendo 1,1 milhão de pessoas (BRASIL, 2008d). Em 2010, eram 31.107 equipes para atender uma população de 191 milhões, cobertura de 51,31% pela ESF; já em janeiro de 2019, eram 43.026 equipes atendendo uma população de 208 milhões, uma cobertura estimada de 68,98%, como pode ser observado na Tabela 1 (BRASIL, 2019a). Nota-se que esse crescimento exponencial do PSF indica a necessidade da formação e preparação de médicos com perfil e capacidade técnica para atuação nos cuidados previstos no SUS em quantidade suficiente para atender a ampliação do programa, hoje considerado uma estratégia de governo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2010e).

Em 1991, a avaliação de instituições superiores de medicina realizada por uma Comissão Internacional de Avaliação Nacional do Ensino Médico constatou a necessidade de reforma no ensino para que fosse possível alcançar a universalização da saúde, proposta pela Declaração de Alma-Ata (ISSA, 2013). O resultado dessa análise culminou na elaboração e publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001, pelo Ministério da Educação, para os cursos na área de saúde, fortalecendo a APS ao vincular a formação médica às necessidades sociais e comunitária, com ênfase nos cenários do SUS (BRASIL, 2001f).

A tendência de fortalecimento da APS, continua sendo observada no Brasil. O Programa Mais Médicos, instituído no ano de 2013, apresenta como um de seus objetivos o fortalecimento da atuação do médico na atenção primária, fomentando, desse modo, a reformulação da formação médica no país (BRASIL, 2013g). Logo, foram elaboradas novas Diretrizes Curriculares Nacionais em 2014, as quais preconizam que ao menos 30% da carga horária do internato médico seja realizada na Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS e inserção precoce dos acadêmicos em cenários práticos de APS, com abordagem ativa e reflexiva dos problemas prevalentes nas comunidades (BRASIL, 2013h). Ademais, ressalta a importância do cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade; e do gerenciamento dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência por um profissional médico com atuação ampla, propositiva e resolutiva (BRASIL, 2013h).

Em um aspecto *lato*, a escolha da especialidade pelo estudante de medicina, de certo modo, é por demais complexa e envolve muitos fatores condicionantes. Fatores pessoais, sociais, mercado de trabalho e experiências acadêmicas ajudam a moldar a escolha do futuro profissional (SCHEFFER *et al.*, 2018). Assim sendo, em teoria, visando o aumento do interesse médico pela APS, torna-se necessário um fortalecimento de medidas que estimulem o interesse pessoal do futuro profissional ainda durante o processo de graduação.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar a influência de uma matriz curricular que segue as recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 e 2014 na percepção dos acadêmicos de medicina do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) sobre Medicina de Família e Comunidade.

1.1.2 Objetivos específicos

- a. Caracterizar o perfil socioeconômico dos acadêmicos de medicina participantes;

- b. Registrar a percepção do acadêmico do primeiro e do décimo-segundo semestres de medicina do UniCEUB sobre Medicina de Família e Comunidade;
- c. Levantar e Avaliar a percepção do acadêmico de ambos os semestres de medicina do UniCEUB sobre os fatores que influenciaram pela escolha por Medicina de Família e Comunidade.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) é uma Instituição de Ensino Superior localizada no Distrito Federal, situada privilegiadamente no vórtice econômico-social de Brasília. Em 2013, foi autorizada a disponibilizar 100 vagas anuais para o curso de medicina pela Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (DOU, 2013). A universidade, cuja a missão é “criar oportunidades para o desenvolvimento de cidadãos capazes de transformar a sociedade,” teve seu curso de medicina estruturado, inicialmente, nos moldes preconizados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, a fim de ampliar a experiência do aluno na Atenção Primária (UNICEUB, 2018a). Consequentemente, essa maior vivência na APS apresenta o potencial de, em acordo com a literatura, favorecer a formação de profissionais mais preparados para atender a população de forma integral e mais humanizada (MASSOTE, BELISÁRIO & GONTIJO, 2011; MAEYAMA & ROS, 2018)

A matriz curricular do curso de medicina do UniCEUB, currículo 1/2013, disponibiliza uma Carga Horária (CH) Total de 7940 horas. As disciplinas são distribuídas em 6 grandes áreas: Interação Ensino-Saúde-Comunidade (IESC); Tutorial; Habilidades Profissionais; Core Curriculum; Internato; e Trabalho de Conclusão de Curso (Quadro 1). Nesse contexto, o estudante teria amplo contato com a APS e a MFC ao cursar duas matérias longitudinais: IESC do primeiro ao oitavo semestres, com CH total de 615 horas; e estágio em Atenção Básica e Saúde Coletiva, que ocorre no Internato, correspondendo a uma CH de 640 horas, como preconizado pelas DCN de 2014. Durante a IESC, o graduando tem contato precoce com equipes multiprofissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS) (UniCEUB, 2018b). O acadêmico, desde o primeiro semestre de formação, tem a oportunidade de observar e abordar indivíduos e famílias atendidas pelas equipes de saúde da família nos seus diversos ciclos de vida, acompanhando-as de forma longitudinal no decorrer da sua graduação. Durante todo o Internato, há a inserção do estudante de medicina em UBS do Distrito Federal, onde são supervisionados por professores médicos especialistas em MFC. Nesse estágio, há o aprimoramento das habilidades que o estudante adquiriu nos anos de graduação no contexto da APS.

A primeira turma de medicina do UniCEUB concluiu a graduação no final do primeiro semestre de 2019. Entender as percepções desses estudantes sobre MFC após terem tido contato pleno com a APS é marco referencial para compreender se a vivência acadêmica em uma matriz curricular inovadora contribui para uma visão positiva sobre a especialidade e futuro interesse

em exerce-la como carreira profissional. Espera-se, ao apontar as áreas que propiciaram experiências negativas na percepção dos acadêmicos do UniCEUB, colaborar com o refinamento das atividades acadêmicas na APS.

Quadro 1– Matriz Curricular de Medicina do UniCEUB

Semestre	IESC	Tutorial	Habilidades	Core Curriculum
	CH 615	CH 2520	CH 1140	CH 285
1º	Territorização	1. Introdução à Medicina; 2. Concepção e Formação do Ser Humano; 3. Metabolismo.	Biossegurança; Sinais Vitais; Informática médica.	Língua Portuguesa
2º	Rede de Saúde	1. Abrangência das Ações de Saúde; 2. Funções Biológicas; 3. Mecanismos de Agressão e Defesa.	Semiologia Segmentar; Informática médica	Sociologia
3º	Saúde da Criança	1. Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento; 2. Percepção, Consciência e Coordenação; 3. Processo do Envelhecimento.	Semiologia da Criança e do Adolescente	Ética, Cidadania e Realidade Brasileira I e II
4º	Saúde da Mulher	1. Doenças Resultantes da Agressão ao Meio Ambiente; 2. Proliferação Celular; 3. Saúde da Mulher.	Semiologia em Ginecologia e Obstetrícia.	Políticas Públicas de Saúde
5º	Saúde do Adolescente	1. Dor; 2. Dor Abdominal, Diarreia, Vômitos e Icterícia; 3. Febre, Inflamação e Infecção.	Semiologia; Habilidades Cirúrgicas; Profissionalismo.	—
6º	Saúde do Idoso	1. Fadiga, Perda de Peso e Anemia; 2. Perda de Sangue; 3. Saúde Mental e Comportamento.	Semiologia; Habilidades Cirúrgicas; Profissionalismo.	—
7º	Saúde do Homem	1. Dispneia, Dor Torácica e Edema; 2. Manifestações cutâneas das Doenças e Iatrogenias; 3. Motricidade e Locomoção.	Prática em atendimento em Pronto Socorro e Ambulatório.	—
8º	Gestão em Saúde	1. Desordens Nutricionais e Metabólicas; 2. Emergências; 3. Distúrbios Sensoriais, Motores e da Consciência.	Prática em atendimento em Pronto Socorro e Ambulatório.	—
Semestre	Internato			
	CH 2880			
9º	Atenção Básica e Saúde Coletiva (CH 640)			
10º	Clínica Médica e Saúde Mental (CH 560)			
11º	Clínica Pediátrica (CH 560)			
12º	Clínica Cirúrgica (CH 560)			
	Ginecologia e Obstetrícia (CH 560)			
	Outros			
	CH 500			
	Trabalho de Conclusão de Curso (CH 120)			
	Atividades Complementares (CH 380)			
	TOTAL			
	CH 7940			

Fonte: UniCEUB, 2018b

2.1 Revisão Bibliográfica

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) salientou a necessidade e a constante dificuldade de mobilizar os recursos humanos para que a atenção à saúde orbitasse em torno da atenção primária. Com o envelhecimento da população e o desenvolvimento de novas tecnologias na saúde, desencadearam, respectivamente, o aumento da prevalência de múltiplas doenças crônico-degenerativas e melhorias nas ações de prevenção e resolubilidade de doenças infectocontagiosas, reforçando a necessidade de uma abordagem longitudinal centrada na pessoa, não mais pontual e com foco em doenças (WHO, 2008). Ademais, a saúde hospitalocêntrica implica em gastos excessivos em cuidados terciários muitas vezes desnecessários (WHO, 2008). Assim, a organização do cuidado deve ser centrada na pessoa, levando em consideração suas singularidades e percepções do processo de saúde e doença (STARFIELD, 2012).

Historicamente, países com uma estruturada APS obtêm melhores marcadores em saúde e com menores gastos, uma vez que a atenção primária apresenta elevado potencial resolutivo no cuidado, evitando complicações (RAWAF, MAESENEER & STARFIELD, 2008). O primeiro país da América Latina a alcançar indicadores de saúde iguais ou melhores em relação aos de países mais ricos foi Cuba, após um forte investimento do governo para formar médicos de família capacitados para atuação na APS. Além disso, Cuba conta com médicos de família como a principal especialidade dos médicos das equipes de saúde (ANDERSON *et al.*, 2016). É possível indicar que o fortalecimento da APS é um meio de diminuir a procura por uma atenção mais dispendiosa, como as atenções secundária e terciária (RAWAF, MAESENEER & STARFIELD, 2008).

Starfield (2012) analisou o panorama mundial da APS e observou que, nos Estados Unidos, ao acrescentar um médico de atenção primária para cada 10.000 habitantes, ocorreu a redução de 2,5% na mortalidade infantil, 6% nas internações hospitalares e de 5% na demanda de pacientes nas emergências. Similarmente, na Austrália e no Canadá, o melhor acesso à APS estava associado ao menor número de hospitalizações. Além disso, no Reino Unido, a pesquisadora observou que quanto maior o número de médicos de família em uma área de abrangência, melhor a percepção de saúde pela população. Finalmente, no Brasil, houve uma diminuição de 25-30% no número de hospitalizações por doenças crônicas entre os anos de 1996 e 2005, com o desenvolvimento e fortalecimento da atenção primária no país (STARFIELD, 2012).

Avançando a problemática que se apresenta neste projeto, as especializações médicas estão relacionadas diretamente com o progresso científico da medicina ocorrido nos últimos duzentos anos (CASSEL & REUBEN, 2011). Em 1968, no Brasil, a Lei n. 4024 de 1968 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional estabelecia a adoção do currículo mínimo de medicina baseado no modelo flexneriano de 1910, padrão biomédico norte-americano de ensino (MAEYAMA & ROS, 2018). Essa matriz pedagógica, também conhecido como Relatório Flexner, defendia uma formação com base em conteúdos, ressaltando a visão biológica da doença, com tendências à superespecialização e uma divisão clara do currículo: o ciclo básico, realizado em laboratórios durante dois anos, seguido pelo ciclo clínico, realizado em hospitais por mais dois anos (ALMEIDA FILHO, 2010; PAGLIOSA & ROS, 2008).

O fortalecimento e a predileção pela prática médica baseada em evidências incentivaram a criação de inúmeras especializações e subespecializações, fragmentando o cuidado integral do ser humano. Conseqüentemente, houve um desprestígio progressivo de áreas médicas generalistas. Nesse contexto, a especialidade medicina de família surgiu, em 1969, nos Estados Unidos, na tentativa de atrair maior número de profissionais médicos para áreas generalistas nesse tempo de subespecializações (CASSEL & REUBEN, 2011). Já no Brasil, em 1976, nasce a especialidade com a criação do Programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária, formalizada em 1981 e renomeada MFC em 2001 (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Como legado desse processo de afunilamento do conhecimento, há nos estudantes de medicina uma percepção equivocada de que as áreas médicas mais generalistas são menos estimulantes ou interessantes (CASSEL & REUBEN, 2011).

A especialidade médica reconhecida como a mais adequada para a atuação na APS é a MFC, labor eminentemente clínico com práticas dirigidas às famílias e às comunidades, que utiliza, entre outras ferramentas, abordagem biopsicossocial e centrada na pessoa (ANDERSON, DEMARZO, & RODRIGUES, 2007). Em meio a esse processo de transição e fortalecimento de um modelo de assistência médica centrada na pessoa e coordenado pela atenção primária, há uma crescente necessidade de locação de médicos nesse nível de atendimento, sem o qual o fortalecimento da APS torna-se inviável. Apesar da demanda por profissionais e das mudanças no ensino para a formação de médicos mais preparados para atuação na APS, o interesse do profissional pela área de MFC está aquém da demanda, com apenas 1,5% dos recém-formados escolhendo essa especialidade (SCHEFFER *et al.*, 2018).

No Brasil, o processo histórico para ampliar a APS após a Declaração de Alma-Ata culminou no desenvolvimento das DCN. De acordo com as DCN de 2001, o curso de graduação de medicina deve possibilitar a formação de um médico generalista e humanista, com uma visão

integral do indivíduo, capaz de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade (BRASIL, 2001e). As novas DCN de 2014 organizam a vivência acadêmica de forma longitudinal na APS em eixos que unem teoria e prática, priorizando um planejamento curricular que considere as necessidades das comunidades em que estão inseridos (BRASIL, 2014g). Entretanto, apesar da ampliação da experiência do discente na APS com essas medidas, ainda há pouco interesse pela especialidade no país, condizente com o que demonstraram estudos nacionais e internacionais (MAEYAMA & ROS, 2018; ISSA *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2014; NETO *et al.*, 2009; MELLO *et al.*, 2009).

A revisão norte-americana intitulada “Specialty and geographic distribution of the physician workforce: what influences medical student and resident choices?” e realizada pelo The Robert Graham Center, incorporou quase 20 anos de pesquisas sobre estudantes de medicina e suas experiências, crenças e intenções após a graduação. Concluiu que as universidades que possuem mais treinamento na comunidade, especialmente com experiências longitudinais na atenção primária e em áreas de baixa acessibilidade, produzem mais médicos atuantes na APS e em MFC. O estudo observou, ainda, que médicos que escolhem a MFC geralmente cursaram faculdades que possuíam hospitais comunitários ou que possuíam um departamento de Medicina da Família e Comunidade. Por outro lado, o estudo concluiu que influências negativas de mentores e professores subespecialistas sobre a atenção primária, somado ao fator da disparidade dos rendimentos médios dos profissionais que atuam na APS em relação aos demais especialistas, constituem fatores que influenciam negativamente a escolha pela atuação na atenção primária (JUNIOR *et al.*, 2009)

O grupo espanhol “Universidad y Medicina de Familia Research Group” (2012), realizou uma revisão sistemática qualitativa e constatou que a MFC é uma carreira que gera pouco interesse por ser percebida como uma área com pouco estímulo intelectual, baixos salários e baixo prestígio pela comunidade, apesar dos estudantes entenderem as características da atuação na especialidade. Por outro lado, propõe que a percepção do estudante de medicina sobre MFC tende a melhorar durante o curso quando o estudante é exposto às vivências e práticas da especialidade (OLID *et al.*, 2012).

Notadamente, o estudo de Naimer *et al.* (2018) realizado em Israel constatou que estudantes percebem a MFC como uma especialidade que possibilita um estilo de vida confortável, tendo horas limitadas de trabalho. Em contrapartida, a maioria dos estudantes presumem que a especialidade MFC não possibilita a atuação em área acadêmica. A escolha pela MFC depende de diversos fatores, entre eles uma matriz curricular do curso de medicina capaz em expor a especialidade generalista aos estudantes; um sistema de saúde com forte

referencial na APS; bem como vivência de políticas públicas valorativas que encorajam a escolha pela carreira em MFC (NAIMER *et al.*, 2018).

Outro estudo brasileiro avalia o estado da questão e conclui que, as recorrentes variáveis para a recusa de MFC como possível especialidade após a graduação são: baixa remuneração; pouco prestígio social; escassa vivência em APS durante a graduação; experiência em MFC com médicos desmotivados; e o preconceito de que a especialidade seria muito fácil (NETO *et al.*, 2009). Um trabalho evidencia a percepção positiva do estudante sobre suas inserções na APS durante a graduação, citando como fatores positivos o vínculo com o paciente e o cuidado integral à saúde (MASSOTE, BELISÁRIO & GONTIJO, 2011). Ademais, a aproximação precoce do acadêmico à comunidade ajuda a romper preconceitos sobre as áreas da medicina com atuação mais generalista. (NETO *et al.*, 2014).

Pressupõe-se que o baixo interesse pela MFC, como observado nos estudos supracitados, condizem com a crescente demanda por profissionais para atuação na Atenção Primária. Compreender as percepções do estudante de medicina nas diferentes fases do curso pode oferecer importantes subsídios sobre a influência positiva ou negativa da experiência acadêmica na escolha da MFC por seus estudantes concluintes na graduação.

2.2 Estado da Arte sobre a Escolha da MFC como Especialidade no Brasil

Uma revisão bibliográfica foi realizada para apurar os estudos sobre a opção do graduando de medicina por MFC no Brasil. Executou-se uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (BIREME/OPAS) com os descritores: “medicina de família e comunidade” ou “escolha da especialidade médica” e “estudante” ou “graduando” ou “interno” ou “discente” ou “egresso.” Dentre as 1600 referências encontradas, foram selecionados artigos publicados entre 2010 e 2018, artigos em língua portuguesa e estudos pertinentes à realidade brasileira, conferindo, assim, 64 artigos de interesse. Dentre esses estudos, foram excluídos os que não se referiam aos fatores influenciadores na escolha da especialidade médica. Como resultado, encontramos 6 artigos nacionais sobre a temática, dos quais apenas 2 abordavam diretamente a MFC (Quadro 2).

O trabalho de Maeyama & Ros (2018) avaliou como a exposição à atenção primária na graduação influenciou o estilo de pensamento e a escolha da especialidade médica de 14 egressos de uma universidade privada de Santa Catarina, cuja matriz curricular regia-se pelas normativas preconizadas pelas DCN 2001. Dentre os entrevistados, 2 escolheram MFC e destacaram como fator positivo da especialidade o valor agregado ao trabalho ao ajudar

peessoas, em contraposição à visão mercantil da medicina. Observou-se que os entrevistados apresentaram percepções de saúde coletiva e de resolubilidade independentemente da especialidade escolhida. Apesar da maior exposição à APS na graduação, o estudo demonstrou que ainda há uma nítida hegemonia do pensamento flexneriano na escolha da especialidade médica, favorecendo especialidades focais. Nesse sentido, o estudo destacou que maiores vivências acadêmicas na atenção primária favoreceu uma prática mais humanizada e ampliada da medicina, apesar de não parecer ser suficiente para formar os recursos humanos necessários de médicos especialistas em MFC para atender as demandas do SUS (MAEYAMA & ROS, 2018).

Issa *et al.* (2017) realizou um estudo com 42 acadêmicos concluintes em uma faculdade privada de Goiás, cuja a grade curricular seguia as normativas da DCN 2001. O trabalho também demonstrou que a exposição precoce à APS não foi suficiente para aumentar a escolha dos graduandos pela especialidade MFC, pois nenhum acadêmico participante escolheu a especialidade. Dentre os fatores que influenciaram negativamente a escolha da MFC, a pesquisa destacou o contato com profissionais descompromissados na APS e que não eram especialistas em MFC, falta de adequada remuneração, plano de carreira atrativos e estigmatização social e acadêmica da medicina de família.

Quadro 2 – Fatores Influenciadores na Escolha de Medicina de Família e Comunidade como Especialidade Médica no Brasil

Visão dos Acadêmicos sobre a Medicina de Família e Comunidade		
Autores	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Maeyama & Ros, 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Integralidade da atenção; • Longitudinalidade do cuidado; • Importância social da especialidade; • Resolubilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco prestígio; • Pouco reconhecimento; • Remuneração pouco atrativa.
Issa <i>et al.</i> , 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento amplo com utilização de vasta gama de conhecimentos; • Vínculo com a comunidade; • Conciliar trabalho e vida familiar; • Compromisso social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de contato com um profissional-modelo; • Remuneração não atrativa; • Ausência de plano de carreira; • Estrutura de trabalho precária; • Baixo prestígio social.

Como podemos observar, no Brasil, há uma carência de estudos publicados sobre os fatores que influenciam o acadêmico na escolha ou rejeição da especialidade MFC. Apesar da crescente demanda por médicos especialistas em MFC e da ampliação do contato com a APS no curso de medicina após as DCN de 2001 e de 2014, o interesse dos discentes ainda não é capaz de suprir as demandas por esse especialista nos serviços de saúde públicos nacionais e distritais. No Distrito Federal, em junho de 2018, a estimativa de cobertura populacional pela ESF era de 37%, passando para 56,48% em janeiro de 2019, ainda com uma dependência de mais 376 médicos para uma cobertura de 100% na ESF, como pode ser observado na Tabela 1. (BRASIL, 2019a).

Pesquisas nacionais sobre a temática podem auxiliar no entendimento dos fatores da realidade brasileira que influenciam a escolha do acadêmico conculinte, auxiliando, assim, no desenvolvimento de intervenções eficazes.

Tabela 1– Cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal

Competência	População	Distrito Federal		Brasil
		Equipes da ESF	Cobertura ESF	Cobertura ESF
JAN/2019	2.974.703	487	56,48%	63,98%
JUN/2018	3.039.444	326	37%	64,45%
JAN/2018	3.039.444	321	36,43%	64,71%
JAN/2017	2.977.216	243	28,15%	61,66%
JAN/2016	2.914.830	247	29,23%	62,29%
JAN/2015	2.852.372	237	28,66%	60,66%
JAN/2010	2.606.885	97	12,83%	51,31%

Fonte: Ministério da Saúde - Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2019a)

3. MÉTODO

3.1 Cenário e Delimitação da Amostra

Este estudo foi realizado no UniCEUB, instituição universitária particular localizada em Brasília, capital da República Federativa do Brasil. A matriz curricular do curso de medicina do centro universitário segue as recomendações das DCN de 2014 e emprega metodologias ativas de ensino e aprendizagem. Os sujeitos da pesquisa foram acadêmicos de medicina que estavam cursando o primeiro semestre, isto é, que estavam na turma 12, e o décimo-segundo semestre do curso, isto é, que faziam parte da turma 1. Foram incluídos na amostra todos discentes dessas turmas, totalizando 49 participantes na turma 1 e 77 na turma 12. Foram excluídos os acadêmicos em processo de reprovação em qualquer disciplina do semestre anterior ou aqueles que se recusaram participar. Houve, outrossim, 41 (83%) participantes da turma 1 e 56 (72%) participantes da turma 12.

3.2 Procedimento Metodológico e Aspectos Éticos

Obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UniCEUB, localizado na cidade de Brasília-DF, mediante CAAE número 02294818.4.0000.0023 em 12 de dezembro de 2018, sob o Parecer número 3.077.685 (ANEXO A). Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) para autorização da coleta dos dados. Foram cumpridos todos princípios éticos dispostos na Resolução 466/2012 e no 510/16 do CNS/MS.

Os riscos aos participantes da pesquisa foram classificados como riscos mínimos, não maiores aos existentes na vida cotidiana. Os benefícios aos participantes foram as reflexões sobre as carreiras disponíveis na área médica e sobre a influência das experiências acadêmica na sua escolha profissional.

Os acadêmicos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, seguido da assinatura do TCLE (APÊNDICE A). A coleta de dados foi realizada por meio de questionário anônimo online, disponibilizado na plataforma Google Forms, com a turma 1 e por meio de questionário anônimo físico com a turma 12 (APÊNDICE B). Esse questionário, adaptado do questionário utilizado no estudo de Issa (2013), foi dividido em três categorias de análise: “Perfil Socioeconômico;” “Percepção do Discente;” e “Aspirações Profissionais” (APÊNDICE B).

3.3 Análise de Dados

A coleta de dados foi realizada de forma transversal e dois tipos de análise foram efetuadas: a análise descritiva e o teste do qui-quadrado para independência. Para a realização da análise descritiva foi utilizado o software Microsoft Excel, e para os testes qui-quadrado o software estatístico SPSS versão 24. É importante ressaltar que, por se tratar de análise descritiva e um teste não paramétrico, não é necessário um n significativo, respeitando os pressupostos do teste ou realizando correções e estimações para que o resultado não seja afetado.

A análise descritiva é a descrição da informação obtida, apresentando frequências relativas e absolutas. O teste de independência qui-quadrado foi utilizado para descobrir se há associação entre duas variáveis, testando a hipótese nula de que as variáveis são independentes, ou seja, não praticam efeitos na resposta uma da outra. A hipótese alternativa, por outro lado, é a de que as variáveis são dependentes, isto é, estão associadas, causam efeito uma na outra. Utilizamos um nível de significância de 5%, sendo assim, testes que apresentam um p-valor menor que 0,05 rejeitam a hipótese nula e, conseqüentemente, consideramos que as variáveis têm fortes evidências de serem associadas.

Além disso, para a adequada interpretação dos dados com o uso do teste do qui-quadrado, foram observados como pressupostos os seguintes aspectos: os dados foram selecionados aleatoriamente; todas as frequências esperadas são maiores do que 1; não possuam mais de 20% das frequências esperadas inferiores a cinco. Para os casos que esses pressupostos sejam violados, utilizamos como alternativa o teste exato de Fisher, para tabelas de dupla entrada, e o Método de Monte Carlo, para outros tipos de tabelas, calculando, assim, uma estimativa mais confiável do teste de qui-quadrado utilizando um nível de confiança, que no caso deste estudo foi de 99%.

Contudo, para entender o funcionamento da associação, somente o teste qui-quadrado não foi suficiente, pois ele se limita a informar a existência ou não de relação. Por isso, utilizamos os resíduos padronizados, que correspondem à diferença do valor encontrado na amostra com o valor esperado para a independência das variáveis, informações que são calculadas para a etapa de mensuração da estatística do teste. Esses valores mensuram a distância da amostra do valor esperado. Entretanto, por se tratar de um número bruto, levamos em consideração o desvio padrão, chamado de “resíduos normalizados,” possibilitando a comparação da informação com a normal de média 0 e desvio padrão 1. Assim, quando os resíduos forem acima de +2, por exemplo, só ocorrerão 2,2% das vezes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Resultados

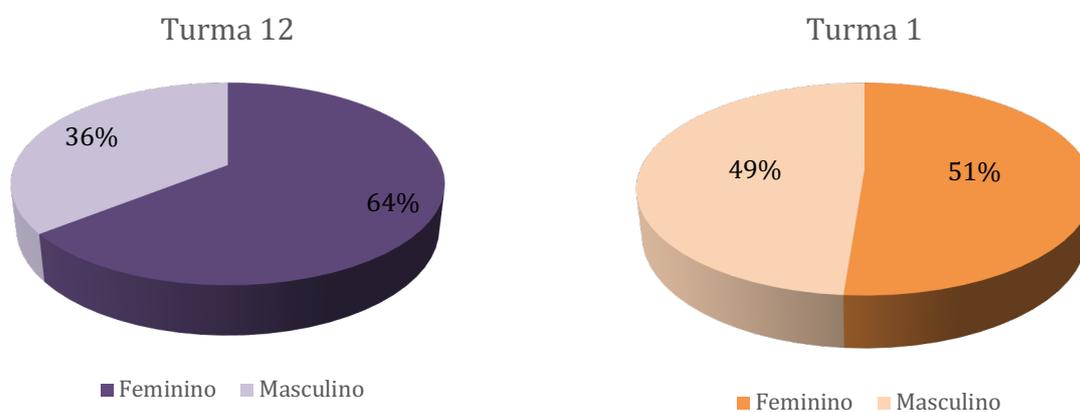
Foram entrevistados, por meio de questionário semi-estruturado, acadêmicos concluintes de medicina do UniCEUB, isto é, aqueles no décimo-segundo semestre (turma 1) e acadêmicos que estavam iniciando o curso de medicina do UniCEUB no primeiro semestre de 2019, isto é, os que compunham a turma 12.

Na análise descritiva, apresentamos o retrato socioeconômico das duas turmas estudadas. Em seguida, na análise inferencial, comparamos os resultados encontrados após perguntas direcionadoras. Logo, exploramos se há diferença significativa entre a percepção dos acadêmicos sobre MFC no decorrer do curso e observamos como aspectos da grade curricular afetam a motivação do acadêmico para atuar nessa especialidade.

4.1.1 Análise Descritiva

4.1.1.1 Sexo

Gráfico 1 – Características Socioeconômicas - Sexo



Fonte: Questionário da pesquisa

Como pode ser observado no Gráfico 1, há uma tendência à prevalência do sexo feminino na turma 12, com uma representação feminina de 64% e masculina de apenas 36%. Por outro lado, houve uma distribuição mais equilibrada entre os sexos na turma 1, na qual a população feminina foi de 51% e a masculina de 49%. O sexo feminino representa 59% dos acadêmicos neste estudo.

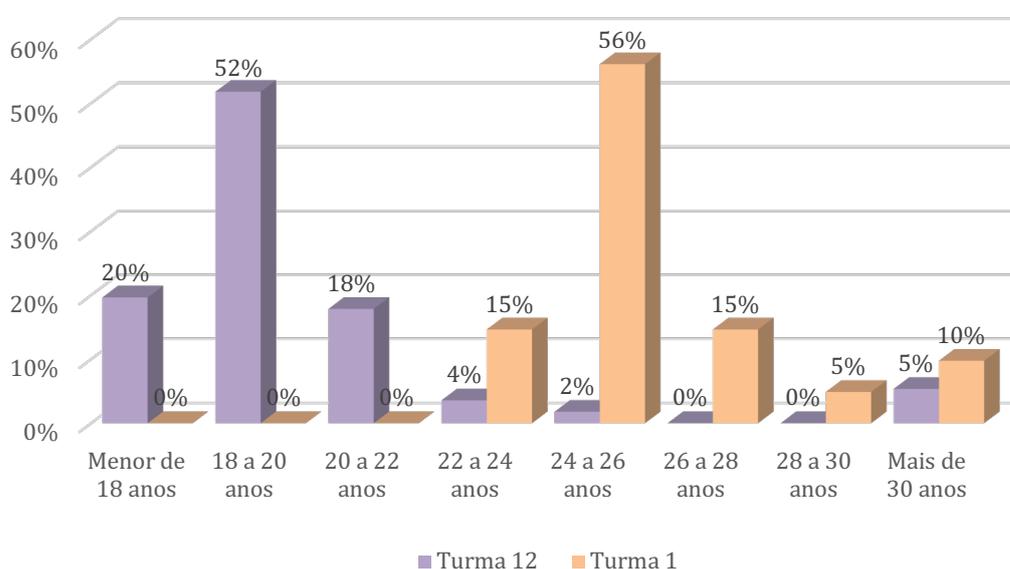
4.1.1.2 Idade

Analisando a idade dos participantes da pesquisa, percebe-se uma diferença entre as duas turmas, onde a turma 12, majoritariamente composta por estudantes com menos de 22 anos, dando destaque à categoria “18 a 20 anos”, com 52% dos entrevistados, seguida pelas categorias “menor de 18 anos”, com 20% dos estudantes e “20 a 22 anos,” com 18% dos pesquisados (Gráfico 2).

Já na turma 1, composta por acadêmicos que estão cursando o sexto ano da graduação, isto é, possuem quase 6 anos a mais de curso do que a turma 12, possui maior frequência na categoria “24 a 26 anos” com 56% dos estudantes, um valor próximo ao encontrado na categoria mais frequente na Turma 12, que corresponde a 6 anos a menos do que essa categoria.

Os dados etários desses estudantes indicam uma boa representação temporal dos acadêmicos da primeira com os da décima-segunda turma, devido a mesma distribuição de idades seguindo a transversalidade dos dados, que para o curso de medicina ocorreria em 6.

Gráfico 2 – Características Socioeconômicas - Idade



Fonte: Questionário da pesquisa

4.1.1.3 Estado Civil e Filhos

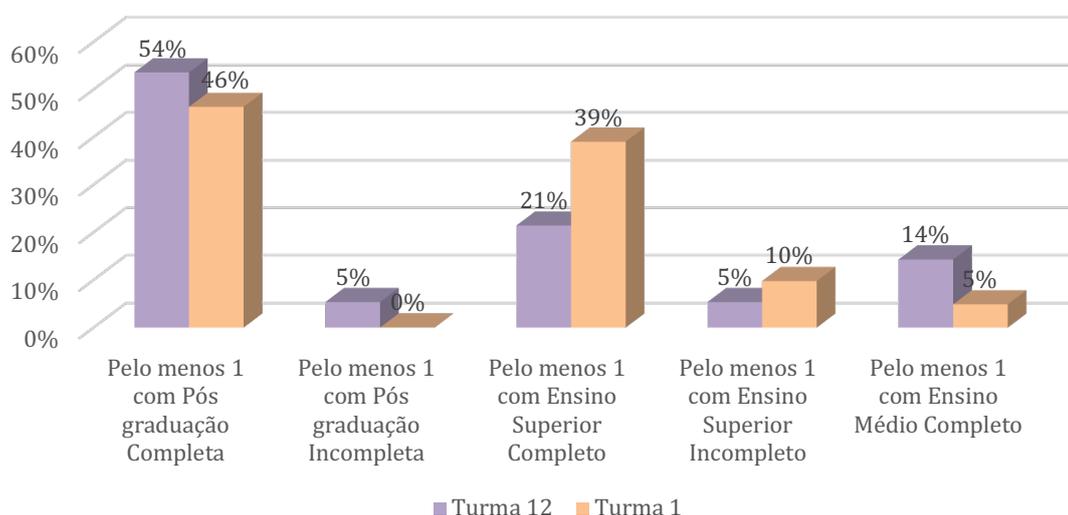
Analisando o “Estado Civil” dos participantes da pesquisa, percebe-se pouca diferença entre as duas turmas, onde a turma 12 é composta de 96% de estudantes na classificação “Solteiro”, e a turma 1 possui um pequeno decréscimo de estudantes nessa classificação, caindo para 93% (Tabela 2).

Analisando a variável “Possuir filhos”, percebe-se nenhuma diferença entre as duas turmas, onde ambas são compostas por 95% de estudantes que não possuem filhos (Tabela 2).

4.1.1.4 Escolaridade dos Pais

Com relação à variável “Escolaridade dos Pais,” agrupamos os resultados por maior nível de escolaridade que um dos pais do estudante possuía. Na maioria das famílias, pelo menos um dos pais possuía pós-graduação completa, representando 54% na turma 12 e 46% na turma 1. A segunda categoria mais frequente foi a de que pelo menos um dos pais possuía Ensino Superior completo, correspondendo a 21% na turma 12 e 39% na turma 1 (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Características Socioeconômicas - Escolaridade dos Pais



Fonte: Questionário da pesquisa

4.1.1.5 Médico na Família

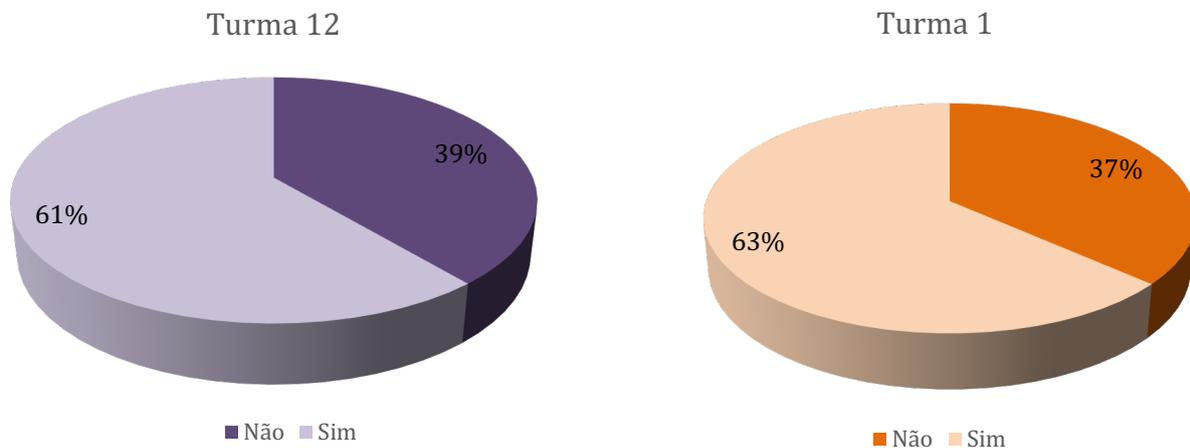
Analisando a variável “Possuir Médico na Família,” percebemos pouca diferença entre as duas turmas, 61% da turma 12 e 63% na turma 1 possuíam algum médico na família, isto é, a maioria dos acadêmicos participantes possuem médicos na família (Gráfico 4).

Dentre os médicos na família, avaliamos quantos possuíam especialidade. Notamos uma pequena diferença entre as duas turmas. Na turma 1, houve parentesco com médicos que possuíam especialidade em 85,7%, contra 97,1% na turma 12 (Tabela 2).

Com relação à variável “Parentesco,” onde os respondentes também apontaram o grau mínimo de parentesco com o familiar médico, 31% eram parentes de 1º grau na turma 1, contra 29% na turma 12. Identificamos, assim, que aproximadamente 30% dos estudantes de ambas

as turmas possuem pais ou irmãos na medicina e 70% possuem outros parentes como tios e avós médicos (Tabela 2).

Gráfico 4 – Médico na Família

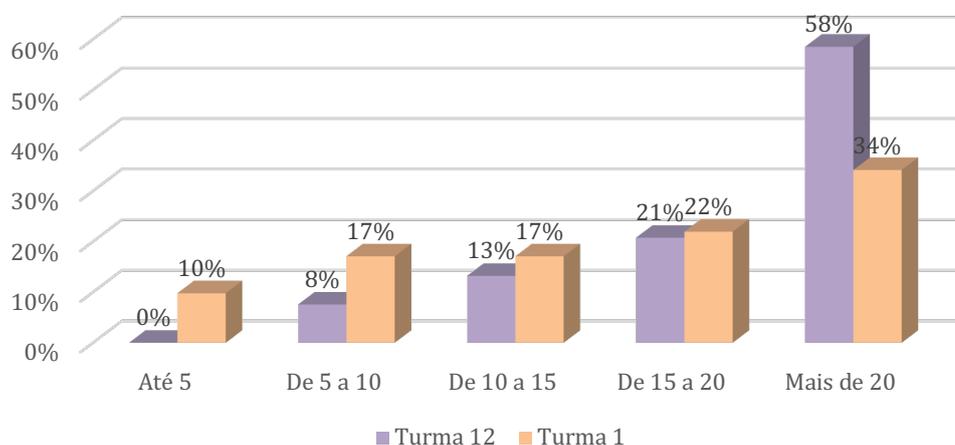


Fonte: Questionário da pesquisa

4.1.1.6 Renda Familiar

Ao analisar a variável “Renda Familiar,” percebemos que, em ambas as turmas, as rendas familiares são elevadas, sendo a maioria dos entrevistados com mais de 20 salários mínimos (58% na turma 12 e 34% na turma 1), seguida pelo grupo que engloba famílias com renda de 15 a 20 salários mínimos. A categoria com maior diferença entre as duas turmas foi a “Mais de 20 salários mínimos,” 24% maior na turma 12 (Gráfico 5). Apesar das diferenças entre as duas turmas, a distribuição e ordenação de renda familiar é similar.

Gráfico 5 – Características Socioeconômicas - Renda Familiar



Fonte: Questionário da pesquisa

Tabela 2 – Perfil Socioeconômico dos Acadêmicos de Medicina

	Turma 12		Turma 1		Total	
	qtd	%	qtd	%	qtd	%
Sexo						
Feminino	36	64%	21	51%	57	59%
Masculino	20	36%	20	49%	40	41%
Estado Civil						
Casado/Convivente	2	4%	3	7%	5	5%
Solteiro	54	96%	38	93%	92	95%
Faixa Etária						
Menor de 18 anos	11	20%	0	0%	11	11%
18 a 20 anos	29	52%	0	0%	29	30%
20 a 22 anos	10	18%	0	0%	10	10%
22 a 24 anos	2	4%	6	15%	8	8%
24 a 26 anos	1	2%	23	56%	24	25%
26 a 28 anos	0	0%	6	15%	6	6%
28 a 30 anos	0	0%	2	5%	2	2%
Mais de 30 anos	3	5%	4	10%	7	7%
Filhos						
Não	52	95%	39	95%	91	95%
Sim	3	5%	2	5%	5	5%
Escolaridade dos Pais						
Pelo menos 1 com Pós-graduação Completa	30	54%	19	46%	49	51%
Pelo menos 1 com Pós-graduação Incompleta	3	5%	0	0%	3	3%
Pelo menos 1 com Ensino Superior Completo	12	21%	16	39%	28	29%
Pelo menos 1 com Ensino Superior Incompleto	3	5%	4	10%	7	7%
Pelo menos 1 com Ensino Médio Completo	8	14%	2	5%	10	10%
Médico na Família						
Não	21	39%	15	37%	36	38%
Sim	33	61%	26	63%	59	62%
Grau de Parentesco						
1º Grau	10	29%	8	31%	18	30%
2º Grau	25	71%	18	69%	43	70%
Possui Especialização						
Não	1	3%	2	14%	3	6%
Sim	34	97%	12	86%	46	94%
Renda						
Até 5 salários mínimos	0	0%	4	10%	4	4%
De 5 a 10 salários mínimos	4	8%	7	17%	11	12%
De 10 a 15 salários mínimos	7	13%	7	17%	14	15%
De 15 a 20 salários mínimos	11	21%	9	22%	20	21%
Mais de 20 salários mínimos	31	58%	14	34%	45	48%

Fonte: Questionário da pesquisa

4.1.2 Análise Inferencial

4.1.2.1 Conhecer a Especialidade Medicina de Família e Comunidade

Tabela 3 – Conhece a Especialidade MFC

Conhece a especialidade	Turma 12		Turma 1		P-valor
	Qtd	Resíduo Padronizado	Qtd	Resíduo Padronizado	
Sim	22	-2,38	41	2,78	< 0,000
Não	34	3,24	0	-3,79	

Fonte: Exato de Fisher

A Tabela 3 representa a relação da variável “Conhece a Especialidade Medicina de Família e Comunidade” com a “Turma.” Foi necessário realizar o exato de Fisher nessa avaliação, pois menos de 5 pessoas responderam não conhecer a especialidade MFC na turma 1. Os resultados encontrados sugerem que a “Turma” é uma variável associada, estatisticamente significativa, com a resposta “Conhece a especialidade,” p-valor menor do que 0,000. Conseqüentemente, a turma que o estudante pertence influencia no conhecimento sobre a MFC. Além disso, com base nos resíduos padronizados, pode-se notar que a quantidade de estudantes da turma 12 que tem um conhecimento sobre essa especialidade é abaixo do esperado, haja vista que apresentou um resíduo de $-2,38$. Por outro lado, na turma 1 o não conhecimento da especialidade tem uma frequência muito abaixo do esperado, com um resíduo de $-3,79$. Pode-se concluir que acadêmicos que estão no último semestre de graduação, isto é, na turma 1, julgam conhecer mais a especialidade do que os que se encontram no primeiro semestre.

4.1.2.2 Carreira

Ao analisar a opinião do acadêmico sobre a carreira em MFC, houve 5 células com menos de 5 observações, assim, foi aplicada a estimação de Monte Carlo para que o teste apresentar valores válidos.

Os resultados encontrados, representados na Tabela 4, sugerem que a “Turma” é uma variável associada estatisticamente significativa com a resposta “Opinião sobre a carreira,” ou seja, a turma que o estudante pertence influencia na sua opinião sobre essa especialidade.

Com base nos resíduos padronizados, pode-se notar que a quantidade de estudantes na turma 12 que não têm uma opinião formada é acima do esperado, com resíduo padronizado de

2,38; já na opinião de que a carreira é “Boa,” apresentou uma quantidade abaixo do esperado, com o resíduo de $-1,47$.

Por outro lado, na turma 1, nenhum estudante apresentou dúvidas sobre a carreira em MFC, representado pelo resíduo padronizado abaixo do esperado na opinião “Não sei,” $-2,76$. Houve também uma maior escolha pela opção de que a carreira em MFC é “Boa,” com um resíduo de $1,71$.

Isso sugere que acadêmicos concluintes têm uma opinião formada sobre a carreira em medicina da família e a julgam como boa, já discentes que se encontram no primeiro semestre ainda não possuem uma opinião formada sobre a MFC.

Tabela 4 – Percepção sobre a Carreira em MFC

Opinião sobre a Carreira	Turma 12		Turma 1		P-valor
	Qtd	Resíduo Padronizado	Qtd	Resíduo Padronizado	
Boa	19	-1,47	27	1,71	< 0,000
Excelente	4	-0,02	3	0,02	
Não sei	18	2,36	0	-2,76	
Regular	13	-0,08	10	0,09	
Ruim	2	0,20	1	-0,24	

Fonte: Teste de qui-quadrado com estimação de Monte Carlo

4.1.2.3 Seguiria a Especialidade MFC

Tabela 5 – Seguiria a Especialidade Medicina de Família e Comunidade

Seguiria a Especialidade	Turma 12		Turma 1		P-valor
	Qtd	Resíduo Padronizado	Qtd	Resíduo Padronizado	
Não	35	1,16	20	-1,21	< 0,000
Sim	7	0,77	3	-0,81	
Talvez	3	-2,41	18	2,52	

Fonte: Teste de qui-quadrado com estimação de Monte Carlo

Na análise das variáveis “Seguiria a Especialidade Medicina de Família e Comunidade” e “Turma,” 1 célula (16,7%) apresentou o pressuposto de células com menos de 5 e, por isso, foi aplicada a estimação de Monte Carlo.

Observamos que a turma é uma variável associada, estatisticamente significativa, com a resposta “Seguiria a Especialidade,” isso significa que a turma que o estudante pertence influencia na sua decisão de seguir a especialidade MFC.

Com base nos resíduos padronizados, notamos que a quantidade de estudantes da turma 12 que não seguiriam a carreira é alta, pois apresenta resíduo de 1,16. Além disso poucos acadêmicos possuem dúvidas sobre seguir nessa carreira, apresentando um resíduo de -2,41.

Já para a turma 1, uma quantidade menor do que o esperado pelo teste estatístico não seguiria a especialidade. Por outro lado, uma quantidade acima do esperado eram estudantes duvidosos, com um resíduo de 2,52 (Tabela 5).

Pode-se concluir que uma boa parcela dos estudantes que estão na turma 12, isto é, no primeiro semestre, não cogita seguir essa especialidade, e poucos estão em dúvida sobre isso. Em contrapartida, na turma 1, composta por acadêmicos concluintes, menos estudantes cogitam não seguir a especialidade, e uma frequência maior que o esperado tem dúvida sobre seguir.

4.1.2.4 Influência da Matriz Curricular

Para avaliar como a matriz curricular e as vivências contribuíram na percepção do acadêmico sobre MFC utilizamos uma escala com 3 opções: influenciou negativamente; não influenciou; influenciou positivamente. Correlacionamos esses resultados com os obtidos em duas outras perguntas: uma sobre o interesse dos acadêmicos em se especializar em MFC; outra sobre como eles avaliariam a carreira em MFC (péssima; ruim; razoável; boa; excelente). Nesta etapa, avaliamos apenas a percepção dos acadêmicos do 12º semestre, pois os do 1º semestre ainda não vivenciaram todas as etapas da matriz curricular.

Quando cruzamos a variável “Percepção sobre a Carreira em MFC” com as variáveis “Vivências na UBS durante a IESC;” “Visitas Domiciliares durante a IESC;” “Habilidades;” “Vivências na UBS durante o Internato;” “Tutorial;” “Simulação Realística” e “Contato com um professor ou profissional modelo” obtivemos resultados de p-valor maiores do que 0,05 (Tabela 6), isto é, não há evidências para declarar que essas variáveis influenciaram na percepção dos discentes sobre a carreira em MFC.

Tabela 6 – Influências na Percepção sobre a Carreira em MFC

	Percepção sobre a Carreira em MFC				P-valor
	Ruim	Razoável	Boa	Excelente	
Vivências na UBS durante a IESC					
Influenciou negativamente	1 (2%)	1 (2%)	3 (7%)	1 (2%)	0,61
Não influenciou	1 (2%)	3 (7%)	3 (7%)	1 (2%)	
Influenciou positivamente	1 (2%)	9 (21%)	17 (40%)	1 (2%)	
Visitas Domiciliares durante a IESC					
Influenciou negativamente	2 (5%)	3 (7%)	5 (12%)	1 (2%)	0,44
Não influenciou	1 (2%)	1 (2%)	5 (12%)	1 (2%)	
Influenciou positivamente	0 (0%)	9 (21%)	13 (31%)	1 (2%)	
Tutorial					
Influenciou negativamente	0 (0%)	0 (0%)	3 (7%)	0 (0%)	0,42
Não influenciou	1 (2%)	9 (21%)	14 (33%)	3 (7%)	
Influenciou positivamente	2 (5%)	4 (10%)	6 (14%)	0 (0%)	
Habilidades					
Influenciou negativamente	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,91
Não influenciou	1 (2%)	8 (19%)	13 (31%)	2 (5%)	
Influenciou positivamente	2 (5%)	5 (12%)	10 (24%)	1 (2%)	
Simulações Realísticas					
Influenciou negativamente	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	0,64
Não influenciou	2 (5%)	7 (17%)	16 (38%)	3 (7%)	
Influenciou positivamente	1 (2%)	6 (14%)	6 (14%)	0 (0%)	
Vivências na UBS durante o Internato					
Influenciou negativamente	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,44
Não influenciou	1 (2%)	2 (5%)	1 (2%)	0 (0%)	
Influenciou positivamente	2 (5%)	11 (26%)	22 (52%)	3 (7%)	
Contato com um professor ou profissional modelo					
Influenciou negativamente	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	0,84
Não influenciou	1 (2%)	3 (7%)	3 (7%)	0 (0%)	
Influenciou positivamente	2 (5%)	10 (24%)	19 (45%)	3 (7%)	

Fonte: Teste de qui-quadrado com estimação de Monte Carlo

Similarmente, quando cruzamos a variável “Seguiria a Especialidade MFC” com as variáveis “Vivências na UBS durante a IESC;” “Visitas Domiciliares durante a IESC;” “Habilidades;” “Vivências na UBS durante o Internato;” “Tutorial” e “Simulação Realística” também obtivemos resultados de p-valor maiores do que 0,05 (Tabela 7), conseqüentemente, concluímos que essas variáveis não geram uma influência, seja positiva ou negativa, na decisão do acadêmico em seguir a especialidade em MFC.

Por outro lado, analisando a variável “Contato com um professor ou profissional modelo” médico de família e comunidade com a variável “Seguiria a Especialidade MFC” obtivemos um p-valor de 0,02 (Tabela 7), ou seja, o contato com o profissional modelo influenciou na decisão dos acadêmicos em seguir a especialidade.

Tabela 7 – Fatores influenciadores em Seguir a Especialidade MFC

	Seguiria a Especialidade MFC			P-valor
	Sim	Talvez	Não	
Vivências na UBS durante a IESC				
Influenciou negativamente	0 (0%)	3 (7%)	3 (7%)	0,44
Não influenciou	2 (5%)	2 (5%)	4 (10%)	
Influenciou positivamente	3 (7%)	16 (38%)	9 (21%)	
Visitas Domiciliares durante a IESC				
Influenciou negativamente	0 (0%)	6 (14%)	5 (12%)	0,62
Não influenciou	2 (5%)	3 (7%)	3 (7%)	
Influenciou positivamente	3 (7%)	12 (29%)	8 (19%)	
Tutorial				
Influenciou negativamente	1 (2%)	2 (5%)	0 (0%)	0,13
Não influenciou	1 (2%)	15 (36%)	11 (26%)	
Influenciou positivamente	3 (7%)	4 (10%)	5 (12%)	
Habilidades				
Influenciou negativamente	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,68
Não influenciou	2 (5%)	13 (31%)	9 (21%)	
Influenciou positivamente	3 (7%)	8 (19%)	7 (17%)	
Simulações Realísticas				
Influenciou negativamente	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	0,48
Não influenciou	2 (5%)	15 (36%)	11 (26%)	
Influenciou positivamente	3 (7%)	5 (12%)	5 (12%)	
Vivências na UBS durante o Internato				
Influenciou negativamente	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,77
Não influenciou	1 (2%)	2 (5%)	1 (2%)	
Influenciou positivamente	4 (10%)	19 (45%)	15 (36%)	
Contato com um professor ou profissional modelo				
Influenciou negativamente	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0,02
Não influenciou	1 (2%)	1 (2%)	5 (12%)	
Influenciou positivamente	3 (7%)	20 (48%)	11 (26%)	

Fonte: Teste de qui-quadrado com estimação de Monte Carlo

Podemos observar na tabela 8 (porcentagem marginal onde o 100% é a soma da linha), dentre os discentes que fariam a especialidade MFC, 60% declararam que o contato com o professor modelo foi um fator positivo na sua percepção sobre a especialidade, 20% declararam que não houve influência e 20% declararam que a influência foi negativa. Com relação aos indecisos quanto à especialidade médica, 95% apontaram o contato com o profissional modelo como algo motivador com relação à carreira em MFC e 5% foram indiferentes a esse fator. Por fim, para os acadêmicos que não escolheriam MFC, 69% afirmaram que o professor modelo

influenciou positivamente a sua percepção sobre a especialidade e 31% declararam que o contato não afetou sua percepção sobre a especialidade.

Tabela 8 – Interesse pela MFC x Contato com Profissional Modelo

Seguiria a Especialidade MFC	Contato com Profissional Modelo			Total
	Influenciou negativamente	Não Influenciou	Influenciou positivamente	
Não	0%	31%	69%	100%
Sim	20%	20%	60%	100%
Talvez	0%	5%	95%	100%

Fonte: Teste de qui-quadrado com estimação de Monte Carlo

O contato com um profissional modelo influenciou positivamente os estudantes a pensarem em seguir a especialização, mesmos aqueles que não escolheriam MFC apontaram que foi um fator de motivação a respeito da especialidade. A maior discrepância encontrada foi na análise dos resultados daqueles que decidiram seguir MFC, pois somente nesses casos encontramos a avaliação de motivação negativa para seguir a especialidade, podendo indicar que aqueles que optaram pela especialidade tiveram outros motivos externos ao questionário que justifica essa decisão.

4.1.3 Respostas Subjetivas

Os principais fatores relacionados à matriz curricular citados como positivos ou negativos na escolha do acadêmico por MFC foram sintetizadas na Quadro 3.

Como foi possível observar pelas frases ilustrativas, os fatores da matriz curricular citados como influenciadores na escolha do acadêmico por MFC foram a estrutura do curso de medicina do UniCEUB; o Internato com atividades na UBS; as atividades realizadas na IESC. Quanto ao Internato, o contato com o profissional modelo foi fator positivo e o contato com profissionais despreparados foi fator negativo na escolha pela especialidade, corroborando com os achados citados anteriormente na análise inferencial deste estudo. A grade curricular da IESC não foi citada como fator positivo, sendo avaliada como negativa, pois houve pouco contato com médicos de família e comunidade nessa fase do ensino.

Quadro 3 – Fatores Influenciadores na escolha por MFC

Fatores Influenciadores		
Subcategoria	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Estrutura do Curso	<ul style="list-style-type: none"> • “A faculdade foi bem voltada para a importância da saúde primária e fez a sua parte para incentivarmos e entendermos a importância.” 	<ul style="list-style-type: none"> • “O pouco enfoque que tivemos ao longo do curso, senti que apesar de investirem em uma formação generalista, o modelo de ensino pouco valorizou os aspectos humanos relacionados à medicina de família.”
Internato	<ul style="list-style-type: none"> • “Internato na UBS, professores que exercem a atenção básica de maneira correta e exemplar e o contato com centros de saúde que realmente funcionam bem e cumprem seu papel regional.” • “As visitas domiciliares e experiências obtidas durante o internato, pois tivemos a oportunidade de acompanhar uma médica da família por 2 meses em todas as suas atividades (grupos, visitas domiciliares, projetos educativos em escolas...).” • “Contato com médicos de família e internato na atenção básica.” 	<ul style="list-style-type: none"> • “Falta de especialistas na área que conheçam como a abordagem da medicina da família deve ser feita” • “Médicos da família são raríssimos e o descaso do governo é absurdo e extremamente desrespeitoso e desanimador para a área.”
IESC	<p>E os positivos daqui?</p> <p>Senti falta também da avaliação deles sobre a UBS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “A forma como o IESC é ministrada, pouco contato com médicos de família.” • “Maneira como a IESC é conduzida causa um desinteresse pela área de saúde da família.

Fonte: Questionário da pesquisa

4.2 Discussão

As características socioeconômicas dos acadêmicos nesta pesquisa foram semelhantes às de outros estudos. A maioria é solteira, do sexo feminino, sem filhos, possui renda familiar elevada, possui pais com ensino superior completo e tem algum familiar médico.

Observamos uma prevalência no sexo feminino (59%) neste estudo (Tabela 2), em consonância com pesquisas nacionais que têm demonstrado uma maior participação de mulheres na graduação em medicina: 66,6% na pesquisa de Issa (2013); 57,1% na de Tinoco *et al.* (2017); e 53% na de Neto *et al.* (2014). Estudos internacionais também têm apresentado essa tendência: 67,7% dos acadêmicos no ciclo clínico no Canadá (VANASSE *et al.*, 2011); 66% em Israel (NAIMER, 2018) e 66,9% na Alemanha (DEUTSCH *et al.*, 2015)

Apesar da maioria dos médicos brasileiros serem do sexo masculino, em torno de 54% em 2017, o aumento da participação feminina tem sido observado ao longo dos anos, crescendo de 35,8% para 45,6% entre 2000 e 2017 (SCHEFFER *et al.*, 2018). Isso corrobora com o processo de feminização da medicina, já relatado por outros estudos (ISSA, 2013; SCHEFFER *et al.*, 2018; TINOCO *et al.* 2017). Esse fenômeno também é observado na MFC no Brasil, onde as mulheres representavam 56,9% da força de trabalho em 2017 (SCHEFFER *et al.*, 2018).

A renda familiar dos entrevistados é elevada, 48% relatam renda acima de 20 salários mínimos (Tabela 2), resultados similares aos registros nacionais que apontam 31,2% dos estudantes de faculdades privadas com renda familiar acima de 21 salários mínimos (SCHEFFER *et al.*, 2018). Esses achados sugerem a elitização do curso de medicina em instituição privada, possivelmente relacionada aos altos custos das mensalidades.

A grande maioria dos entrevistados possui pelo menos um dos pais com ensino superior completo (83%), similar aos achados nacionais que apontam cerca de 65% (SCHEFFER *et al.*, 2018). Ademais, 62% possuem médicos na família, prevalecendo parentes de segundo grau (70%) e com alguma especialidade (94%), achado similar à pesquisa de Issa (2013) com 64% dos acadêmicos com médicos na família, sendo todos especialistas. Por outro lado, esses achados diferem dos dados nacionais, que apontam apenas 1/3 dos recém-formados com médicos na família (SCHEFFER *et al.*, 2018).

A especialidade MFC é pouco conhecida por discentes que estão iniciando o curso, porém muito bem conhecida pelos acadêmicos concluintes (Tabela 3). Ao contrário dos acadêmicos do primeiro semestre, os egressos possuem opinião formada sobre MFC e a julgam a carreira como sendo atrativa (Tabela 4), em conformidade com o estudo de Olid *et al.* (2012)

e Naimer *et al.* (2018) que sugerem a melhora da percepção do estudante de medicina sobre MFC com o decorrer do curso, quando ele é exposto às práticas da especialidade.

Este estudo sugere que a inserção precoce e contínua na APS durante o curso de medicina contribui para um maior entendimento sobre a carreira em MFC (Tabela 3) e uma parcela maior de acadêmicos interessados na área (Tabela 5), porém com menor grau de influência que a observada no contato com um docente modelo. Como foi exposto, mais acadêmicos do primeiro semestre não cogitam seguir a especialidade quando comparados aos acadêmicos concluintes, exemplificado pelos resultados dos resíduos padronizados de 1,16 e de -1,21 respectivamente (Tabela 5). Por outro lado, esse contato precoce com a APS não parece ter sido suficiente para estimular uma escolha mais expressiva por MFC como especialidade médica, apenas 3 acadêmicos concluintes escolheriam a especialidade, isto é, 7% da turma 1 (Tabela 5), em consonância com alguns estudos internacionais e nacionais sobre o tema (MAEYAMA & ROS, 2018; ISSA *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2014; NETO *et al.*, 2009; MELLO *et al.*, 2009; TINOCO *et al.*, 2017).

Dentre os fatores da matriz curricular estudados, apenas a vivência com um professor ou profissional modelo médico de família e comunidade foi estatisticamente significativo para a escolha do egresso pela carreira em MFC, com p-valor de 0,02 (Tabela 7). Em consonância com esses resultados, os estudos de Rohan-Minjares *et al.* (2015) e de Rodriguez *et al.* (2015) indicam que a exposição precoce e constante a profissionais modelos especializados em MFC favoreceria a escolha pela especialidade por acadêmicos. Porém, em nosso estudo, apesar do contato com um profissional modelo ter sido avaliado como fator influenciador na escolha pela especialidade MFC, alguns entrevistados ressaltam que ainda há “pouco contato com médicos de família” durante a graduação e “o modelo de ensino pouco valorizou os aspectos humanos relacionados à medicina de família” (Quadro 3), sugerindo que há a necessidade de uma maior inserção curricular de docente médico de família e comunidade ou adequação de cenários de prática desde os primeiros semestres do curso para possibilitar um maior contato com a especialidade.

Diversas universidades internacionais estão implementando estratégias para melhorar a percepção do acadêmico sobre MFC. A Escola de Medicina da Universidade do Novo México, Estados Unidos, implementou um programa que incentiva a maior participação do graduando na APS com a supervisão de preceptores e certificação do participante em Saúde Pública, além de um programa de 8 semanas de atividades em MFC no terceiro ano de curso. Ademais, posições de prestígio no Centro de Ciências da Saúde nessa universidade são preenchidas por médicos especializados em MFC. Consequentemente, a Universidade do Novo México se

encontra entre as 10 primeiras no ranking das universidades americanas em porcentagem de graduandos que escolhem residência em MFC (ROHAN-MINJARES *et al.*, 2015).

Em seu estudo, Rodriguez *et al.* (2015) busca entender o reconhecimento da MFC no Reino Unido, Canadá, França e Espanha. Identificou que o discurso sobre a profissão durante a vida universitária afeta a escolha da especialidade pelo acadêmico concluinte. A disciplina MFC era vista como prestigiosa, com grande demanda de conhecimento e habilidades no Reino Unido, porém é considerada uma área desprestigiada nos outros países avaliados. Concluiu que a reputação da especialidade e, conseqüentemente, a maior escolha da especialidade pelos graduandos depende de três fatores, quais sejam: 1) Exposição precoce e contínua à especialidade com profissionais modelo especialistas em MFC; 2) MFC ser uma disciplina acadêmica reconhecida; e 3) Prática em um sistema de saúde que promova boa remuneração e bom equilíbrio entre trabalho e vida pessoal (RODRIGUEZ *et al.*, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da crescente demanda por médicos especialistas em MFC, o número de profissionais ainda está aquém das necessidades. De acordo com a pesquisa “Demografia Médica no Brasil” de 2018, a especialidade teve significativa ampliação de oferta de vagas de residência médica, porém apenas 1,5% dos concluintes escolheram essa área, ficando em 14ª posição entre as mulheres e 15ª entre os homens. Com relação ao número de títulos de especialista, MFC corresponde a 1,4% de todos os títulos no território nacional, enquanto Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral e Ginecologia e Obstetrícia correspondem a 11,2%, 10,3%, 8,9% e 8% respectivamente (SCHEFFER, 2018).

A universidade tem papel fundamental no incentivo da escolha da MFC como especialidade. Estudos sugerem que isso pode ser alcançado fomentando a participação do discente na APS e aumentando o contato do acadêmico com a especialidade MFC durante toda a sua graduação de forma precoce e contínua (RODRIGUEZ *et al.*, 2015). Uma maior participação de médicos de família e comunidade nas diversas etapas da formação médica poderia ser uma estratégia para aumentar a interação do acadêmico com a especialidade.

Os objetivos de avaliar a influência da matriz curricular na percepção dos acadêmicos de medicina do UniCEUB acerca da MFC foram alcançados. Este estudo sugere que o contato com médicos de família e comunidade e a inserção precoce e contínua na atenção básica durante o curso de medicina contribuiu para um maior entendimento sobre a carreira em MFC e uma parcela maior de acadêmicos interessados nessa especialidade no UniCEUB.

Não obstante, ressaltamos como limitações deste estudo a avaliação transversal da realidade de apenas uma instituição e não serem analisados fatores extrínsecos ao curso de medicina que também podem influenciar a escolha da especialidade pelo egresso, como remuneração, plano de carreira e prestígio.

Por outro lado, futuras pesquisas podem ser desenvolvidas para revelar quais seriam outros fatores intrínsecos e extrínsecos à grade curricular que poderiam influenciar o egresso na escolha pela especialidade. Ademais, seria interessante o levantamento de dados regionais e nacionais, comparando resultados entre instituições particulares e públicas de diferentes áreas do Brasil.

Diante dessas considerações, numa esfera institucional, compreender a influência da matriz curricular nas percepções dos discentes oferece subsídios para nortear ações para o fortalecimento do plano de ensino. Já em âmbito nacional, pesquisas sobre a

temática podem auxiliar na compreensão dos fatores da realidade brasileira que influenciam a escolha da especialidade pelo egresso, auxiliando, assim, no desenvolvimento de intervenções eficazes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 12, p. 2234-2249, Dec. 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2018.
- ANDERSON, Maria Inez Padula; ARMADILLO, Maria de Lourdes Rojas; DÍAZ, Niurka Taureaux.; FUENTES, Maria Sofia. Cobertura universal en salud, atención primaria y medico familiar. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.11, 2016. Disponível em <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/1276/752>. Acesso em: 10 maio 2018.
- ANDERSON, Maria Inez Padula; DEMARZO, Marcelo Piva; RODRIGUES, Ricardo Donato. A medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.3, nº 11, 2007. Disponível em <https://rbmf.org.br/rbmfc/article/view/334>. Acesso em: 10 maio 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. E-Gestor Atenção Básica: **Cobertura da Atenção Básica**, 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 9 jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde: **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em 29 jul. 2018.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 27 jul. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS n. 4**. Brasília-DF, 2008. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/13/Painel-4.pdf>. Acesso em: 9 de jul 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em 29 jul. 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n.o 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em 29 julho de 2018.

BRASIL. **Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial: 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 10 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n.º 3, de 20 de junho de 2014**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 6 jun. 2014; Seção 1, p.17. 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: 10 maio 2018.

CASSEL, Christine K; REUBEN, David B. Specialization, subspecialization, and subspecialization in internal medicine. **The New England Journal of Medicine**. 364: 12, 1169-1173, 2011. DOI: 10.1056/NEJMs1012647. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs1012647>. Acesso em: 15 maio 2018.

COSTA, José Roberto Bittencourt *et al.* A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 38 (1): 47-58; 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000100007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 julho 2018.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO (DOU). Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior. **Portaria nº 132 de 20 de março de 2013**. Disponível em: <https://www.slmandic.edu.br/wp-content/uploads/2018/11/Portaria-Autorização-Medicina-2013.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2018.

DEUTSCH, Tobias *et al.* Who wants to become a general practitioner? Student and curriculum factors associated with choosing a GP career--a multivariable analysis with particular consideration of practice-orientated GP courses. *Scandinavian journal of primary health care* vol. 33,1: 47-53, 2015. doi:10.3109/02813432.2015.1020661. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4377739/>. Acesso em 10 jul. 2019.

ISSA, Afonso Henrique Teixeira Magalhães. **Percepções discentes sobre a estratégia de saúde da família e a escolha pela especialidade de medicina de família e comunidade**, 2013. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Goiás. Goiânia – GO, 2013. Disponível em: [https://ensinosaude.medicina.ufg.br/up/151/o/Dissertação_Afonso_Henrique_\(Revisada_e_Fomatada\).pdf](https://ensinosaude.medicina.ufg.br/up/151/o/Dissertação_Afonso_Henrique_(Revisada_e_Fomatada).pdf). Acesso em: 29 ago. 2018.

ISSA, Afonso Henrique Teixeira Magalhães, GARCIA-ZAPATA, Marco Tulio Antonio; ROCHA, Andre de Castro *et al.* Fatores para escolha de medicina de família por estudantes. **Revista Educ. Saúde** 5 (2): 56-65, 2017. Disponível em: <https://www.periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/2647>. Acesso em: 29 ago. 2018.

JUNIOR, Robert L Phillips *et al.* Specialty and geographic distribution of the physician workforce: what influences medical student and resident choices? The Robert Graham Center. *Policy Studies in Family Medicine and Primary Care*, 2009. Disponível em:

<https://www.graham-center.org/dam/rgc/documents/publications-reports/monographs-books/Specialty-geography-compressed.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

MAEYAMA, Marcos Aurélio; ROS, Marco Aurélio da. Estilos de pensamento na escolha da especialidade médica e sua correlação com as políticas de provimento para a atenção básica à saúde: Um estudo de caso. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 42:2, 89-99, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022018000200089&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 abr 2018.

MASSOTE, Alice Werneck; BELISARIO, Soraya Almeida; GONTIJO, Eliane Dias. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 445-453, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 de abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000400002>.

MELLO, Guilherme Arantes; MATTOS, Augustus Tadeu Relo de.; SOUTO, Bernardino Geraldo Alves; *et al.* Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 33 (3): 475-482, 2009. Disponível em: <http://www.telessaudeam.org.br/downloads/medico%20da%20familia.pdf>. Acesso em: 10 de abr. 2018.

NAIMER, Sody; PRESS, Yan; WEISSMAN, Charles *et al.* Medical student's perceptions of career in family medicine. **Israel Journal of Health Policy Research**, 7: 1, 2018. DOI: 10.1186/s13584-017-0193-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5808391/>. Acesso em: 30 set. 2018.

NETO, José Antônio Chehuen *et al.* Formação médica generalista: percepção do profissional e do estudante. **HU Revista**, Juiz de Fora, 40: 1 e 2, p. 15-25, 2014. Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2095>. Acesso em: 30 set. 2018.

NETO, Pedro Gomes Cavalcante; LIRA, Geison Vasconcelos; MIRANDA, Alcides Silva de. Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 198-204, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200006>.

OLID, Anna Selva *et al.* Medical students' perceptions and attitudes about family practice: a qualitative research synthesis. **BMC Medical Education**, 12:81, 2012. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-12-81>. Acesso em: 20 abr. 2018. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-81>

OLIVEIRA, Vinicius Gomes de *et al.* Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. **Revista Me. Fm. Comunidade**. 9 (30): 85-88, 2014. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/850>. Acesso em: 20 abr. 2018.

OMS-UNICEF. **Cuidados primários em saúde: Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, URSS. Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília, 1979. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=ED577C6D239D9C64A545850D194E88F9?sequence=5. Acesso em: 10 maio 2018.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio Da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 32 (4): 492-499, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12>. Acesso em: 10 maio 2018.

RAWAF, Salman; MAESENEER, Jan De; STARFIELD, Barbara. From Alma-Ata to Almaty: a new start to primary health care. *The Lancet*, online, v. 372: 1365-1367, 2008. DOI:10.1016/S0140-6736(08)61524-X. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61524-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61524-X/fulltext). Acesso em: 10 maio 2018.

RODRIGUEZ, C. *et al.* The influence of academic discourses on medical students' identification with the discipline of family medicine. **Academic Medicine**, 90: 660–670, 2015. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000572. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25406604>. Acesso em: 20 maio 2018.

ROHAN-MINJARES, F.; ALFERO, C.; KAUFMAN, A. How medical schools can encourage students' interest in family medicine. **Academic Medicine**, 90:553–555, 2015. DOI:10.1097/ACM.0000000000000569. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25406601>. Acesso em: 20 maio 2018.

SCHEFFER, Mario *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de medicina, 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

STARFIELD, Barbara. Primary care: an increasingly importante contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. **Gac Sanit**, 26(s): 20-26, 2012. DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.10.009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22265645>. Acesso em: 25 out. 2018.

TINOCO, Aline Stela; OLIVEIRA, Inajara Carla; CUTOLO, Luiz Roberto Agea.; MAEYAMA, Marcos Aurélio. Percepção dos estudantes de medicina acerca da residência em medicina de família e comunidade. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**. V 4, n1, 2017. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/download/11822/6796>. Acesso em: 20 out. 2018.

UNICEUB. **A instituição**. Disponível em: <https://www.uniceub.br/institucional/a-instituicao.aspx> . Acesso em: 29 abr. 2018

UNICEUB. **Medicina: matriz curricular 2013**. Disponível em: <https://www.uniceub.br/cursos/saude/graduacao/medicina/disciplinas-e-professores.aspx> Acesso em: 29 abr. 2018

VANASSE, Alain et al. Attractiveness of family medicine for medical students: influence of research and debt. **Canadian family physician Medecin de famille canadien** vol. 57,6 216-27, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3114693/>. Acesso em 10 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2008: primary health care - now more than ever**, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2008/en/>. Acesso em: Acesso em: 29 abr. 2018.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECITO – TCLE

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: **“Percepção dos Estudantes de Medicina do UniCEUB sobre Medicina de Família e Comunidade”** sob responsabilidade da Profa. Ma. Debora Dornelas Belchior Costa Andrade e acadêmica Ellen Tiekó Tsugami Dalla Costa, graduanda do curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

O objetivo desta pesquisa é compreender a influência de uma matriz curricular que segue as recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 e 2014 na percepção dos acadêmicos de medicina do UniCEUB sobre Medicina de Família e Comunidade.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que possam identificá-lo(a). O(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão feita pela pesquisadora que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

O(a) senhor(a) responderá um questionário semiestruturados com perguntas sobre seu perfil socioeconômico, medicina de família e comunidade e aspirações profissionais. O tempo estimado para realização do questionário é de 15 minutos.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição de Ensino Superior UniCEUB podendo ser publicados posteriormente em congressos ou revistas científicas. Os dados e materiais físicos e digitais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável por cinco anos após o término da pesquisa.

Acredita-se que a proposta contida neste projeto de pesquisa, bem como sua condução, não ocasionará riscos e nem benefícios diretos para os participantes. A qualquer momento, se for detectado ou percebido algum risco ou dano psicológico ou à saúde dos participantes, a sua participação será anulada e a pesquisa imediatamente interrompida.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, envie um e-mail para ellentsugami@hotmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB, número do protocolo _____. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos também pelo telefone: (61) 3966-1511 ou e-mail: cep.uniceub@uniceub.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o voluntário da pesquisa.

Brasília, _____ / _____ /2019

Assinatura do(a) participante

Ellen Tiekko Tsugami Dalla Costa - Pesquisadora

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO

Código do acadêmico na pesquisa: _____ (item preenchido pelo pesquisador)

PERFIL SOCIOECONÔMICO

A. Sexo: 1.() Feminino 2.() Masculino

B. Idade: _____

C. Estado Civil:

1.() Solteiro 2.() Casado/Convivente 3.() Divorciado/Separado 4.() Viúvo

D. Tem filhos? 1.() sim 2.() não

1. Se sim, quantos? _____ 2. Qual a idade? _____

E. Grau de escolaridade dos pais (permitido assinalar mais de uma opção)

1.() Nenhuma escolaridade (não alfabetizada)

2.() Ensino fundamental completo

3.() Ensino fundamental incompleto

4.() Ensino médio completo

5.() Ensino médio incompleto

6.() Ensino superior completo

7.() Ensino superior incompleto

8.() Pós-graduação completa

9.() Pós-graduação incompleta

F. Possui médico na família? 1.() sim 2.() não. Se sim:

1.() Parente de 1º grau (pais ou irmãos). É especialista? 1.() sim 2.() não

2.() Parente de 2º grau (tios, avós ou primos). É especialista? 1.() sim 2.() não

G. Renda Familiar:

1.() Até 2 salários mínimos (até R\$ 1.908,00)

2.() Mais de 2 até 5 salários mínimos (De R\$ R\$ 1.908,00 até R\$ 4.770,00)

3.() Mais de 5 até 7 salários mínimos (De R\$ 4.770,00 até R\$ 6.678,00)

- 4.() Mais de 7 até 10 salários mínimos (De R\$ 6.678,00 até R\$ 9.540,00)
5.() Mais de 10 até 15 salários mínimos (De R\$ 9.540,00 até R\$ 14.310,00)
6.() Mais de 15 salários até 20 mínimos (De 14.310,00 até R\$ 19.080,00)
7.() Mais de 20 salários mínimos (mais de R\$ 19.080,00)

PERCEPÇÕES

A. Você conhece a especialidade Medicina de Família e Comunidade?

- 1.() sim 2.() não

B. A Carreira em Medicina de Família e Comunidade é:

- 1.() Excelente 2.() Boa 3.() Regular 4.() Ruim 5.() Péssima

C. Pontue de 0 a 3 a contribuição dos seguintes fatores para seu entendimento sobre Medicina de Família e Comunidade:

1:Influenciou negativamente / 2:Não influenciou /3: Influenciou positivamente

- 1.() Vivências na UBS durante a IESC;
2.() Visitas Domiciliares durante a IESC;
3.() Habilidades;
4.() Vivências na UBS durante o Internato;
5.() Tutorial;
6.() Contato com um professor ou profissional modelo;
7.() Simulação realística.

D. Liste fatores da matriz curricular que te motivam a escolher Medicina de Família e Comunidade como especialidade:

E. Liste fatores da matriz curricular que te desmotivam a escolher Medicina de Família e Comunidade como especialidade:

F. Você escolheria Medicina de Família e Comunidade como sua especialidade?

ANEXO A
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DO UNICEUB SOBRE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Pesquisador: Debora Domelas Belchior Costa Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02294818.4.0000.0023

Instituição Proponente: Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.077.685

Apresentação do Projeto:

A despeito da crescente demanda por médicos especialistas em medicina de família e comunidade (MFC), estudos nacionais e internacionais pressupõem pouco interesse dos acadêmicos concluintes de medicina pela especialidade.

Método: Trata-se de um estudo qualitativo-quantitativo de cunho exploratório e transversal. Realizado por levantamento de dados após aplicação de questionário semiestruturado que contém três temas maiores: Perfil Socioeconômico; Percepção do Discente; e Aspirações Profissionais. Após a coleta, os dados serão submetidos à análise. Espera-se, ao apontar as áreas que propiciaram experiências negativas na percepção dos acadêmicos, colaborar com o refinamento das atividades acadêmicas na Atenção Primária à Saúde durante a graduação.

Segundo os pesquisadores: Serão incluídos na amostra todos os estudantes do primeiro e do décimo primeiro semestres que estiverem interessados em participar da pesquisa.

Critério de Exclusão: Serão excluídos todos os alunos de outros períodos ou aqueles que se recusarem a participar da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a influência de uma matriz curricular que segue as recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 e 2014 na percepção dos graduandos de medicina do UniCEUB

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.110, 1º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 3.077.685

sobre Medicina de Família e Comunidade.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil socioeconômico dos acadêmicos de medicina participantes; Registrar a percepção do acadêmico do primeiro e do décimo primeiro semestres de medicina do UniCEUB sobre Medicina de Família e Comunidade; Levantar e Avaliar a percepção do acadêmico de ambos os semestre de medicina do UniCEUB sobre os fatores que influenciaram na escolha ou não por Medicina de Família e Comunidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores: acredita-se que a proposta contida nesse projeto de pesquisa bem como sua condução não ocasionarão riscos diretos para os participantes.

Benefícios: A compreensão das percepções do estudante de medicina nas diferentes fases do curso oferecendo importantes subsídios sobre a influência positiva ou negativa da experiência acadêmica na escolha da MFC por seus estudantes concluintes na graduação. Pesquisas nacionais sobre a temática podem auxiliar no entendimento dos fatores da realidade brasileira que influenciam a escolha do acadêmico concluinte, auxiliando, assim, no desenvolvimento de intervenções eficazes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia de Análise de Dados:

Será feita a análise descritiva com verificação de frequências relativas e absolutas, medidas de tendência central e de dispersão, associação de variáveis categóricas utilizando o teste qui-quadrado de Pearson. Para as variáveis numéricas será adotado o teste t de student para comparação de médias ou o teste alternativo não-paramétrico Mann-Whitney caso os dados não tenham distribuição normal. A normalidade dos dados será analisada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para todos os testes estatísticos será considerado o nível de significância $p < 0,05$. Posteriormente, serão realizadas análises multivariadas a serem definidas após análises exploratórias dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou Folha de Rosto, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Cronograma, Questionário.

Recomendações:

O CEP-UniCEUB ressalta a necessidade de desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o protocolo avaliado e aprovado, bem como, atenção às diretrizes éticas nacionais quanto ao às

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.110, 1º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 3.077.685

Resoluções nº 446/12 e nº 510/16 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- I - apresentar o protocolo devidamente instruído ao sistema CEP/Conep, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa, conforme definido em resolução específica de tipificação e gradação de risco;
- II - desenvolver o projeto conforme delineado;
- III - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- IV - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela Conep a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- V - encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- VI - elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- VII - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança, interrupção ou a não publicação dos resultados.

Observação: Ao final da pesquisa enviar Relatório de Finalização da Pesquisa ao CEP. O envio de relatórios deverá ocorrer pela Plataforma Brasil, por meio de notificação de evento. O modelo do relatório encontra-se disponível na página do UniCEUB

http://www.uniceub.br/instituicao/pesquisa/ins030_pesquisacomitebio.aspx, em Relatório de Finalização e Acompanhamento de Pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser iniciado depois que a pesquisadora responsável incluir no TCLE os seus contatos, bem como a sua assinatura.

Apesar da pesquisa não apresentar acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, lembramos que toda pesquisa implica em risco, mesmo que mínimo.

O Cronograma da pesquisa informa que a coleta de dados estava prevista para o mês de dezembro. No entanto, o CEP-UniCEUB entende que os pesquisadores que submetem seus projetos na Plataforma Brasil assumem o compromisso de iniciar a coleta de dados após a aprovação do projeto pelo Sistema CEP-CONEP.

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.110, 1º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 3.077.685

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo previamente avaliado, com parecer n. 3.063.780/18, tendo sido homologado na 21ª Reunião Ordinária do CEP-UniCEUB do ano, em 23 de novembro de 2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1182093.pdf	01/11/2018 14:13:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	porjeto_pic_final.docx	01/11/2018 14:10:54	Debora Dornelas Belchior Costa Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/11/2018 14:10:09	Debora Dornelas Belchior Costa Andrade	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/11/2018 13:35:59	Debora Dornelas Belchior Costa Andrade	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 12 de Dezembro de 2018

**Assinado por:
Marília de Queiroz Dias Jacome
(Coordenador(a))**

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.110, 1º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br