

# *Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira*

## *The Family Physician: to be or not to be? Dilemmas related to career choice*

Guilherme Arantes Mello<sup>I</sup>  
Augustus Tadeu Relo de Mattos<sup>I</sup>  
Bernardino Geraldo Alves Souto<sup>II</sup>  
Bruno José Barcellos Fontanella<sup>II</sup>  
Marcelo Marcos Piva Demarzo<sup>II</sup>

### RESUMO

A Estratégia Saúde da Família é responsável por reorganizar o Sistema Único de Saúde brasileiro por meio da Atenção Primária. O aumento substancial de programas e vagas para residência em Medicina de Família e Comunidade, ocorrido desde 2002, é uma das estratégias para suprir o crescente mercado de trabalho correspondente. Entretanto, menos da metade dessas vagas são ocupadas. A literatura brasileira apresenta poucas evidências sobre o motivo desta baixa procura. Alguns países que optaram pelo fortalecimento da Atenção Primária em seu sistema de saúde também experimentam uma crise aparente na escolha desta carreira pelos egressos médicos. Neste ensaio, revisamos algumas questões envolvidas nesta escolha, apontando sua complexidade e a necessidade de investigações sistematizadas sobre as motivações dos alunos de graduação em optarem ou não por esta especialidade médica, particularmente no Brasil.

### ABSTRACT

The Family Health Strategy is responsible for supporting the reorganization of Brazil's Unified National Health System (SUS) through primary care. A substantial increase in available residency positions in family and community medicine is one of the main strategies for supplying the growing professional demand related to this health policy. However, few medical students have chosen the family health career in recent years, and more than half of the vacancies remain unoccupied. The Brazilian literature shows little evidence to explain this fact. Some countries with a strong background in primary health care have also experienced a crisis in the primary care career choice. The current article discusses several arguments involved in this issue, emphasizing its complexity and the need for more scientific data concerning undergraduate students' motivations in choosing this medical specialty as compared to others, particularly in Brazil.

### PALAVRAS-CHAVE

- Medicina de Família e Comunidade
- Internato e Residência
- Medicina Comunitária
- Atenção Primária à Saúde
- Educação Médica

### KEY WORDS

- Family practice
- Internship and residency
- Community medicine
- Primary health care
- Medical education

Recebido em: 14/04/2008  
Reencaminhado em: 24/10/2008  
Reencaminhado em: 18/12/2008  
Aprovado em: 29/12/2008

<sup>I</sup> Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a “Atenção Básica” (AB) – neste texto utilizada de modo indistinto de “Atenção Primária (AP)” – foi redefinida como parte central do sistema e responsável por sua reorientação. Em meados da década de 1990, diante do tensionamento da crise da saúde, foi instituído o Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>1</sup>, logo expandido como estratégia prioritária para toda a AB do SUS<sup>2</sup>.

Esta opção contrastava fortemente com o modelo predominante do ensino biomédico, eminentemente terciário, numa lógica de ensino de subespecialidades para graduação<sup>3</sup>. A residência médica, uma das etapas mais representativas e sedimentadas na formação do médico, reforçava esta perspectiva. Num primeiro momento, optou-se por não trabalhar ativamente as transformações dentro das escolas médicas, dada a convicção de que era preferível agir na organização dos serviços de saúde e na prática assistencial, que teriam maior poder de determinação sobre os currículos de graduação<sup>4</sup>.

Incentivos financeiros e uma remuneração atraente foram utilizados para aumentar a adesão dos municípios e profissionais de saúde à nova estratégia<sup>2</sup>. Isto, por sua vez, deixava cada vez mais claro que o modelo especializado de formação não se adequava à nova política de saúde e que seriam necessárias mudanças estruturais no ensino para o sucesso em longo prazo. Antigas e prolongadas discussões sobre a formação médica e a medicina de família passaram a ter grande significado<sup>4</sup>. Na tentativa de melhorar a situação, foram organizados cursos de especialização multiprofissional<sup>5</sup>, mas com pouca influência na formação de base, além de gerar duplicidade de esforços e investimentos públicos na formação de um mesmo profissional.

Em concordância com as linhas gerais traçadas pelo PSF, um painel de profissionais da saúde, gestores e docentes vislumbrou pelo menos dois grandes desafios de sustentabilidade: a implantação de um currículo de graduação generalista voltado para o cuidado integral e uma opção significativa dos egressos pela carreira de medicina de família<sup>6</sup>. Não sem razão, pois, na ausência de um egresso formado sob estas bases referenciais, é provável que boa parte dos esforços da residência continue a ser direcionado para a reordenação de uma graduação fragmentada e para reorientações básicas sobre o modelo de cuidado.

O debate em torno da formação generalista sempre teve dificuldades em se fortalecer no País. Nas décadas de 1970 e 80, as discussões se intensificaram, mas com baixa potência transformadora, o que seria explicado por sua desvinculação dos movimentos políticos da saúde<sup>4</sup>. Embora coerente, trata-se de um argumento situacional, uma vez que a medicina de família encontrou campo fértil

em países capitalistas centrais. O resultado prático é que a grande maioria dos médicos inseridos no PSF não teve treinamento específico para a complexidade da AB<sup>7</sup>, e esta falta de orientação nas políticas de formação acabou se tornando um limitador na expansão das equipes. Não é demais lembrar que os investimentos neste setor são sempre em médio e longo prazo<sup>4</sup>.

Foi Arouca<sup>8</sup>, em seu brilhante “Dilema Preventivista”, quem melhor analisou a medicina como prática social e sua matriz discursiva como prática ideológica. Conclamou a necessidade de uma nova “atitude” na qual a medicina preventiva, como prática discursiva, muito longe de reduzida a uma conduta, subsumiria ao enovelar o próprio conceito de medicina. Vislumbrava as iniciativas da medicina comunitária como possibilidades de “operacionalização-demonstração” do discurso preventivista, com o desenvolvimento de nova positividade e relações extradiscursivas, embora restritas, então, aos limites da experiência e sujeitas às tendências da racionalização<sup>8</sup>. Preocupado com a extensão de seu objeto filosófico, não se ocupou com denominações específicas da formação médica, mas é possível entrever claras identificações de suas ideias com a atual figura do médico de família.

A nosso ver, em sua competência e ideologia – ainda que imatura –, o médico de família representa uma das maiores possibilidades de mudanças de “atitude” na saúde pública brasileira, incluindo formação e serviço. Seu ideário inclui excelência técnica; continuidade e coordenação do cuidado de doenças crônicas, iniciais ou indefinidas; integralidade do cuidado; diálogo com a comunidade; trabalho em equipe; resistência à medicalização; e, especialmente significativo entre nós, a AB como sua opção clínica definitiva<sup>9</sup>.

Este artigo configura-se metodologicamente como um ensaio, onde buscamos analisar criticamente algumas variáveis e dilemas enfrentados na escolha da residência em medicina de família e comunidade, contextualizando a questão nos panoramas brasileiro e internacional. Não foi nossa intenção, portanto, sistematizar a busca bibliográfica para abranger todo o conhecimento disponível sobre o tema. O objetivo é catalisar sua reflexão inicial, com o intuito de mais bem delimitá-lo como objeto de estudo. Esta delimitação constitui o primeiro passo na formulação de problemas de pesquisa mais específicos para futuras abordagens empíricas.

## A TRAJETÓRIA DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL

Os primeiros programas de residência em Medicina Geral Comunitária (MGC) iniciaram suas atividades em 1976, em Recife (Vitória de Santo Antão), Porto Alegre e Rio de Janeiro<sup>10</sup>. Em

1981, os programas foram credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, em 1986 a área foi reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina, e em 2002 pela Associação Médica Brasileira<sup>11</sup>.

Esta especialidade sofreu resistência tanto de setores da sociedade identificados com uma ideologia liberal, quanto de setores progressistas. Para o movimento de saúde coletiva, a medicina comunitária era identificada como proposta política reducionista de agências financiadoras internacionais para a área da saúde pública<sup>12,13</sup>. Esta resistência culminou com a quase extinção desses programas na década de 1990, em função do corte de todas as bolsas que eram destinadas a esse fim<sup>13</sup>. Mais recentemente, resistências dessa ordem ainda têm sido identificadas, em particular nas corporações profissionais médicas e de enfermagem<sup>2</sup>.

Fortalecida pela estratégia Saúde da Família, em 2002 a especialidade passou a ser denominada Medicina de Família e Comunidade (MFC), ao mesmo tempo em que os programas de residência se multiplicavam. Os dados disponibilizados pelo MEC mostram que o número de programas de residência na área passou de 28 em 2002, para 65 em 2007, com o devido aumento de vagas de 185 para 560<sup>14</sup>. São Paulo, importante polo formador, que contou com apenas um programa de residência em MGC em meados da década de 1990, apresentava 16 programas em MFC com 112 vagas em 2007<sup>14</sup>. Apesar deste crescimento, proporcionalmente a participação ainda é pequena e insuficiente, já que o número de equipes de saúde da família cresceu de 16.698 para 27.324 no mesmo período<sup>15</sup>.

Para efeito de comparação, o sistema canadense, fortemente regulado pela AP, procura manter a relação de 50% entre a oferta de vagas para medicina de família e as demais especialidades. Coerente com esta ótica, a oferta de 854 vagas para residência em medicina de família supera a soma do número de vagas destinadas às outras especialidades gerais: medicina interna, ginecologia-obstetrícia e pediatria, com 346, 80 e 109 vagas, respectivamente<sup>16</sup>. No Brasil, em 2007 foram ofertadas 571 vagas para MFC; 1.473 para clínica médica; 1.046 para pediatria e 794 para ginecologia-obstetrícia<sup>13</sup>.

Não obstante, a verdade é que, mesmo com uma oferta menor que os demais, os programas de residência em MFC encontram dificuldade real em preencher suas vagas. Segundo o Ministério da Educação, menos da metade destas vagas estão ocupadas, e essa ociosidade se torna mais relevante quando levamos em consideração o déficit global de vagas de residência médica<sup>17</sup>.

Esta situação explícita que o incremento isolado da oferta de vagas, embora importante, é insuficiente para reverter a tendência histórica da subspecialização. O fator crítico neste processo

é que haja uma procura efetiva pelas vagas ofertadas e que esta procura se sustente ao longo dos anos.

Então, de que forma atrair os formandos médicos para a residência em MFC? Quais são os possíveis fatores envolvidos nessa escolha? Estas não são questões exclusivas do Brasil e do SUS, como veremos a seguir.

## O PANORAMA INTERNACIONAL

Está em curso um movimento com o intuito de fortalecer a participação da AP em sistemas de saúde de vários países<sup>18,19</sup>. Gestada em Alma-Ata<sup>20</sup> em 1978, esta mudança foi reforçada nas décadas seguintes por estudos de custo-efetividade<sup>21</sup>. Mesmo sistemas considerados equitativos têm se reorganizado neste sentido, preocupados com o envelhecimento populacional e consequente aumento na prevalência de comorbidades crônicas. Assim é que o sistema de saúde japonês, já reconhecido pela OMS como um dos melhores do mundo, traçou uma estratégia de reorientação para a AP, introduzindo a medicina de família como uma das estratégias para manter a equidade no cuidado<sup>22</sup>. Fato interessante, a África do Sul, berço da atenção primária orientada à comunidade, se volta apenas tardiamente para a medicina de família<sup>23</sup>.

Curiosamente, ao mesmo tempo em que se busca o redirecionamento dos sistemas de saúde, alguns países observam com apreensão o declínio na escolha de carreiras ligadas à AP<sup>24-29</sup>. Entre eles, países emblemáticos no debate da medicina de família, como Canadá e Cuba.

Nos EUA, após um crescimento significativo de médicos de família na década de 1990, a opção pelas áreas básicas vem caindo progressivamente desde 1998, prevendo-se uma crise real na medicina primária caso não se consiga atrair os estudantes para carreiras da AP<sup>29-31</sup>. Entre as principais causas, estão a remuneração e a sobrecarga de trabalho<sup>32</sup>, influenciadas ainda pelo esforço necessário para manter a integralidade do cuidado, se comparadas à recompensa financeira da clínica centrada em procedimentos<sup>33</sup>. Projeções recentes mostraram que a medicina da atenção primária nos EUA deverá ser ocupada por mulheres, estrangeiros e médicos osteopáticos<sup>34</sup>. Experiência educacional e estilo de vida foram fortemente relacionados à escolha da especialização em clínica médica<sup>35</sup>. Por outro lado, foi sugerido que mesmo experiências positivas em medicina de família poderiam paradoxalmente se tornar desencorajadoras para os estudantes, em função da grande responsabilidade e esforços necessários para manter um atendimento de ótima qualidade aos pacientes<sup>25</sup>.

Na Inglaterra, não tem sido muito diferente com os GPs (general practitioners). Há poucos anos entrou em vigor um novo

contrato de trabalho para os médicos, em face de um descontentamento crescente<sup>36</sup>. Em 2001, um estudo nacional sobre a satisfação do médico, respondido por 23.521 GPs, mostrou que mais de 25% consideravam seriamente deixar a prática generalista; 46% não recomendariam a carreira para estudantes e jovens médicos; e cerca de metade planejava se aposentar antes dos 60 anos, em contraste com os 18% que tinham estes planos desde o início da carreira. Isto, apesar de admitirem que o cuidado médico oferecido na ocasião era melhor do que em anos anteriores e 78% acharem que a qualidade da assistência hospitalar estava em declínio<sup>37</sup>.

No Canadá, tanto a população quanto os estudantes de Medicina manifestam uma visão bastante positiva e valorosa do médico de família. Por exemplo, em 2003, dois terços dos canadenses acreditavam que seu médico de família era a pessoa mais importante quando questionados sobre a relevância de todos os aspectos no cuidado a sua saúde<sup>38</sup>. Apesar dessa valoração, houve um declínio progressivo na escolha da carreira de médico de família. Na década de 1980, cerca de 40% dos graduados escolheram medicina de família como primeira opção de residência. Em 1996, este número caiu para 32% e para 24% em 2003<sup>24</sup>. Carga de trabalho excessiva, remuneração insuficiente e dificuldade em redirecionar a carreira estariam no centro da questão<sup>24,39</sup>, além de fatores como a impressão de baixo estímulo intelectual e aproximação com o campo de enfermagem<sup>24</sup>. A presidente da Federação Canadense de Estudantes de Medicina em 2003, que fez opção pela medicina de família, coloca em questão o baixo status como um dos principais fatores. Segundo observa, a menor remuneração aliada à mensagem de que a medicina de família é uma carreira de menor prestígio que as outras especialidades “é a receita do desastre”<sup>40</sup>.

O declínio na escolha da carreira de medicina familiar também foi descrito em Cuba. Entre as explicações, a falta de reconhecimento da especialidade; financiamento desproporcional da atenção terciária; baixo *status* profissional e falta de lideranças e de modelos de identificação na medicina de família<sup>41</sup>.

A decrescente procura por carreiras da AP não pode ser tomada como sinônimo de descrédito ou insatisfação com a prática da medicina de família, seja sob o olhar profissional ou social. De modo geral, as desilusões profissionais versam predominantemente na direção das opções políticas e administrativas que envolvem a área<sup>42</sup>. Quando o assunto se restringe ao exercício da clínica generalista, predominam pontos de vista eminentemente positivos, e as adversidades são vistas como parte do processo<sup>43-45</sup>. Do outro lado, a possibilidade futura de que uma parcela crescente da população possa não ter acesso ao médico de família tem sido fonte de preocupação em vários setores sociais canadenses. Certa da associação entre o cuidado generalista e a alta

qualidade do sistema, a Federação Canadense de Estudantes de Medicina manifestou apoio à valorização da carreira em MF<sup>46</sup>. Da mesma forma, o Colégio Americano de Médicos expressou uma “profunda preocupação” com a baixa demanda pelas carreiras da AP<sup>47</sup>.

Vale ressaltar que a própria medicina como profissão vem atravessando um período de crise internacional. Fatores como a perda progressiva de autonomia, pacientes mais exigentes e bem informados e necessidade de inserção em equipes multiprofissionais são condições que contrastam a educação médica tradicional com a realidade da profissão nos dias de hoje<sup>48-51</sup>.

## O PANORAMA BRASILEIRO

Um dos motivos da baixa escolha da residência em MFC no Brasil é o fato de não ser necessária uma formação específica para atuar na especialidade, cujo principal cenário de trabalho se encontra na Estratégia de Saúde da Família. De fato, alguns autores<sup>7,52</sup> têm descrito a opção de entrar diretamente no mercado de trabalho, em definitivo ou para prover algum acúmulo financeiro antes de optar por uma especialidade. Esta é uma característica comum ao período de transição nos sistemas que optaram pelo primeiro contato generalista. No Canadá, a certificação do médico de família passou a ser exigida duas décadas após a reestruturação do sistema<sup>53</sup>. No Brasil, é bem provável que este fato realmente exerça influência, mas não há dados disponíveis para quantificá-lo como fator essencial. A literatura internacional, entretanto, mostra que a questão pode ser bem mais complexa.

A imagem que o médico de família tem de sua escolha profissional e o modo como é visto pelas outras especialidades, clínica e academicamente, assumem relevância. O surgimento recente da especialidade, o histórico da baixa inserção do ensino na AB, sua caracterização exclusivamente pública e comunitária e os potenciais conflitos de campo profissional pouco favorecem a imagem da medicina de família acadêmica e socialmente<sup>54</sup>. Não seria extremado dizer que, de um ponto de vista externo, a AB é vista como um local de baixa complexidade médica, com profissionais mal treinados e desestimulados na profissão<sup>54,55</sup> – pejorativamente, um médico de “segunda classe”.

No geral, o médico do PSF tem uma autoimagem profissional positiva e grande identificação com sua clínica. Está, porém, sujeito a alguns ressentimentos comuns ao manifestado em outros países, assim como a outros de ordem local: excesso de carga de trabalho; baixa remuneração e baixo *status* social e profissional; precariedade de vínculos trabalhistas; baixa integração com os demais níveis de complexidade; dificuldade de trabalho em equipe multiprofissional e na delimitação dos próprios papéis<sup>7,52,55-59</sup>.



Outras possibilidades ficam menos claras. Por exemplo, é comum que a terminalidade da graduação para o exercício na AB seja defendida em ambientes de formação, proposta que tem como marco mundial mais recente a Declaração de Edinburgo<sup>60</sup>. Seu reflexo na América Latina é materializado pelo projeto Educação Médica nas Américas (EMA), que defende explicitamente que nos países em desenvolvimento a formação médica seja voltada para os “serviços”, principalmente de AB, “porque os graduandos em Medicina precisam ingressar imediatamente no mercado de trabalho”, dadas as particularidades e necessidades locais<sup>61</sup>.

Embora não encontre ressonância nas propostas de países com sistemas de saúde equânimes e fortemente voltados para a AB, como, por exemplo, Austrália, Canadá, Espanha, Holanda e Reino Unido<sup>53</sup>, não são raras declarações neste sentido:

A capacitação do profissional na atenção primária, o médico saindo da graduação ou cursando apenas um ano de residência, é suficiente para uma capacitação razoável no atendimento do perfil da demanda em atenção primária. O médico não precisa ficar cinco anos fazendo uma formação pós-graduada, para atender na atenção primária. Desqualificação é utilizar um neurocirurgião na atenção primária, porque ele teve uma qualificação de cinco anos para realizar outro tipo de procedimento, e que não precisaria para atender no nível básico, cujo requisito é no máximo um ano de residência<sup>62</sup>. (p.17)

Em outro exemplo, durante uma discussão acadêmica em ambiente virtual, com a participação dos autores, surgiu a seguinte posição frente à visita domiciliar (VD): “um neurocirurgião, por exemplo, pode prestar cuidado ampliado, à semelhança do que é feito por um especialista em medicina de família e, inclusive, utilizar-se da VD como recurso”.

Não é nossa intenção julgar ou imputar qualquer posicionamento descontextualizado aos autores, mas ilustrar um senso comum implícito nestes exemplos. De um lado, o neurocirurgião e o médico de família como extremos opostos de qualificação, inclusive com a possibilidade de se prescindir do segundo. De outro, a AB como lugar de clínica inespecífica, de baixa qualificação, que pode ser exercida plenamente por médicos com qualquer tipo de formação.

Assim, sob nossa ótica, a “terminalidade” da graduação para a AB exprime, em sua essência, a suficiência de uma clínica coletiva inespecífica, “primitiva”, “medicina pobre para pobre”<sup>63-65</sup>; equivalente, no dizer de Donnangelo, “a uma medicina simplifi-

cada, bem como a uma modalidade particular de serviço social”<sup>12</sup>. De fato, duas características contribuem para tensionar esta questão: primeiro, a não utilização dos serviços de atenção primária e secundária do SUS por aqueles que os sustentam política e academicamente. Segundo, a baixa preocupação com a qualidade do núcleo clínico da medicina de família presente nos fóruns de discussão sobre AB/PSF.

## CONCLUSÕES

É certo que a escolha da carreira médica é condicionada por variáveis complexas e inter-relacionadas, incluindo aspectos pessoais, profissionais, acadêmicos e ideológicos. Com relação à carreira em MFC, vários desses condicionantes têm sido identificados na literatura internacional, que aponta ainda para a existência de um conjunto de fatores comuns às diferentes realidades.

No Brasil, alguns trabalhos relacionados à assistência médica na estratégia Saúde da Família deixam transparecer identificações com este contexto, ao mesmo tempo em que levantam especificidades locais. Do ponto de vista gestor, ainda dois outros elementos preocupam: a alta rotatividade médica nas Unidades de Saúde da Família e a qualidade da formação daqueles que permanecem.

Sobre a literatura brasileira, deve-se considerar que a análise da especialidade de MFC sofre forte viés. O maior deles é a carência quase absoluta de estudos que delimitem a MFC como seu objeto, de modo que as informações disponíveis sobre o médico de família perdem muito em especificidade. É notável também a natureza eminentemente qualitativa dos dados disponíveis, o que não permite uma generalização mais ampla e imediata a outros contextos.

Em síntese, um número crescente de médicos de família com excelência de formação é demandado para suprir e estabilizar a AB em busca do cuidado integral previsto pelo SUS. Esta demanda somente poderá ser suprida por meio da motivação e da excelência do ensino na graduação, residência médica e fortalecimento das atividades de extensão universitária e pesquisas na área. Para que isso ocorra, serão necessários investimentos em estudos mais aprofundados e específicos sobre a formação e carreira em MFC. Neste momento, particularmente sensibilizado pelo cenário internacional, parece fundamental desvelar os sentimentos, motivações e expectativas pessoais e profissionais do médico de família no Brasil, de maneira que esta especialidade consiga exercer um poder de atração que supere o “idealismo” e a “militância”.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
2. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil o Programa de Saúde da Família. *Physis*. 2005;15(Supl):225-64.
3. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica* 1999;15(1):187-93.
4. Feuerwerker LCM. Mudanças na Educação Médica & Residência Médica no Brasil. São Paulo: HUCITEC; 1998.
5. Campos FEC, Aguiar RAT, Oliveira VB. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. *Physis*. 2002;12:47-58.
6. Carta de Fortaleza. In: Bessa O, Penaforte J (Orgs.) Médico de Família. Formação, Certificação e Educação Continuada. Fortaleza: Escola de saúde Pública do Ceará; 2002.
7. Machado MH (Coord.). Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [acesso em: 10 nov. 2008]. Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/psf\\_perfil/apresentacao.html](http://www.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/apresentacao.html)
8. Arouca S. O dilema preventivista. São Paulo: Ed. da UNESP; 2003.
9. Campos CEA. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. *Rev APS*. 2005; 8(2):181-90.
10. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Formação e qualificação do Médico de Família e Comunidade através de Programas de Residência Médica no Brasil, hoje: Considerações, Princípios e Estratégias. [online]. SBMFC; 2005. [acesso em: 10 dez. 2008]. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br>
11. Farias ER, Stein AT, Hoffmann JE. Os egressos da residência de medicina de família e comunidade do Centro de Saúde-Escola Murialdo, 1976-2000. *Bol Saúde*. 2004;18(1):99-111.
12. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1979.
13. Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua Entidade Nacional: histórico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2004;1(1):5-10.
14. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. [acesso em: 08 out. 2008]. Disponível em: [http://mecsrv04.mec.gov.br/sesu/SIST\\_CNRM/APPS/cons\\_res\\_inst.asp](http://mecsrv04.mec.gov.br/sesu/SIST_CNRM/APPS/cons_res_inst.asp).
15. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Consolidado Histórico de Cobertura da Saúde Família. [online]. [acesso em: 20 out. 2008]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas>.
16. Canadian Resident Matching Service. Quota Overview for the 1st Iteration. [online]. [acesso em: 08 abr. 2008]. Disponível em: <http://www.carms.ca/eng/index.shtml>
17. Bevilacqua RG, Sampaio SAP. As especializações – Histórico e projeções. In: Negri B, Faria R, Viana AL (Orgs). Recursos humanos em saúde. Política, desenvolvimento e Mercado de trabalho. São Paulo: Ed. Unicamp; 2002. p.33-90.
18. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan- Americana da Saúde/OMS. 2005. [acesso em: 10 abr. 2008]. Disponível em: [http://www.paho.org/portuguese/ad/th/s/os/phc2ppaper\\_10-ago-05\\_Por.pdf](http://www.paho.org/portuguese/ad/th/s/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf)
19. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW (Orgs). Primary care in the driver's seat? Berkshire: Open University Press; 2006.
20. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. [documento na internet]. Alma-Ata, URSS; 1978. [acesso em: 10 dez. 2008]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set. 1978.
21. Starfield B. Is primary care essencial? *Lancet*. 1994;344:1129-33.
22. Yashiro N, Suzuki R, Suzuki W. Evaluating Japan's Health Care Reform in the 1990s and Its Efforts to Cope with Population Aging. In: Wise DA, Yashiro N, (Orgs). Health Care Issues in the United States and Japan. Chicago : University of Chicago Press; 2004.
23. Gibbs T, Hellenberg D. Developing family medicine en South Africa: a new and important step for medical education. *Med Teach*. 2007;29:897-900.
24. Mackean P, Gutkin C. Fewer medical students selecting family medicine. Can family practice survive? *Can Fam Physician*. 2003;49:408-9.
25. Whitcomb M, Cohen JJ. The future or primary care medicine. *N Engl J Med*. 2004;351:710-12.
26. Bhyat R. Where have all the residents gone? Part 2: Renewing interest in family medicine. *Can Fam Physician*. 2006;52:922.
27. Buddeberg-Fischera B, Klaghofer R, Stamma M, Martyb F, Dreidingb P, Zollerb M, et al. Primary care in Switzerland – no longer attractive for young physicians? *Swiss Med Wkly*. 2006;136:416-424.

28. Gérvas J, Starfield B, Minué S, Violan C. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. *Contra el descrédito del heroe. Aten Primaria.* 2007;39:615-8.
29. Bodenheimer T. Primary Care – Will It Survive? *N Engl J Med.* 2006;355:861-4.
30. Showstack J, Lurie N, Larson EB, Rothman AA, Hasmyler S. Primary care: the next renaissance. *Ann Intern Med.* 2003;138:268-72.
31. Phillips R, Starfield B. Why does a US primary care physician workforce crisis matter? *Am Fam Physician.* 2004;70(3):440.
32. Reuben DB. Saving primary care. *Am J Med.* 2007;120:99-102.
33. Bodenheimer T, Berenson RA, Rudolf P. The primary care-specialty income gap: why it matters? *Ann Intern Med.* 2007;146:301-6.
34. Brotherton SE, Rockey PH, Etzel SI. US Graduate Medical Education, 2004-2005. Trends in Primary Care Specialties. *JAMA.* 2005;294:1075-82.
35. Hauer KE, Durning SJ, Kernan WN, Fagam MJ, Mintz M, O'Sullivan OS, et al. Factors associated with medical students' career choices regarding internal medicine. *JAMA.* 2008;300(10):1154-64.
36. Ham C, Alberti KGM. The medical profession, the public, and the government. *BMJ.* 2002;324:838-42.
37. British Medical Association. National survey of GP opinion. Overall results. BMA; London: Top-line report; 2001.
38. Stafford, L. New Poll: Canadians say Family Doctors most important to their health care and want them by their side in hospital. [documento na internet]. The College of Family Physicians of Canada. Calgary, 23 out. 2003. [acesso em: 10 abr. 2008]. Disponível em: <http://www.cfpc.ca/English/cfpc/communications/news%20releases/2003%2010%2023/default.asp?s=1>
39. Jordan J; Brown JB; Russell G. Choosing family medicine. What influences medical students? *Can Fam Physician.* 2003;49:1131-37.
40. Sullivan P. Students still ambivalent about family medicine. *CMAJ.* 004;170(9):1380.
41. Gómez MP, Flores LA, Guerra EA. Perfeccionamiento del proceso docente en medicina y su posible impacto en la orientación profesional. *Rev Cubana Educ Med Super.* 2001;15(3):117-26.
42. Ceitlin J. Atención primaria y medicina familiar: ¿en un callejón sin salida? *Aten Primaria.* 2008;40:5-6.
43. Stange KC. The best of times and worst of times. *Br J Gen Pract.* 2001;51:963-6.
44. Lakhani M; Baker M. Good general practitioners will continue to be essential. *BMJ.* 2006;332:41-3.
45. Woo B. Primary Care – The best job in medicine? *N Engl J Med.* 2006;355:864-6.
46. Avinashi V, Shouldice E. Increasing interest in family medicine. *Can Med Assoc J.* 2006;174:761.
47. Kirk ML, Golden WE. ACP commends APM perspectives, 'Saving Primary Care'. *Am J Med.* 2007;120:e19.
48. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med.* 2001;344:2021-25.
49. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ.* 2002;324:835-38.
50. McKinlay JB; Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. *Int J Health Serv.* 2002;32:379-416.
51. Horton R, Gilmore I, Dickson N, Dewar S, Shepherd S. Do doctors have a future? *Lancet.* 2007;369:1405-6.
52. Ronzan TM, Ribeiro MS. Práticas e Crenças do Médico de Família. *Rev Bras Educ Med.* 2004;28(3):190-7.
53. Zurro AM. Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). *Aten Primaria.* 2002;30:46-56.
54. Demarzo MMP; Anderson MIP. A Medicina de Família e Comunidade e a graduação em medicina no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2006; Supl.1:3-5.
55. Mello GA. A integralidade do cuidado à criança na rede pública de saúde de Campinas sob a ótica da Atenção Básica. Campinas; 2004. Mestrado [Dissertação] - Universidade Estadual de Campinas.
56. Rocha AARM, Trad LAB. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface.* 2005;09:303-16.
57. Capozzolo AA. No olho do furacão: trabalho médico e o programa de saúde da família. São Paulo; 2003. Doutorado [Tese] - Universidade Estadual de Campinas.
58. Campos CVA. Por que o médico não fica? Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. São Paulo; 2005. Mestrado [Dissertação] - Fundação Getúlio Vargas.
59. Secretaria prorroga prazo para inscrição. Nenhum profissional se inscreveu para a vaga de médico de PSF com salário de R\$ 7500,00. *Jornal de Piracicaba,* 2007 abr. 10; p. A4.

60. World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. *The Lancet* 1988;ii:464.
61. Feuerwerker LCM. O movimento mundial de educação médica: as Conferências de Edinburgh. *Cadernos ABEM* 2006;2:30-8.
62. Elias PE. Uma visão do SUS. In: Associação Paulista de Medicina (Org). *SUS. O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004.
63. Testa M. Atenção primária (ou primitiva?) de saúde. In: *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.160-74.
64. Entrevista. O SUS e a Atenção Primária à Saúde [artigo na internet]. *Rev APS*. 2005;8(2). [acesso em: 08 out 2008]. Disponível em: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v008n2/entrevista.pdf>.
65. Gervas J, Fernández MP. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9:384-400.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Guilherme Arantes Mello redigiu a primeira versão do texto que foi, subseqüentemente, comentado e complementado pelos demais autores até chegar à versão final.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses relativos a este artigo.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Guilherme Arantes Mello  
Departamento de Medicina  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Universidade Federal de São Carlos  
Rodovia Washington Luís(SP 310), km 235  
São Carlos – São Paulo  
CEP.: 13565-905 Cx Postal 676 SP  
E-mail: gmello@ufscar.br