

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO**

**ESCOLA DE MEDICINA**

**FRANCIELLE EVELYN MENDES GOMES**

**DETERMINANTES PARA O AFASTAMENTO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE FORMADOS PELO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA  
UFOP DO AMBIENTE DE PRÁTICA HOSPITALAR EM OURO PRETO**

**OURO PRETO**

**2025**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO**

**ESCOLA DE MEDICINA**

**FRANCIELLE EVELYN MENDES GOMES**

**DETERMINANTES PARA O AFASTAMENTO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE FORMADOS PELO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA  
UFOP DO AMBIENTE DE PRÁTICA HOSPITALAR EM OURO PRETO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado  
à Universidade Federal de Ouro Preto como  
requisito parcial para obtenção de título de Médico  
de Família e Comunidade.

Orientador(a): Nayra da Silva Freitas

**OURO PRETO**

**2025**

## SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

G633d Gomes, Francielle Evelyn Mendes.

Determinantes para o afastamento de médicos de família e comunidade formados pelo Programa de Residência Médica da UFOP do ambiente de prática hospitalar em Ouro Preto. [manuscrito] / Francielle Evelyn Mendes Gomes. - 2025.

70 f.: il.: gráf., tab.. + Fluxograma.

Orientadora: Profa. Ma. Nayra da Silva Freitas.

Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina.

1. Medicina de Família e Comunidade. 2. Padrões de prática médica. 3. Hospital. 4. Médicos hospitalares. I. Freitas, Nayra da Silva. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 614.2

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO  
REITORIA  
ESCOLA DE MEDICINA  
COORDENACAO DO PROGR. DE POS-GRADUACAO EM  
RESIDENCIA MEDICA



**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**Francielle Evelyn Mendes Gomes**

**DETERMINANTES PARA O AFASTAMENTO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA A COMUNIDADE DO AMBIENTE DE PRÁTICA INTRA-HOSPITALAR EM OURO PRETO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade

Aprovada em 20 de fevereiro de 2025

**Membros da banca**

Especialista - Nayra da Silva Freitas - Orientadora - Prefeitura Municipal de Ouro Preto  
Mestre - Gustavo Valadares Labanca Reis - Universidade Federal de Ouro Preto  
Especialista - Pedro Henrique Miranda - Universidade Federal de Ouro Preto

Nayra da Silva Freitas, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 16/05/2025



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 26/05/2025, às 13:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufop.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0916937** e o código CRC **252CDE65**.

Referência: Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº 23109.003871/2023-77

SEI nº 0916937

R. Diogo de Vasconcelos, 122, - Bairro Pilar Ouro Preto/MG, CEP 35402-163  
Telefone: (31)3559-1909 - [www.ufop.br](http://www.ufop.br)

Dedico este trabalho ao que considero meu médico de família, Dr. Maurício. Talvez ele não saiba disso, mas ao assisti-lo de branco, andando pelos corredores do hospital ou do posto, os meus olhos de criança enxergaram ali o trabalho mais legal do mundo. E é aquele mesmo olhar fascinado que tem guiado meus caminhos.

## RESUMO

Desde 1974, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) se destaca pela atenção integral e contínua, focando nas necessidades diversas dos pacientes. No Brasil, a formação em MFC é consolidada através de residências médicas que integram estágios em atenção primária e hospitalar, preparando médicos para lidar com situações complexas e coordenar o cuidado. Apesar de um treinamento hospitalar significativo no Programa de Residência Médica em MFC (PRMMFC) da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), a presença de médicos de família no hospital local, a Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto (SCMOP), é limitada. Este trabalho busca entender por que os médicos formados pelo PRMMFC se afastam dos cuidados hospitalares. A pesquisa qualitativa e transversal extraiu dados de um grupo focal com sete médicos de família e comunidade formados pela UFOP. Os resultados indicaram que o ambiente organizacional hospitalar e o estigma em relação à MFC são fatores importantes para o afastamento desses especialistas do ambiente hospitalar em Ouro Preto, associados a aspectos pessoais e culturais, condições de trabalho, perspectiva sobre o cuidado, impactos da pandemia de COVID-19 e questões sobre supervisão e aprendizagem. Os médicos relatam que, apesar dos desafios, a prática hospitalar oferece benefícios para sua formação, como a ampliação do repertório clínico e a experiência em ambientes mais complexos. Por outro lado, a presença de médicos de família nos hospitais também enriquece a dinâmica hospitalar, trazendo uma visão mais abrangente e centrada no paciente. A análise sugere que a comunicação e a cooperação entre os níveis de atenção devem ser fortalecidas para melhorar a integração dos médicos de família nos hospitais. A valorização desses profissionais em contextos hospitalares é essencial para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado, elementos centrais da MFC. O estudo ressalta, portanto, a importância de estratégias que promovam uma melhor colaboração entre os setores hospitalares e a atenção primária, reconhecendo o valor que os médicos de família agregam ao ambiente hospitalar e vice-versa.

Palavras-chave: Médico de Família e Comunidade; Cenário de prática; Hospital

## ABSTRACT

Since 1974, Family and Community Medicine (FCM) has stood out for its comprehensive and continuous care, addressing the diverse needs of patients. In Brazil, FCM training is consolidated through medical residencies that integrate primary and hospital care rotations, preparing physicians to manage complex cases and coordinate care. Despite significant hospital training in the Family and Community Medicine Residency Program (PRMMFC) at the Federal University of Ouro Preto (UFOP), the presence of family physicians in the local hospital, Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto (SCMOP), is limited. This study seeks to understand why PRMMFC graduates distance themselves from hospital care. The qualitative, cross-sectional research collected data from a focus group involving seven family physicians trained at UFOP. The findings indicate that organizational factors within the hospital, as well as stigma against FCM, significantly contribute to this detachment, alongside personal and cultural aspects, working conditions, perspectives on care, the impact of the COVID-19 pandemic, and supervision and learning issues. Physicians report that, despite the challenges, hospital practice offers benefits for their training, such as broadening their clinical repertoire and gaining experience in more complex settings. Conversely, the presence of family physicians in hospitals also enriches hospital dynamics, bringing a more comprehensive, patient-centered perspective. The analysis suggests that communication and cooperation between care levels should be strengthened to enhance the integration of family physicians in hospitals. Valuing these professionals in hospital settings is crucial to ensure continuity and comprehensiveness of care, core elements of FCM. The study highlights the importance of strategies promoting better collaboration between hospital sectors and primary care, recognizing the mutual value added by family physicians to the hospital environment and vice versa.

**Keywords:** Family and Community Physician; Practice Setting; Hospital

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
3.1 Objetivo geral.....	12
3.2 Objetivos específicos.....	12
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
5.1 Tipo de estudo.....	18
5.2 Participantes.....	18
5.3 Coleta de dados.....	20
5.4 Local e período de estudo.....	20
5.5 Análise dos dados.....	22
5.6 Aspectos éticos.....	23
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>25</b>
6.1 Perfil dos participante do grupo focal.....	25
6.2 Análise das categorias relacionadas ao afastamento dos médicos do ambiente hospitalar.....	26
6.3 Análise das categorias relacionadas à importância dos médicos de família e comunidade no ambiente hospitalar.....	35
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICE A. Categorização das falas do grupo focal.....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE B. TCLE.....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE C. Perguntas norteadoras do grupo focal.....</b>	<b>64</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade médica dedicada a fornecer cuidados de saúde de forma longitudinal, integral e abrangente para pessoas, famílias e comunidades. Este campo é caracterizado por um conhecimento profundo dos pacientes, além de suas doenças ou sistemas de órgãos. Desde sua definição inicial pelo Leeuwenhorst Group em 1974, o médico de família e comunidade (*general practitioner*) é visto como um provedor de cuidados primários, personalizados e continuados a indivíduos, independente de idade, sexo ou sofrimento, capaz de estar presente para seus pacientes no consultório, no domicílio e, por vezes, em uma clínica ou em um hospital. As definições mais recentes incluem a capacidade do médico de família e comunidade (*general practitioner / family physician / family doctor*) de prestar a maior parte dos cuidados necessários, levando em conta o contexto cultural, socioeconômico e psicológico dos pacientes (OLESEN, 2000 e WONCA, 2002). A continuidade é distintiva na prática desse especialista, podendo ser identificada em múltiplas dimensões: interpessoal, cronológica, demográfica (casa, hospital, trabalho), interdisciplinar (pediátrica, clínica, obstétrica, cirúrgica, psiquiátrica etc) e informativa (prontuário ou registro clínico) (GUSSO *et al.*, 2019, 122).

Ao abordar uma definição global de médico de família e comunidade, percebe-se a variabilidade de termos a depender do contexto histórico e geográfico. Neste trabalho, a escolha do termo "médico de família e comunidade" reflete a especificidade da especialidade no Brasil, diferenciando-se de denominações adotadas em outros países. O nome enfatiza tanto o cuidado centrado no núcleo familiar quanto a atuação territorial e comunitária, um aspecto fundamental na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Diferente do "*family physician*" nos Estados Unidos, que foca no atendimento individual e familiar, e do "*general practitioner*" no Reino Unido, que se concentra na atenção primária sem necessariamente considerar a abordagem comunitária, o termo brasileiro reforça a conexão entre o cuidado clínico e as dinâmicas sociais e territoriais da população atendida. Essa nomenclatura surgiu da necessidade de diferenciar a prática brasileira da Medicina Geral e Comunitária e da Medicina Preventiva e Social, incorporando os princípios da Atenção Primária à Saúde e enfatizando a integralidade do cuidado (OLIVEIRA, 2023).

O médico de família e comunidade desempenha ainda um papel fundamental dentro das lógicas de Saúde Pública e de Rede de Atenção à Saúde (RAS) em um município, atuando como agente de promoção, proteção e prevenção de doenças e sendo o primeiro ponto de

contato dos cidadãos com o sistema de saúde, além de promover cuidado contínuo, abrangente e coordenado. Atuando fundamentalmente na atenção primária, ele é o primeiro ponto de contato do paciente com o sistema de saúde e acompanha e gerencia as necessidades de saúde ao longo de todas as etapas da vida. Este profissional não só presta cuidados diretos, como também orienta e facilita o acesso a serviços especializados e hospitalares quando necessário, promovendo uma transição suave e eficiente entre os diferentes níveis de atenção. Através de uma abordagem holística e centrada na pessoa, o médico de família e comunidade assegura que as intervenções sejam adequadas ao contexto clínico e social do paciente, mantendo uma comunicação efetiva entre as equipes de saúde e garantindo que o plano de cuidado seja coeso e centrado nas necessidades do indivíduo (GUSSO *et al.*, 2019, 149).

A atuação de médicos de família e comunidade em ambientes hospitalares pode ser analisada no contexto da integralidade e do escopo da prática. Starfield destacou que a integralidade implica tratar a maioria dos problemas da população na atenção primária, encaminhando apenas casos raros ou complexos, mas reconheceu que os benefícios desse atributo ainda são pouco documentados (STARFIELD, 2005). Historicamente, médicos generalistas ofereciam um escopo mais amplo de serviços, o que pode ser explicado pelas limitações diagnósticas e terapêuticas da época, entretanto o rol atual de atribuições do médico de família e comunidade é influenciado por fatores como o progresso acelerado dos conhecimentos científicos e a consequente especialização crescente, além de avanços tecnológicos e necessidades locais. Apesar disso, o ambiente hospitalar não é, necessariamente, um marcador de integralidade, já que grande parte dos cuidados em saúde ocorre no âmbito ambulatorial. Além disso, novas tecnologias de comunicação facilitam consideravelmente a coordenação do cuidado com especialistas focais sem a presença direta do médico de família e comunidade no hospital (CAREK, 2019).

Nos Estados Unidos, o movimento hospitalista tem influenciado na redefinição do papel dos médicos de família e comunidade nos cuidados hospitalares, com hospitalistas assumindo a prestação de cuidados médicos abrangentes a pacientes internados (IVINS *et al.*, 2015). Isso contrasta com o modelo tradicional, no qual médicos de família e comunidade acompanhavam seus pacientes em todos os ambientes, promovendo continuidade e coordenação do atendimento. A Medicina Hospitalar é uma modalidade de prática médica em que generalistas se especializam no cuidado de pacientes internados. Esse modelo é relativamente recente, tendo sido formalmente descrito pela primeira vez em 1996 por Wachter e Goldman em um editorial publicado no *The New England Journal of Medicine* com

o título *The Emerging Role of “Hospitalists” in the American Health Care System*. O texto destaca o papel crescente de médicos que concentram a maior parte de sua atuação no ambiente hospitalar. Desde então, nos Estados Unidos, mais de 80% dos profissionais que seguem esse modelo possuem formação especializada em Clínica Médica ou Medicina Interna (WACHTER e GOLDMAN, 1996).

O marco da Medicina Hospitalar no Brasil ocorreu em 2007 com a criação da Sociedade Brasileira de Medicina Hospitalar (SOBRAMH), sendo que o primeiro congresso brasileiro da área ocorreu no ano seguinte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA HOSPITALAR, 2025). Embora a qualidade do atendimento entre hospitalistas e médicos de família e comunidade seja comparável de acordo com alguns estudos, a fragmentação do cuidado pode comprometer princípios fundamentais da atenção primária, como longitudinalidade e integralidade (IVINS *et al*, 2015). Um estudo holandês revelou que os pacientes valorizam o contato com seus médicos de família e comunidade durante a hospitalização, mas esse contato tem diminuído ao longo do tempo, refletindo uma mudança no modelo de atendimento (SCHERS *et al*, 2004). Por exemplo, a proporção de pacientes hospitalizados que consultam um médico conhecido caiu de 50,5% para 39,8% entre 1996 e 2006, de acordo com um estudo de coorte retrospectivo que avaliou mais de 3 milhões de admissões hospitalares nos EUA nesse período (SHARMA *et al*, 2009).

A vivência e prática do residente de MFC no ambiente hospitalar é fundamental por diversos aspectos. No ambiente hospitalar, os médicos de família e comunidade têm a oportunidade de lidar com casos clínicos de maior complexidade técnica que raramente são encontrados na atenção primária, incluindo emergências, doenças graves e condições raras, ampliando sua experiência e capacidade diagnóstica. A prática hospitalar permite ainda que esses profissionais adquiram e aperfeiçoem habilidades técnicas, como a interpretação de exames de imagem complexos, realização de procedimentos de caráter invasivo, e cuidados intensivos. Além disso, proporciona interação com uma variedade de especialistas focais e outros profissionais de saúde, fomentando uma prática colaborativa, essencial para o desenvolvimento de uma visão ampla e integradora do cuidado ao paciente. O treinamento em ambientes hospitalares ainda capacita os médicos de família e comunidade para gerenciar casos complexos e coordenar o cuidado de pacientes com múltiplas comorbidades, incluindo a gestão de situações de urgência e emergência, uma competência vital para a prática médica abrangente e para a resposta eficaz em situações críticas. O ambiente hospitalar, com suas diversas situações de vulnerabilidade humana, proporciona um campo fértil para o

desenvolvimento de competências éticas e humanísticas, essenciais para uma prática médica centrada no paciente (SZASZ, 2020).

No Brasil existem diversas formas de se tornar médico de família e comunidade, sendo a residência médica o padrão-ouro no processo de formação de especialistas. Os residentes de MFC passam por estágios em unidades de saúde da família, onde desenvolvem habilidades na atenção primária, incluindo consultas médicas, visitas domiciliares e participação em atividades de promoção e prevenção de saúde. Além disso, integram equipes multiprofissionais, participando de reuniões e discussões de casos, o que facilita uma abordagem integral e coordenada do cuidado. Esses estágios devem corresponder a um mínimo de 55% da carga horária total do programa, uma vez que a atenção primária é o pilar da especialidade (GUSSO *et al.*, 2019). A carga horária também inclui rodízios em ambientes hospitalares e de urgência, onde os residentes aperfeiçoam competências em emergências médicas, procedimentos e manejo de pacientes em condições graves. Essas atividades realizadas em outros níveis de atenção devem compor um mínimo de 10% da carga horária total. A formação é complementada por atividades acadêmicas, como aulas teóricas, seminários e pesquisa, que promovem a atualização contínua dos conhecimentos e o desenvolvimento de uma prática baseada em evidências (BRASIL, 2015).

De acordo com o último Plano Curricular Pedagógico, de 2023, do PRMMFC da UFOP, a carga horária de estágios em ambiente hospitalar, especificamente na Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto, totaliza 1.103 horas e corresponde a 22,5% da carga horária prática total (4.903 horas), muito acima do 10% estabelecidos como carga horária mínima em outros níveis de atenção (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, 2023). Apesar dessa carga horária expressiva no processo de formação, atualmente são poucos os médicos de família e comunidade atuando nos cenários hospitalares do município de Ouro Preto, seja em cargos de gestão, assistenciais ou, até mesmo, em visitas a pacientes hospitalizados. Dessa forma, este trabalho tem como seu ponto de partida o questionamento sobre quais seriam os motivos que determinam o afastamento desses profissionais do cenário de prática hospitalar após finalizarem a residência médica.

## 2 JUSTIFICATIVA

De acordo com Araújo, Oliveira e Rossato (2017), o pesquisador deve ser reconhecido como parte integrante da realidade estudada e como um sujeito em constante desenvolvimento. Diferente da ideia de neutralidade absoluta na ciência, abordagens que entendem o conhecimento como uma construção destacam o papel ativo do pesquisador no processo investigativo. Dessa forma, ele deixa de ser um mero observador e assume um papel central na produção do conhecimento, influenciando e sendo influenciado pelo objeto de estudo (ARAÚJO, OLIVEIRA E ROSSATO, 2017). Dessa forma, é importante considerar que a trajetória pessoal da pesquisadora influenciou diretamente sua motivação para este estudo. Nascida e criada em uma cidade do interior de Minas Gerais, com menos de 20 mil habitantes, teve desde o nascimento um mesmo médico de referência, que acompanhou diferentes fases de sua vida. O profissional que assistiu seu parto também realizou suas consultas de puericultura, orientou-a na primeira menstruação e esteve ao seu lado quando precisou de internação por pneumonia aos 15 anos. Essas experiências reforçaram sua percepção sobre a importância da continuidade do cuidado e do vínculo entre médico e paciente, especialmente em momentos de maior vulnerabilidade. No entanto, ao longo da formação médica, percebeu que essa presença contínua do médico de família e comunidade não é uma realidade comum no ambiente hospitalar.

Um estudo canadense, publicado na revista médica *Canadian Family Physician*, investigou as mudanças no papel e nas atitudes dos médicos de família e comunidade em relação às atividades hospitalares no hospital *St Joseph's Healthcare Hamilton*, em Ontário, Canadá, ao longo de quase quatro décadas, com pesquisas realizadas em 1977, 1997 e 2014 (NEIMANIS *et al.*, 2017). Observou-se um declínio significativo na participação desses médicos em cuidados diretos de internação, com muitos passando a focar em cuidados de suporte, especialmente neonatais e obstétricos, e abandonando áreas como a medicina interna geral. Em 2014, menos da metade dos médicos acreditava que a qualidade do atendimento seria prejudicada pela falta de envolvimento hospitalar, em contraste com as décadas anteriores. As barreiras mencionadas incluem o aumento da complexidade dos cuidados ambulatoriais, menores tempos de internação, e uma remuneração insuficiente. Esse estudo destaca a evolução das responsabilidades dos médicos de família e comunidade, que agora se concentram mais em cuidados comunitários e ambulatoriais, refletindo mudanças nos sistemas de saúde e na prática médica na realidade canadense (NEIMANIS *et al.*, 2017).

Com o propósito de construir um paralelo com o artigo canadense, foi feita uma busca no Portal de Periódicos da CAPES que resultou na não identificação de trabalhos que incluíssem uma apreciação sobre a participação de médicos de família e comunidade brasileiros em contextos hospitalares. A ausência desses conteúdos torna importante a contemplação do tema, uma vez que esses especialistas passam tempo considerável de sua formação nesse ambiente e desenvolvem habilidades - como comunicação clínica, atenção a questões psicossociais e coordenação e continuidade do cuidado - que têm o potencial de tornar o cuidado do paciente internado mais completo e humanizado, além do fortalecimento dos princípios da longitudinalidade e integralidade.

A Rede de Atenção à Saúde de Ouro Preto possui um vasto potencial para oferecer cuidados de saúde integrados e de qualidade à sua população, beneficiando-se de uma estrutura que combina unidades básicas de saúde (UBS), serviços especializados (Policlínica, Hospital dos Olhos, CAPS), UPA e hospital geral (Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto - entidade filantrópica conveniada ao SUS). A presença do PRMMFC na cidade representa um benefício significativo para o fortalecimento dessa rede, uma vez que os residentes são treinados para atuar de maneira abrangente, cuidando de pacientes em diferentes níveis de complexidade e em diversos contextos, desde a atenção primária até os cuidados hospitalares, mantendo vínculos cooperativos com diversos especialistas focais e equipes multidisciplinares. Esse cenário mostra-se favorável a uma maior aproximação dos médicos de família e comunidade atuantes no município, dentro de suas atribuições e habilidades, aos cuidados hospitalares de seus pacientes, porém isso parece não ocorrer.

Identificar os motivos do afastamento dos médicos de família e comunidade dos cuidados hospitalares de seus pacientes é crucial para garantir a continuidade e a integralidade do atendimento, pilares fundamentais de uma rede de saúde eficiente. A compreensão dessas razões permite não apenas identificar possíveis barreiras estruturais e operacionais, como a falta de incentivos financeiros ou a sobrecarga de trabalho, mas também abordar questões pessoais e profissionais, como a preferência por focar na atenção primária e ambulatorial. Além disso, essa investigação é essencial para planejar estratégias de integração entre os níveis de atenção, assegurando que os pacientes recebam um cuidado coordenado e de qualidade, independente do ambiente onde são atendidos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Identificar os motivos que levam ao afastamento dos médicos de família e comunidade formados nos últimos anos pelo PRMMFC da UFOP do cenário de prática hospitalar em Ouro Preto.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Os objetivos específicos do estudo incluem:

1. Identificar as barreiras estruturais, operacionais e pessoais que contribuem para o afastamento dos médicos de família e comunidade dos cuidados hospitalares na Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto.
2. Explorar as percepções dos médicos de família e comunidade sobre a importância e a relevância de sua participação nos cuidados hospitalares de seus pacientes.
3. Identificar estratégias para melhorar a integração entre os cuidados primários e hospitalares, garantindo continuidade e integralidade do atendimento aos pacientes.

#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO

O estudo de NEIMANIS *et al* (2017), que inspirou a execução deste trabalho, avaliou o cenário canadense de prática dos médicos de família e comunidade de 1977 a 2014. O Canadá é um dos países em que a Medicina de Família e Comunidade tem maior tradição, estando consolidada em sua rede de atenção primária à saúde, apesar das mudanças que a especialidade tem vivido nos últimos 10 anos (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2024). Já no Brasil, a história da especialidade é mais recente e sua origem parte de uma conjuntura social e política distinta. Nesse sentido, vale traçar um paralelo entre essas duas realidades.

No Canadá, o fortalecimento da Clínica Geral em meados da década de 1950 surgiu como resposta à crescente especialização médica que fragmentava o cuidado e deixava lacunas na atenção integral aos pacientes. A necessidade de integrar os cuidados de saúde e assegurar a longitudinalidade tornou-se o alicerce para o desenvolvimento da especialidade, cujo marco inicial foi a criação do *College of General Practice of Canada* em 1954 (WOODS, 1979). O processo de treinamento em serviço para formação de um médico de família e comunidade canadense ocorre, desde suas origens, tanto em ambientes ambulatoriais quanto hospitalares. A Associação Canadense de Medicina (*Canadian Medical Association*) disponibiliza em seu site documentos que detalham o perfil de cada uma das especialidades médicas ofertadas no país. O documento relativo ao perfil da Medicina de Família e Comunidade (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 2019), cuja última versão é de 2019, esclarece que o ambiente de treinamento relativo à formação desse especialista inclui hospitais, mas também é muito focado em experiências em práticas comunitárias, incluindo oportunidades em cidades pequenas e áreas rurais.

George Szasz, médico de família e comunidade e professor emérito da Faculdade de Medicina da University of British Columbia (UBC), em Vancouver, Canadá, ao refletir sobre sua prática médica nas décadas de 1950 e 1960 (SZASZ, 2020), destaca a importância do ambiente hospitalar na atuação do médico de família e comunidade, enfatizando o papel central que desempenhava no cuidado integral e na continuidade dos pacientes. Segundo Szasz, naquela época os médicos de família e comunidade eram responsáveis por internações, atualizações às famílias, alta hospitalar e seguimento pós-tratamento, além de estarem envolvidos na gestão hospitalar. Em seu texto, ele lamenta o afastamento atual dos médicos de família e comunidade do hospital, atribuindo essa mudança a fatores como formação



insuficiente em cuidados hospitalares, menor duração das internações e pressão por cuidados ambulatoriais. Ele ressalta que a ausência dos médicos de família e comunidade no hospital prejudica a continuidade do cuidado e priva os profissionais de uma oportunidade valiosa de atualização clínica.

A prática hospitalar foi um elemento central na formação e trajetória acadêmica do médico de família e comunidade canadense Nicolau Pimlott, autor do editorial (PIMLOTT, 2017) que introduz o estudo de Neimanis e colegas (2017) sobre o papel dos médicos de família e comunidade em hospitais. Em 1994, Pimlott iniciou sua carreira no Women's College Hospital, em Toronto, dirigindo uma unidade de internação voltada para treinar residentes de Medicina de Família e Comunidade no cuidado hospitalar, especialmente em comunidades menores. Ele destaca no texto os benefícios dessa experiência em relação a continuidade de cuidados e melhor comunicação pós-alta, além de inspirar suas pesquisas em melhoria da qualidade e práticas clinicamente orientadas. Pimlott observa que, embora o estudo de Neimanis (2017) revele uma diminuição significativa no envolvimento direto dos médicos de família e comunidade em cuidados hospitalares ao longo de quatro décadas, o hospital ainda é visto como um espaço relevante de identificação comunitária, interação interdisciplinar e educação médica continuada.

No contexto brasileiro, a especialidade teve início com iniciativas que buscavam romper com o modelo hospitalocêntrico e centrado em doenças, priorizando a promoção da saúde e a prevenção como estratégias fundamentais (BUSNELLO, 2010). A abordagem comunitária e a personalização do cuidado tornaram-se elementos-chave para responder às desigualdades em saúde e aproximar os serviços das realidades locais, moldando uma MFC com características próprias e alinhada às necessidades sociais do país, sendo possível, inclusive, afirmar que “o Brasil é um país vocacionado à prática da medicina comunitária” (GUSSO, 2019).

Na década de 1970, em pleno regime militar, começaram a surgir no Brasil os primeiros esboços de um sistema de saúde universal e territorial, que mais tarde seria consolidado na Constituição de 1988. Em âmbito nacional, diversas iniciativas foram implementadas, como os Distritos Sanitários (1975), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIAS, 1976) e as Ações Integradas de Saúde (AIS, 1984), entre outras. Paralelamente, projetos locais impulsionaram essas mudanças, destacando-se o Projeto Montes Claros, em Minas Gerais, e outras iniciativas em cidades como Vitória de Santo

Antão (PE) e Porto Alegre (RS). Esses projetos eram frequentemente apoiados por organizações internacionais, como a Fundação Kellogg e a OPAS, e integravam ações comunitárias com saúde pública. Nesse período, também iniciou-se a formalização de programas de residência médica no Brasil, com destaque para as áreas de Medicina Comunitária e Saúde Pública, que ganharam força em centros como o Murialdo, em Porto Alegre (GUSSO, 2019).

A criação do Centro Médico Social São José do Murialdo, em Porto Alegre, foi um marco na história da saúde pública e da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil. Sob a liderança do professor e psiquiatra Ellis Busnello, esse centro buscou implementar um modelo inovador de sistema comunitário de saúde, integrando assistência, ensino e pesquisa. Como iniciativa da própria comunidade associada à Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul e de entusiastas profissionais da saúde, o Murialdo promovia o cuidado preventivo, curativo e reabilitador em uma área periférica de Porto Alegre, abrangendo cerca de 30 mil pessoas. Suas ações incluíram a organização de equipes primárias de saúde, delimitação de áreas geográficas específicas e desenvolvimento de treinamentos multiprofissionais.

Esse esforço pioneiro também culminou na criação da primeira residência médica em Medicina Geral Comunitária, registrada oficialmente em 1976. Segundo Busnello (2010), o projeto reuniu profissionais que entendiam que *“não podíamos ser só Médicos de Doenças mas que tínhamos que aprender a lidar com Seres Humanos inseridos dentro das comunidades onde viviam”*, reforçando a importância dos determinantes sociais em saúde. Ainda de acordo com o professor, enquanto a medicina hospitalar tende a se concentrar na recuperação física e mental de indivíduos já doentes, o Murialdo buscava elevar os níveis de saúde física, mental e social de toda a população, alinhando-se a um conceito mais amplo e proativo de saúde pública, voltado para a prevenção e promoção do bem-estar coletivo (BUSNELLO, 2010). Nesse sentido, desvenda-se o significado primordial da Medicina Geral Comunitária que viria a ser denominada posteriormente como Medicina de Família e Comunidade, uma vez que aquele modelo tinha como objetivo *“elevar o nível de saúde das Famílias e das Sociedade Humanas, privilegiando nominalmente as duas primeiras formas de associação dos grupos humanos: a Família e a Comunidade”*. Além de integrar estudantes de diversas áreas em atividades práticas, o projeto influenciou a formulação de políticas de saúde pública e serviu de inspiração para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A criação do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre, também foi muito relevante para o avanço da Medicina de Família e Comunidade no Brasil, sendo liderada pelo renomado médico internista Carlos Grossman. Formado em medicina interna e com residência realizada em Washington na década de 1950, Grossman possuía uma sólida reputação clínica e era amplamente conhecido por sua dedicação aos pacientes, incluindo políticos influentes. A federalização do GHC em 1975 abriu caminho para Grossman estruturar uma residência em Medicina Geral Comunitária, inspirada em sua experiência no Murialdo, com o objetivo de integrar o cuidado clínico individual à saúde populacional. Em dezembro de 1982, foi implantada a primeira Unidade de Medicina de Família e Comunidade do GHC, curiosamente localizada dentro do hospital, um feito pioneiro que desafiou a lógica tradicional centrada em especialidades. A unidade fornecia atendimento universal a uma população delimitada geograficamente próxima ao hospital e incluía uma área de internação sob a responsabilidade dos Médicos Gerais Comunitários, resultado de um projeto elaborado por Grossman e dois ex-residentes, Carlos Francisco Correa Dora e José Mauro Ceratti Lopes. O sucesso inicial do SSC foi impulsionado pela rápida incorporação de egressos da residência como preceptores e pelo apoio da comunidade e de lideranças políticas, além da colaboração internacional, como o British Council, que enviou médicos de família e comunidade britânicos que ajudaram a estruturar práticas inovadoras, incluindo a abordagem de medicina centrada na pessoa (GUSSO, 2019).

Ao traçar um paralelo entre a história da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Canadá e no Brasil, nos deparamos com trajetórias distintas quanto ao papel do ambiente hospitalar, refletindo as necessidades e contextos de cada país. No Canadá, o hospital desempenhou um papel relevante na formação e prática dos médicos de família e comunidade desde a década de 1950, contribuindo para a continuidade do cuidado e a qualificação técnica, embora o afastamento desses profissionais do hospital nas últimas décadas tenha suscitado preocupações sobre a fragmentação do cuidado. No Brasil, a MFC emergiu como uma resposta ao modelo hospitalocêntrico, priorizando os cuidados em saúde em contextos comunitários, ainda que iniciativas como o Serviço de Saúde Comunitária do GHC tenham integrado o hospital à lógica comunitária de forma inovadora. Essa comparação reforça as particularidades de cada contexto, porém não exclui a relevância em compreender melhor o papel do ambiente hospitalar na formação e carreira dos Médicos de Família e Comunidade no Brasil, uma vez que essa prática contribuiu para o desenvolvimento de competências

clínicas, integração com outros profissionais de saúde e continuidade do cuidado. Embora a medicina hospitalista tenha surgido para preencher essa lacuna, ela também contribui para uma menor presença dos médicos de família e comunidade nos hospitais, o que pode comprometer a continuidade do cuidado. Esse cenário reforça a importância de reavaliar a relação entre a atenção primária e o ambiente hospitalar, promovendo estratégias que equilibrem a formação ampla dos médicos com as demandas dos serviços de saúde e as expectativas das comunidades.

A Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) é um programa com foco na formação de médicos aptos a atuar na Atenção Primária à Saúde (APS), complementado por uma articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto e a UFOP de modo a atender às demandas loco-regionais em saúde. O programa começou a ser discutido em outubro de 2009, evoluindo com a formação de uma Comissão de Residência Médica (COREME) em julho de 2012. Em dezembro do mesmo ano, o MEC concedeu o credenciamento ao programa de residência em MFC, assim como aos de Clínica Médica e Cirurgia Geral, iniciando seu funcionamento em 2013. O programa de MFC iniciou com a disponibilização de 4 (quatro) vagas para residentes do 1º ano (R1) e 4 (quatro) vagas para residentes do 2º ano (R2), sendo que desde 2021 disponibiliza 10 (dez) vagas para residentes do 1º e 2º anos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, 2013).

Com duração de dois anos e carga horária total de 5760 horas, o programa enfatiza uma abordagem integrada entre assistência, ensino e pesquisa, promovendo a articulação entre a universidade e os serviços de saúde locais. A proposta inclui treinamento em diferentes cenários, como UBS, CAPS, UPA, Secretaria Municipal de Saúde, Ambulatório de Cirurgia Ambulatorial e a Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto, ofertando estágios de Ginecologia e Obstetrícia, enfermagem de Clínica Médica e de Pediatria, urgência e emergência em Clínica Médica e Pediatria e urgência em Ortopedia, favorecendo uma formação abrangente e alinhada às realidades locais. Além disso, o programa busca consolidar unidades docente-assistenciais de referência, fixar profissionais na região e fomentar a produção científica em APS e a prática em docência, contribuindo para a qualificação do sistema de saúde regional e nacional. De acordo com o último Plano Curricular Pedagógico, de 2023, a carga horária de estágios em ambiente hospitalar corresponde a 22,5% da carga horária prática total, mais que o dobro do mínimo estabelecido pelo MEC para atividades práticas em outros níveis de atenção. Apesar dessa carga horária expressiva no processo de formação, atualmente

são poucos os médicos de família e comunidade atuando nos cenários hospitalares do município de Ouro Preto, seja em cargos de gestão, assistenciais ou, até mesmo, em visitas a pacientes hospitalizados (BRASIL, 2015).

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudo**

Este estudo se baseia em uma metodologia qualitativa, observacional e transversal, considerando que a análise das experiências, percepções e emoções dos participantes foi essencial para alcançar os objetivos propostos.

O estudo foi realizado em duas etapas: realização de um grupo focal semiestruturado com médicos de família e comunidade formados pelo PRMMFC da UFOP para coleta de dados qualitativos e aplicação de um formulário para coleta de informações demográficas, acadêmicas e profissionais dos participantes. por meio de um grupo focal por videochamada e um questionário online.

### **5.2 Participantes**

Para compor o grupo focal, foram selecionados 18 médicos de família e comunidade formados pelo PRMMFC da UFOP que estavam atuando no município de Ouro Preto no ano de 2024. Vale ressaltar que a orientadora deste trabalho também é formada pelo programa e atualmente trabalha em Ouro Preto, porém não foi incluída no grupo focal, a fim de evitar qualquer conflito de interesse.

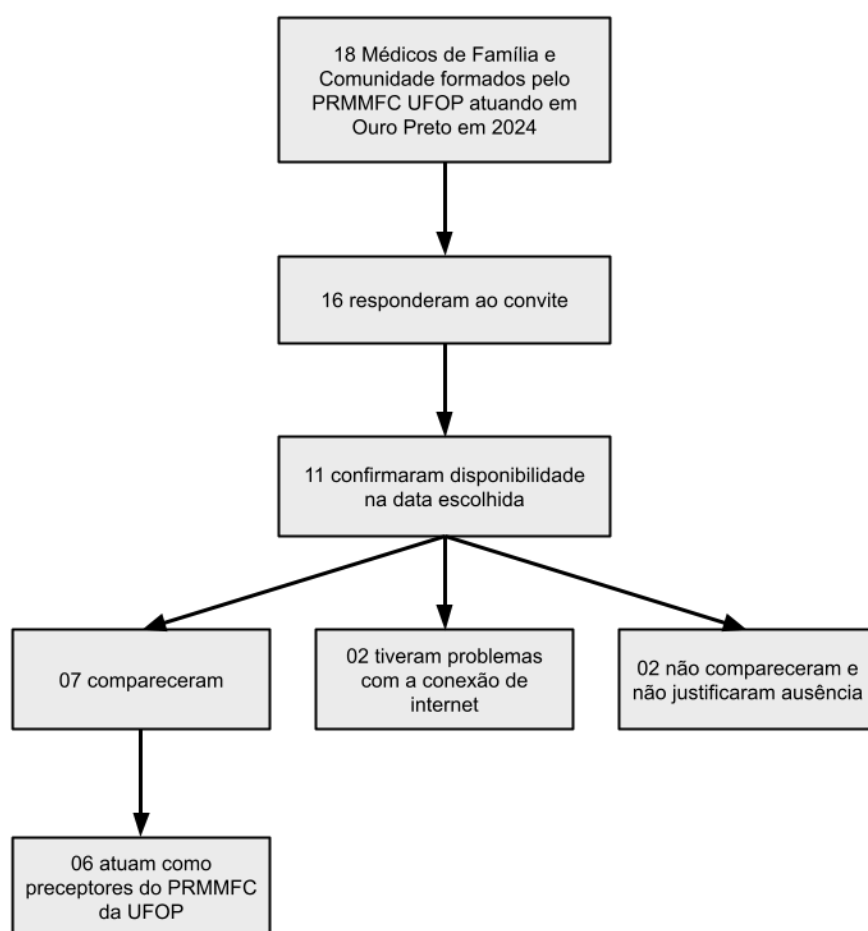
A escolha desse público levou em consideração o cenário vigente no período de execução do trabalho (ano de 2024), de modo a englobar o número expressivo de profissionais egressos do PRMMFC da UFOP que atualmente compõem o rol de médicos de família e comunidade atuantes em Ouro Preto.

O convite aos profissionais foi feito através de aplicativo de mensagem instantânea Whatsapp®, por meio do qual foram disponibilizadas três opções de datas, sendo a data de realização do grupo focal selecionada de acordo com a disponibilidade da maioria das pessoas. Dos 18 médicos convidados, 11 se disponibilizaram a compor o grupo, porém apenas sete deles compareceram na ocasião. Dos quatro médicos que não compareceram ao grupo, dois justificaram que foi devido a problemas com a conexão da internet, uma vez que houve chuva intensa na cidade no horário agendado, e outros dois não justificaram a ausência (FIG. 1). Dentre os sete médicos presentes no grupo focal, seis atuam como preceptores da

residência, além da prática assistencial, o que contribuiu para captar perspectivas que combinavam prática clínica e experiência educacional. Vale pontuar que, durante a realização do grupo focal, um dos médicos participantes precisou se ausentar devido a um compromisso, permanecendo seis médicos até a finalização do grupo.

É importante ressaltar que os primeiros contatos para composição do grupo focal só foram realizados após aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa da UFOP, CAAE 82269624.5.0000.5150, em 11 de novembro de 2024.

**Figura 1** - Fluxograma de seleção dos participantes do grupo focal



Fonte: Elaborada pela autora

### **5.3 Coleta de dados**

O grupo focal ocorreu no dia 04/12/2024, com duração de 66 minutos, sendo gravado em áudio e vídeo, de modo que questões éticas, como sigilo e confidencialidade, que foram rigorosamente respeitadas de acordo com recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa, órgão que avaliou e aprovou o projeto de estudo. Todos os sete médicos que participaram do grupo focal responderam posteriormente o questionário aplicado via Google Formulários, através do qual foi possível coletar informações demográficas, acadêmicas e profissionais dos participantes, complementando os dados qualitativos.

A metodologia do grupo focal baseia-se na comunicação e interação para coletar informações que contribuam para uma compreensão mais profunda das percepções sobre o processo a ser avaliado (MORGAN, 1997). A modalidade online permite a obtenção de dados de qualidade, reduz custos, otimiza o tempo e amplia a participação dos entrevistados (OLIVEIRA, 2022). TRAD (2009) sugere que o grupo focal ideal tenha de seis a oito participantes, mas, caso o número de interessados ultrapasse essa quantidade, é possível organizar mais de um grupo para garantir interações mais ricas e aprofundadas. Para prevenir a ausência de participantes, recomenda-se convidar até 15 pessoas, sabendo que algumas podem não comparecer. No caso deste trabalho, como compareceram sete participantes, não foi necessário remarcar o grupo por baixo quórum e nem realizar mais de um grupo focal.

O roteiro, elaborado a partir da revisão de literatura e objetivos do estudo, continha perguntas abertas para enriquecer as respostas. Antes do início dos grupos focais, o TCLE foi lido, e o consentimento dos participantes gravado. As câmeras permaneceram ligadas para manter um contato visual, simulando o ambiente de roda. A transcrição do áudio foi realizada integralmente pela pesquisadora para posterior análise do conteúdo.

### **5.4 Local e período de estudo**

O município de Ouro Preto fica localizado na região central de Minas Gerais, a 89 km de Belo Horizonte, e destaca-se por sua rica herança histórica e importância geográfica. Situada na Serra do Espinhaço, a cidade possui uma área territorial de 1.245,865 km<sup>2</sup> e uma altitude média de 1.150 metros, atingindo seu ponto culminante no Pico do Itacolomi, com 1.772 metros. O clima é tropical de altitude, com temperaturas variando entre 6 °C e 28 °C.



Conforme dados do IBGE de 2022, a população é de 74.821 habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO, 2024).

A rede de saúde do SUS em Ouro Preto é predominantemente pública, com a atenção básica e de urgência gerida pelo município e os serviços hospitalares realizados pela Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto (SCMOP), conveniada ao SUS. A infraestrutura inclui 10 unidades de saúde na sede (sendo um ponto de apoio), 26 na área rural (sendo 16 pontos de apoio), uma policlínica e duas unidades de urgência e emergência, três CAPS, além de unidades de saúde bucal e unidades especializadas, como o Hospital de Olhos. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o município conta com 26 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que 12 equipes atuam na sede e 14 na área rural (GOUVEIA, 2025). Os pontos de apoio para atendimento foram regulamentados pela Portaria nº 740, de 28 de março de 2018, que alterou a Portaria de Consolidação nº 6/MS/GM, de 28 de setembro de 2017, correspondendo a estrutura física de menor porte, vinculada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), compartilhando o mesmo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O objetivo desses pontos de apoio é ampliar o acesso a populações rurais, dentre outras (BRASIL, 2018).

A Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto (SCMOP) foi fundada na primeira metade do século XVIII, no contexto da Vila Rica colonial, para oferecer assistência médica e caridade aos mais necessitados. Associada à Irmandade de Santana, a instituição seguiu os princípios das Misericórdias portuguesas, garantindo atendimento a enfermos, presos e desamparados, além de servir de pouso para alimentar as pessoas e oferecer-lhes descanso. Após anos sendo negada pela coroa portuguesa, a construção do hospital ocorreu após doação de recursos pelo minerador português capitão-mor Henrique Lopes de Araújo, viúvo e sem filhos. Durante o período imperial e republicano, enfrentou desafios financeiros e estruturais, mas manteve sua relevância como um dos principais centros de atendimento da região. Atualmente, continua desempenhando um papel fundamental na assistência à saúde local, ainda sendo o único hospital no município de Ouro Preto (ANDRADE, 2023).

A instituição conta hoje com um pronto atendimento, 58 leitos de enfermaria, 24 leitos apartamentos, 20 leitos de Terapia Intensiva, 10 leitos de Pediatria, maternidade com bloco obstétrico e centro cirúrgico (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OURO PRETO, 2025), sendo que os residentes de MFC cumprem 50 horas em urgência e emergência ortopédica, 500 horas em enfermaria de Clínica Médica, 200 horas em enfermaria de

Pediatria, 100 horas em urgência e emergência em Clínica Médica (sendo 50% em sala vermelha da SCMOP e 50% na UPA), 100 horas em urgência e emergência em Pediatria e 108 horas em plantão de Ginecologia e Obstetrícia, de acordo com o último Plano Curricular Pedagógico da residência, de 2023.

## **5.5 Análise dos dados**

A análise dos dados coletados baseou-se na técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin (BARDIN, 2011), que permite compreender as características, estruturas e modelos que permeiam as respostas dos participantes, e é estruturada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Todas as etapas de análise foram realizadas apenas pela pesquisadora.

Na pré-análise, foi feita uma leitura inicial e flutuante da transcrição integral do grupo focal com o objetivo de identificar hipóteses e ajustar os objetivos do estudo. Na exploração, as falas foram categorizadas em temas e expressões significativas que refletiam os fatores de afastamento e suas implicações. Nessa etapa, foi possível identificar seis categorias semânticas:

1. Ambiente organizacional
2. Condições de trabalho
3. Aspectos pessoais e culturais
4. Experiências negativas nos estágios hospitalares
5. Perspectiva sobre o cuidado
6. Estigma à especialidade

Por fim, os dados foram analisados para identificar padrões, relações e significados emergentes, surgidos naturalmente da dinâmica do grupo focal, indo além das questões inicialmente propostas. Nesse sentido, foram identificados temas que se repetiram nas falas mais relacionados a um reconhecimento daqueles profissionais sobre a importância do ambiente hospitalar para o médico de família e comunidade, tanto durante o processo de formação quanto já como especialista, e vice versa, ou seja, reconhecem também a importância do médico de família e comunidade para garantir a boa dinâmica do trabalho

dentro do ambiente hospitalar. Nesse sentido, foi possível organizar essas ideias em 4 categorias:

1. Aprimoramento clínico
2. Coordenação do cuidado e articulação na rede
3. Conhecimento ampliado dos determinantes sociais em saúde
4. Fortalecimento da comunicação e da integralidade do cuidado

Por fim, diversas ideias foram identificadas como propostas e estratégias para melhorar a integração entre os cuidados primários e hospitalares.

## **5.6 Aspectos éticos**

Este estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos vigentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto (CEP UFOP), sob o parecer de número 82269624.5.0000.5150. Todos os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos, riscos e os benefícios dessa pesquisa, antes de sua participação. O TCLE (APÊNDICE B) foi apresentado e explicado a cada participante, sendo obtido o aceite verbal (gravado e arquivado) antes do início do grupo focal. Para garantir a confidencialidade e privacidade dos participantes, todas as informações coletadas foram tratadas de forma anônima e confidencial pela própria pesquisadora. Por esse motivo, na categorização das falas, os médicos foram identificados por números de 1 a 7 (ex. Médico 1). Os dados coletados no grupo focal estão armazenados em local seguro, com acesso restrito à pesquisadora, e assim permanecerão por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

A metodologia proposta poderia causar algum tipo de desconforto psicológico, especialmente relacionado ao contexto do grupo focal, que envolve a exposição de percepções e opiniões pessoais sobre o tema da pesquisa. Além disso, a presença de câmeras ligadas poderia ser desconfortável para alguns participantes que não se sentem à vontade em ambientes gravados. Por esse motivo, os participantes foram informados sobre o direito de retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento, sem prejuízo ou penalidade. Caso algum participante solicitasse exclusão da pesquisa, todos os dados

relacionados a ele seriam imediatamente removidos e destruídos. A pesquisa apresentou risco mínimo aos participantes, equivalente ao de atividades cotidianas. No entanto, caso algum desconforto ou constrangimento fosse percebido durante o grupo focal, os participantes foram orientados a comunicar imediatamente ao pesquisador, podendo interromper sua participação se assim desejassem, a fim de minimizar esses constrangimentos. Felizmente, nenhum dos riscos mencionados se concretizou durante a coleta de dados. Todos os participantes se mostraram confortáveis e à vontade para compartilhar suas percepções, e nenhum desconforto psicológico foi relatado. A coleta de dados foi concluída com sucesso, sem interrupções ou pedidos de exclusão, assegurando a integridade e a qualidade das informações obtidas. Ao término do estudo, os resultados serão divulgados aos participantes e à comunidade científica, sempre preservando o anonimato dos envolvidos.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

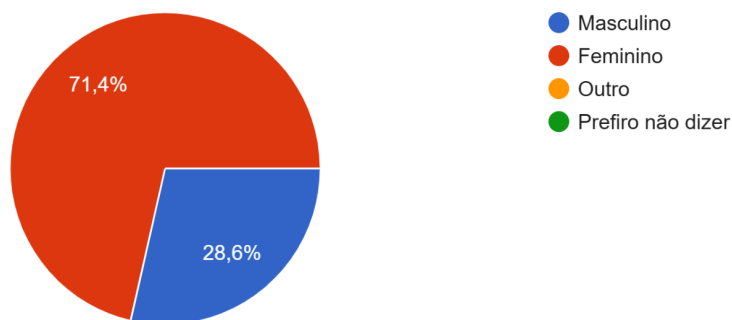
### 6.1 Perfil dos participante do grupo focal

O perfil dos profissionais que compuseram o grupo focal foi traçado a partir da análise dos dados coletados por meio do formulário online respondido pelos sete participantes, cujas idades variam entre 27 e 39 anos, com predominância do gênero feminino (GRAF. 1). O período de conclusão da residência em Medicina de Família e Comunidade pela UFOP variou entre os anos de 2018 e 2023 (GRAF 2), sendo que o tempo de atuação na área varia entre um e sete anos.

**Gráfico 1** - Distribuição de gênero dos participantes do grupo focal

Qual seu gênero?

7 respostas

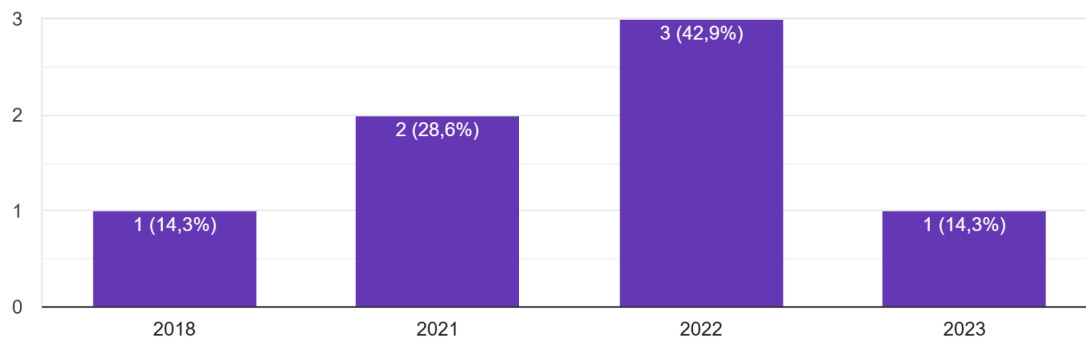


Fonte: Elaborado pela autora

**Gráfico 2** - Distribuição dos participantes do grupo focal quanto ao ano de término da residência

Em que ano você concluiu sua residência em Medicina de Família e Comunidade na UFOP?

7 respostas



Fonte: Elaborado pela autora

Muitos iniciaram suas trajetórias profissionais como residentes e, posteriormente, consolidaram suas carreiras na especialidade, destacando-se pela diversidade de funções desempenhadas. Entre as atividades relatadas, estão o atendimento clínico na Atenção Primária à Saúde (APS), a preceptoria de graduação e em programas de residência médica, a atuação em serviços de urgência em saúde mental, atuação como médico regulador no SUS no município de Ouro Preto e atividades relacionadas à educação continuada.

O perfil demográfico dos médicos participantes do grupo focal apresenta diferenças e semelhanças em relação ao atual perfil nacional dos médicos. No Brasil, de acordo com o estudo Demografia Médica no Brasil 2020, a Medicina tem se tornado cada vez mais jovem e feminina, com uma média de idade de 45 anos e uma crescente participação feminina, que já corresponde a 46,6% dos médicos em atividade. A MFC representa uma pequena parcela dos médicos especialistas no Brasil, totalizando 7.149 profissionais, o que equivale a apenas 1,7% do total de especialidades médicas. Em comparação, especialidades gerais como Clínica Médica (17,7%), Pediatria (10,1%), Ginecologia e Obstetrícia (7,7%) e Cirurgia Geral (8,9%) possuem uma representatividade muito maior dentro do cenário médico nacional. Além disso, os médicos de família e comunidade têm um perfil mais jovem, com média de idade de 41,7 anos, enquanto outras especialidades tendem a apresentar uma média etária mais elevada (SCHEFFER, 2020).

## **6.2 Análise das categorias relacionadas ao afastamento dos médicos do ambiente hospitalar**

A análise dos dados revelou seis categorias principais que influenciam para o afastamento dos médicos de família e comunidade formados pela UFOP do ambiente hospitalar: **ambiente organizacional, condições de trabalho, aspectos pessoais e culturais, experiências negativas nos estágios hospitalares, perspectiva sobre o cuidado e estigma à especialidade.**

A análise a partir da categorização das ideias levantadas durante o grupo focal revela múltiplos desafios que justificam o afastamento desses médicos de família e comunidade formados pela UFOP do ambiente hospitalar na realidade de Ouro Preto, com destaque para o impacto dos **aspectos pessoais e culturais, do ambiente organizacional do hospital, do estigma relacionado à especialidade** e das **experiências negativas nos estágios hospitalares**. A maioria dos participantes do grupo focal apontou que questões relacionadas a

essas categorias foram determinantes para o afastamento do ambiente hospitalar após a conclusão da residência, uma vez que 5 dos 7 participantes apresentaram citações relacionadas a cada uma delas. Impasses relativos a **perspectiva sobre o cuidado e condições de trabalho** apresentaram relevância semelhante no debate, sendo que cada uma delas foi considerada por três participantes.

O **ambiente organizacional** no hospital foi identificado como uma barreira significativa para a atuação dos médicos de família e comunidade no contexto hospitalar. Relações fragmentadas entre as equipes e a comunicação limitada dificultaram a integração dos profissionais, criando um cenário de isolamento e descontinuidade no cuidado. Além disso, a burocracia excessiva, com exigências formais, como solicitações de interconsultas via sistema, tornou-se um obstáculo para ações consideradas simples e que seriam, talvez, resolvidas de uma forma mais eficiente na forma de diálogos e discussões diretas entre a equipe, como pode ser visto nas falas abaixo:

*“Mas foi um ambiente um pouco amedrontador, nesse sentido, de precisar tanto da equipe para a gente conseguir fazer um cuidado adequado para o paciente e, ao mesmo tempo, é uma equipe que não era coesa, que a gente não conversava, que a gente não conseguia dialogar, era uma equipe que a gente trabalhava via online, sendo que estava todo mundo trabalhando junto, mas só podia funcionar via prescrição. Então, isso me irritava muito, então tinha uma urgência, eu falava, pelo amor de Deus, me traz um soro. Não, não pode, tem que ir lá no computador prescrever o soro. Então, tudo era muito demorado, eu acho que isso me angustiava muito, assim, muito. [...] Então, isso para mim me indignava muito, de precisar tanto de uma equipe, e ao mesmo tempo não conseguir conversar direito com a equipe, que não era fechada, e tudo servia com o computador. Eu acho que isso, com certeza, e também a necessidade até mesmo, por exemplo, de acessar outros serviços, era também um acesso muito burocrático, que a gente ia, imprimia uma folha, aquela folha ia para o secretário, vinha outro médico, dava o parecer e anotava ali. E não existiam muitos ambientes de diálogo, não sei se isso ainda é o contexto atual, mas eu acho que era o que me angustiava.”*

Médico 4

*[...] “eu não consigo me lembrar de nenhuma discussão de caso em equipe que a gente teve, assim, dos pacientes, sabe? Eu acho... o que a gente precisava discutir era muito por papel e solicitação de interconsulta, tipo assim, preciso de um nutricionista, escreve e aí deixa lá no negocinho, depois eles vêm e pega e passa e olha. Precisa de avaliação de ferida, pede interconsulta. Precisa de cirurgia, pede interconsulta. A gente, nem ir lá conversar a gente não ia, né, então era tudo muito protocolado nesse sentido, sabe.”*

Médico 5

A desorganização na gestão hospitalar, refletida em fluxos de trabalho confusos e erros frequentes, contribuiu para um ambiente percebido como desmotivador e ineficaz, o que fica evidenciado nas falas dos Médicos 3 e 4:

*“[...] mas eu achava um serviço desesperador no sentido de eficiência, assim. Então, vi muitos profissionais fazendo coisas muito erradas, assim, erros não só médicos, erros de toda a equipe, coisas horrendas acontecendo com pacientes, então meio que me traumatizei, achei esse lugar horrível para nunca estar. Então, depois de formada, eu sempre pensei, nossa, se eu trabalhar no posto, eu vou querer pegar um plantãozinho ou outro em hospital, e tudo, pensei, nossa, na Santa Casa, jamais, aquele lugar ali é para dar ruim, assim, não quero me envolver com aquele tanto de coisa errada que rola.”*

Médico 3

*“[...] E eu já chegava com muita ânsia de já passar nos meus pacientes, principalmente os que estavam mais graves, porque eu não conseguia confiar mesmo na equipe noturna do cuidado, achava que era muito negligenciado o cuidado, principalmente que o paciente estava com mais grau de instabilidade, tive experiências muito traumatizantes de pacientes ficarem a noite toda com oxigenação de 60, dentro de um ambiente hospitalar e nada foi feito.”*

Médico 4

O **estigma e a rejeição** enfrentados pelos médicos de família e comunidade no hospital foram apontados como uma das principais razões para o afastamento, sendo destacados por cinco dos sete participantes, sendo identificadas sete menções com esse conteúdo. Relatos indicaram preconceito por parte de colegas de outras especialidades, que frequentemente desvalorizavam a formação e as competências dos médicos de família e comunidade, criando um ambiente hostil e pouco receptivo a esses profissionais. Essa dinâmica, associada à hierarquia hospitalar, dificultou a integração e a colaboração entre os profissionais, gerando frustrações e desmotivação, como ilustra a fala do Médico 6:

*“Mas aí, acho que uma parte que tem que ter muita força de vontade para quebrar algumas barreiras que entra a questão das outras especialidades médicas, né, que em geral vivem ali nos seus castelos, né, e muitas vezes o médico de família, antes de ouvir, o cara acha que você não sabe nem andar, não é nem alfabetizado, né. Então isso, você tem que estar disposto, né, a se mostrar, trocar ideia e tudo mais, porque muitas vezes o cara já olha torto para você e tudo bem. Acho que tem gente que pode se acuar com isso, né, e se afastar, né, então que vai muito do perfil de cada um, porque não costuma ser a coisa mais receptiva do mundo o médico de família dentro do hospital, né. Então, vivenciei isso aqui, vivenciei isso em outros lugares, não estou nem aí, mas acho que tem gente que isso pode ser uma parada bem difícil, né. Pessoas que já chegaram em um momento de insegurança, então já chegar e ainda não ser bem recebido, ainda ver que tanto residentes de*



*outras especialidades quanto médicos de outras especialidades falam “isso aí, isso aí é ignorante”, né [...]”*

Médico 6

O estigma e o preconceito enfrentados pelos médicos de família e comunidade no Brasil, principalmente por parte de outros especialistas, refletem tanto a falta de reconhecimento da especialidade quanto a desvalorização histórica da atenção primária no sistema de saúde. De acordo com relatos apresentados no grupo focal, essa marginalização pode alimentar uma percepção de inferioridade, agravada por atitudes de profissionais de outras especialidades que frequentemente subestimam as habilidades dos médicos de família e comunidade, tratando-os como inexperientes ou desqualificados, como evidenciado abaixo na fala do Médico 2. Essa hostilidade inicial, muitas vezes mascarada por desconhecimento ou preconceito, pode gerar insegurança e afastamento, principalmente entre os profissionais em formação.

*“Os residentes da Clínica e da Medicina de Família não rodavam juntos, então eles tinham aula que me diziam que é como se fossem aulas de mais qualidade sobre temas clínicos, e eu não podia participar [...]”*

Médico 2

Os médicos de família e comunidade também enfrentam uma visão distorcida sobre seu papel na rede de saúde, sendo frequentemente vistos como meros intermediários para encaminhamentos a especialistas ou responsáveis apenas por tarefas burocráticas, como renovação de receitas, de acordo com o que foi apontado na fala abaixo do Médico 3. Essa visão fragmentada ignora a essência da Medicina de Família e Comunidade, que é centrada no cuidado integral e na coordenação dos serviços.

*“[...] de maneira geral acho que tem um desconhecimento total, assim, do que a gente faz, do que a gente é. Então, quando vem uma alta assim de um residente, tá, bacaninha e tal, coordenação do cuidado, mas quando não é do residente, ainda vejo tipo, sei lá, “ao posto de saúde, favor encaminhar para cardio, nefro, pneumo, num sei que, num sei que”. Hoje eu recebi um, mas aí tudo bem, foi de BH, da Oncologia, encaminhando uma, queria que eu encaminhasse o paciente pra Reumatologia pra avaliar dor crônica porque ela tinha dor em peitoral, sendo que ela tinha um pontinho gatilho idiota, sabe. Então, assim, eu acho que eles ainda têm um olhar muito fragmentado, do tipo “ah, eu sou um pneumo, eu tô cuidando do pulmãozinho, mas se ela tem hipertensão, encaminha logo pro cardio” e não faz a menor ideia que existe a gente, que é o cuidado integral, que a gente é o médico do paciente. Parece que a gente ainda é o encaminhador mesmo, ou o médico do postinho que é só renovar as receitas, sabe.”*

Médico 3

Apesar disso, há relatos de avanços graduais no reconhecimento da especialidade, especialmente à medida que a residência se consolida e os médicos demonstram individualmente suas capacidades, como apontado na fala abaixo do Médico 7. No entanto, esse processo ainda é heterogêneo e depende do esforço de cada profissional para desmistificar preconceitos e construir conexões, evidenciando a necessidade de uma mudança cultural mais ampla no sistema de saúde para valorizar o papel estratégico da MFC na promoção de um cuidado integral e eficiente (ANDERSON, 2005).

*“Eu tenho impressão que, à primeira vista, a especialidade não é bem vista, então, as pessoas não reconhecem a gente como bons clínicos, como pessoas que fazem um bom trabalho. Só que com o tempo, acho que na medida que também a residência foi crescendo e foi fixando mais MFCs na rede, a gente foi conquistando nosso espaço, então imagino que hoje veem com mais bons olhos essa possibilidade de contato, de formação de rede com a gente da Atenção Primária do que antes, mas ainda assim é muito heterogêneo nesse sentido que o [Médico 6] tá falando. À medida que eles foram conhecendo cada um de nós, foram criando os conceitos sobre a gente individualmente e, também, as pessoas que se interessaram em construir isso, porque tem aqueles que continuam nem se interessando. Então ainda acho que é muito heterogêneo, acho que está melhor, mas talvez não com essa ideia da potencialidade da MFC ainda no imaginário das pessoas, mas com do individual.”*

Médico 7

Os desafios da Medicina de Família e Comunidade (MFC) em obter reconhecimento pleno de suas atribuições refletem a complexidade da especialidade e a estrutura ainda predominante dos sistemas de saúde no Brasil. Além disso, o crescimento da subespecialização médica, especialmente em ambientes hospitalares, reforça a fragmentação do cuidado, afastando a MFC do núcleo das decisões de saúde. Apesar de lidar com cerca de 85% das demandas de saúde da população em nível primário, o médico de família e comunidade muitas vezes não é valorizado por sua capacidade de gestão integral e coordenação do cuidado em sistemas que priorizam tecnologias de alta densidade e procedimentos complexos. A falta de compreensão sobre o impacto positivo da MFC na equidade e eficiência dos sistemas de saúde é outro obstáculo, dificultando o avanço da especialidade no país, que ainda enfrenta limitações em sua consolidação no imaginário médico e social (ANDERSON, 2005).

**Aspectos pessoais e culturais** indicaram que muitos médicos já ingressaram na residência com pouca afinidade pelo ambiente hospitalar, influenciados por experiências negativas anteriores ou por uma inclinação natural à atenção primária. Essa percepção foi reforçada pela visão do hospital como um espaço artificial e desconectado dos valores centrais

da Medicina de Família e Comunidade (MFC), como o cuidado integral e humanizado, elementos que contrastam com o modelo hospitalar tradicional, como evidenciado abaixo nas falas dos Médicos 1, 4 e 5:

*“[...] desde antes da residência eu nunca me interessei pelo ambiente hospitalar, então já na residência não foi diferente, né?”*

Médico 1

*“Então, eu acho que seria incoerente mesmo, pela minha forma de pensar a saúde, estar trabalhando naquele ambiente, é uma coisa que eu não tenho desejo mesmo e interesse.”*

Médico 4

*“E também nunca tive muita afinidade com esse ambiente hospitalar, né? Desde a graduação, na verdade, na UFOP, a gente não tem muito contato com o ambiente hospitalar. Então, a gente tem muito mais contato com a APS do que com o hospital. [...] E é um tipo de paciente, né? De acompanhamento que eu também não me sentia à vontade de fazer. [...] E somando-se a isso, acho que a afinidade pessoal mesmo, de não gostar muito.”*

Médico 5

As **condições de trabalho** também foram citadas como fatores de desmotivação. A sobrecarga de tarefas, aliada à falta de tempo para descanso e à pressão constante, criou um cenário de esgotamento físico e emocional, como fica claro nas falas abaixo dos Médicos 2 e 5. Vale ressaltar que nos últimos anos, houve uma remodelação do estágio em enfermaria de Clínica Médica da residência de MFC da UFOP, de modo que os residentes possam passar o tempo integral do estágio em ambiente hospitalar, sem a necessidade de dividir a carga horária com as demandas dos respectivos campos de estágio em atenção primária, o que provavelmente vem contribuindo para o alívio da sobrecarga e da pressão.

*“Então, foi um estágio traumático, e mais traumático ainda do que isso, por incrível que pareça, era chegar no posto sem ter almoçado, e não ser compreendida pelo preceptor do posto, que não era o mesmo do hospital, de que eu não tinha descansado, não tinha almoçado, então eu chegava e já tinha uma agenda.”*

Médico 2

*“E era um ‘de manhã’ no sentido de que, assim, ‘de manhã’ até acabar o que tem que fazer, né? Então, não é de manhã até a hora do almoço. Então, isso já foi um fator que acho que complicou um pouco, porque experiências que eu tinha com o hospital era zero, então não tinha hábito com o tipo de serviço, com prescrição, com discussão de caso, com passagem, com nada. Então, eu sempre atrasava e não conseguia fazer as coisas direito. Eu sempre chegava no posto atrasada, enfim.”*

Médico 5

Além disso, as estruturas hospitalares inadequadas, muitas vezes pouco acolhedoras para pacientes e profissionais, dificultaram o estabelecimento de vínculos humanos, essenciais para a prática da Medicina de Família e Comunidade, reforçando a sensação de desalinhamento com os valores da especialidade. Além disso, pode-se acrescentar a ausência de tempo protegido dentro da carga horária semanal ou proposta de remuneração para que os médicos de família e comunidade consigam realizar visitas a pacientes no hospital ou para discussões clínicas presenciais com os profissionais do hospital, como sugerem as falas do Médicos 6:

*“Acho que a gente que trabalha 40 horas já não quer trabalhar mais, mas acho que dependendo de como fosse o ambiente, poderia ser mais convidativo para algumas pessoas animarem e dar um plantão ou outro, né? Acho que o Ouro Preto não oferece muito isso.”*

Médico 6

*“Eu também, particularmente, nunca fui [visitar pacientes no hospital], é, acho que por uma questão geográfica, assim, de tempo, mas tive vontade já [...]”*

Médico 6

Na categoria de **experiências negativas nos estágios hospitalares** durante a residência de Medicina de Família e Comunidade, muitos participantes relataram uma preceptoria insuficiente durante suas formações, marcada pela falta de suporte adequado para tomadas de decisão e pela ausência de estímulo ao aprendizado prático. A supervisão limitada aumentou o estresse dos residentes e gerou insegurança na atuação clínica, enquanto as metodologias e ferramentas características da MFC foram pouco exploradas no contexto hospitalar, como o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), o que prejudicou a experiência formativa e contribuiu para o afastamento desses profissionais, como exposto nas falas seguintes do Médico 3:

*“Ah, eu sinto que eu não desenvolvi nenhuma habilidade, assim, que eu saí direto da faculdade, bem crua, acho que meio imatura mesmo, não senti que eu tive nenhuma preceptoria nada ombro a ombro, foi uma coisa bem largada, tipo assim, ah, chega 9h, discute uma horinha e vai embora, então me sentia meio solta, meio sozinha lá [...]”*

Médico 3

*“[...] eu cheguei da faculdade sem nem saber o que significa essa sigla [MCCP], foi um dos meus primeiros estágios, zero incentivo pela preceptoria do hospital e na preceptoria da MFC lá dentro do posto eu tava começando a aprender a tatear o que era isso, então eu sinto que eu não*

*apliquei nada e sinto que poderia sim ser aplicado numa lógica um pouquinho diferente, mas com o mesmo objetivo.”*

Médico 3

Foi citado também o tempo insuficiente para uma formação mais robusta e confiante dos residentes de MFC para atuarem em ambientes hospitalares. Essa preparação limitada resulta em um sentimento frequente de insegurança entre os médicos de família e comunidade recém-formados ao lidarem com o ambiente hospitalar, especialmente em situações que exigem tomadas de decisão rápidas ou conhecimentos técnicos avançados próprios daquele ambiente, como exposto abaixo na fala do Médico 5. Muitos relatam dificuldades em navegar pelas dinâmicas hospitalares, como a hierarquia rígida e a fragmentação do cuidado, além de enfrentarem preconceitos por parte de colegas de outras especialidades, questão já discutida anteriormente.

*“E durante esses três meses, por mais que eu tenha visto muitas coisas, aprendido muitas coisas, eu não me senti preparada para atuar profissionalmente no ambiente hospitalar depois, sozinha. Então, é totalmente diferente. Um residente de Clínica que fica dois anos no hospital para trabalhar depois no hospital e a gente que passa três meses de estágio para trabalhar no hospital. Então, eu me sentia zero preparada. Se eu tiver que intubar alguém aqui, eu caio para trás, porque eu não sei fazer isso.”*

Médico 5

O afastamento dos médicos de família e comunidade do ambiente hospitalar perpetua um ciclo de descontinuidade na formação, já que a ausência de preceptores experientes dentro do hospital reduz as oportunidades de aprendizado e integração dos conhecimentos. Essa dinâmica limita o potencial de atuação dos médicos de família e comunidade em cenários hospitalares e enfraquece sua capacidade de coordenar o cuidado de forma efetiva entre os diferentes níveis de atenção. É importante que os residentes tenham acesso a experiências práticas e a preceptores capacitados e com valores compatíveis de cuidado que os preparem para os desafios hospitalares, reforçando sua confiança e ampliando sua competência clínica. Essa transformação é relevante para garantir que os médicos de família e comunidade desempenhem plenamente seu papel na rede de atenção, contribuindo para um sistema de saúde mais integrado e eficiente, sem perder de vista os princípios que orientam a especialidade.

Ainda dentro dessa categoria, o impacto da pandemia de COVID-19 foi citado pelos médicos que vivenciaram seus estágios hospitalares nesse contexto, o que intensificou as experiências negativas no ambiente hospitalar. O contexto de medo e insegurança agravou o estresse dos profissionais, tornando o trabalho hospitalar ainda mais desafiador, como fica

claro na fala abaixo do Médico 4. A pandemia evidenciou fragilidades no sistema de saúde, reforçando a percepção de inadequação das condições de trabalho e acentuando a preferência dos médicos de família e comunidade pelo foco em serviços comunitários e domiciliares, considerados mais seguros e alinhados às demandas da população.

*“Então, uma experiência da residência também foi, nesse cenário Santa Casa, também nesse cenário pandemia, que tinha um contexto do medo muito grande, todos os funcionários eram funcionários que estavam muito amedrontados, os próprios pacientes, quando internavam, mesmo sem ser Covid, ficavam com medo de ser Covid, eu também estava sentindo muito medo de pegar Covid, naquela época e tudo mais. Então, eu acho que esse cenário do medo que existia pelo contexto pandêmico, eu acho que deixou o estágio ainda mais difícil, assim.”*

Médico 4

Por fim, a **perspectiva sobre o cuidado** destacou um ceticismo em relação ao modelo hospitalar tradicional, visto por muitos como fragmentado e menos efetivo na promoção da saúde integral. Os participantes demonstraram uma preferência clara por um papel articulador na rede de atenção, priorizando a coordenação de cuidados entre diferentes níveis de serviço, em vez da prestação direta de cuidados hospitalares, como evidenciado nas falas abaixo dos Médicos 1 e 4. Essa visão reforça o compromisso da Medicina de Família e Comunidade com a integralidade e a continuidade do cuidado, destacando a importância de estratégias que aproximem os médicos de família e comunidade do ambiente hospitalar sem comprometer os valores centrais da especialidade.

*“No geral eu não gosto do ambiente hospitalar pelo ambiente em si, então eu tenho um pouco uma sensação de que ninguém é de ninguém, aquele lugar ali não é de ninguém, tá todo mundo de passagem, e como residente que também estava de passagem, não consegui me identificar tanto com aquele lugar no trabalho para ir me desenvolvendo.”*

Médico 1

*“Então, eu ficava ali, eu entendia aquela minha relação ali muito mais importante que somente uma relação profissional, porque eu era uma das pessoas que o paciente conseguia conversar ali naquele dia. Então, esse ambiente artificial também, que o hospital proporcionou, e muito naquele contexto, então tinha que procurar - e aí, com o jeito de médica de família que eu tenho, eu tinha que desembolar. Então, bora fazer videoconferência com a sua família, bora ligar e etc. E aí, eu acho que fez ficar um ambiente que era difícil, penoso e cansativo de trabalhar. E acho que isso... Eu não tive vontade mesmo, interesse de trabalhar no cuidado hospitalar pós, porque eu não acho que é uma questão de perfil mesmo profissional. Não me vejo tanto com esse perfil desse tipo de cuidado. E muitas vezes eu nem acredito muito no cuidado hospitalar.”*

Médico 4

### 6.3 Análise das categorias relacionadas à importância dos médicos de família e comunidade no ambiente hospitalar

As ideias apresentadas no grupo focal não ficaram restritas à exploração dos motivos para o afastamento dos médicos de família e comunidade do ambiente hospitalar, como também revelaram percepções da importância do ambiente hospitalar na prática do médico de família e comunidade de uma forma, as quais foram organizadas em quatro categorias: **aprimoramento clínico, coordenação do cuidado e articulação na rede, conhecimento ampliado dos determinantes sociais em saúde e fortalecimento da comunicação e da integralidade do cuidado**. A partir da avaliação do conteúdo, constatam-se benefícios mútuos da presença do médico de família e comunidade no ambiente hospitalar, por um lado pela formação e aprimoramento dos médicos, e por outro pelo incremento no bom funcionamento da dinâmica hospitalar.

O ambiente hospitalar oferece uma oportunidade ímpar para que médicos em formação desenvolvam **competências clínicas aprofundadas**, enfrentem casos de maior complexidade e aprimorem habilidades de manejo em situações críticas, como doenças graves e avançadas e o fim de vida, por exemplo. Como apontado pelos participantes do grupo focal, a experiência hospitalar proporciona contato com pacientes em condições agudas e crônicas descompensadas, permitindo não apenas o desenvolvimento técnico, mas também a construção de uma visão mais abrangente e integrada da linha de cuidado do paciente, como exposto nas falas dos Médicos 2, 4 e 7:

*“Eu gostava do estágio porque ele me colocava em contato com coisas, com outro nível de complexidade dos casos, e aquilo me fazia estudar [...]”*

Médico 2

*“Particularmente, eu achei muito interessante para me desenvolver clinicamente, assim, eu gostava de ver o paciente várias vezes, ir, ver de novo, estava com dúvida, voltava no paciente no outro dia, via evolução e etc.”*

Médico 4

*“Com certeza tem um lado do aprendizado, acho que é uma oportunidade muito legal da gente desenvolver algumas partes do conhecimento que estimulam muito o nosso cuidado e o nosso entendimento mesmo, né, da linha de cuidado do paciente e também da rede, assim. Isso é indiscutível.”*

Médico 7

Essa vivência também promove a **ampliação das habilidades de coordenação do cuidado**, que é um dos pilares da especialidade. Os residentes aprendem a interagir com equipes interdisciplinares, buscar respostas diretas de especialistas e articular a continuidade do cuidado entre o hospital e a atenção primária. A experiência relatada pelos médicos destaca a importância de criar contatos e vínculos com outros profissionais da rede, principalmente no contexto de uma cidade de pequeno porte como Ouro Preto em que essa dinâmica é favorecida, o que facilita o acesso a serviços e melhora a assistência aos pacientes, especialmente na alta hospitalar, quando a coordenação de visitas domiciliares e outros cuidados é essencial. Essas percepções são exemplificadas nas seguintes falas dos Médicos 1 e 7:

*“Então isso de correr atrás das outras especialidades que é muito do MFC, um pouco eu aprendi no hospital, tipo assim, já pedi interconsulta da cirurgia, a cirurgia não tá vindo, então eu vou lá onde a cirurgia fica, converso com o cirurgião e peço pra ele vir. Tô querendo vaga no CTI, não tem? Vou bater lá na porta do CTI e pedir vaga. Acho que essa foi uma habilidade que eu aprendi, mas que eu não considero que é trabalho em equipe, eu considero que é coordenação do cuidado.”*

Médico 1

*“E acho que é um pouco do, acho que vai muito de encontro com o que eu vejo assim, né, do perfil da MFC de querer um contato mais de diálogo mesmo. Então acho que coisas que os outros médicos lá iam fazer um encaminhamento e entregar, a gente ia e trocava uma ideia, assim. Eu lembro que a gente, que eu até era estimulado pelos preceptores, o que era algo legal, assim. Então trocar ideia com a equipe de Nutrição, é, Fisio, Psicologia, Assistência Social, rolava, assim, sabe? E era uma experiência interessante.”*

Médico 7

Por outro lado, a presença de médicos de família e comunidade no hospital também contribui significativamente para o funcionamento da instituição e a qualidade do cuidado. A atuação desses profissionais garante uma **abordagem integral e centrada no paciente**, reforçando a comunicação entre as equipes e promovendo uma visão ampliada que vai além das condições clínicas imediatas. Sua inserção no hospital oferece uma oportunidade de integrar os **determinantes sociais de saúde** ao contexto hospitalar, garantindo que o cuidado ofertado seja adequado e contínuo após a alta. Exemplos de articulações bem-sucedidas, como as realizadas em colaboração com os CAPS, a UPA e a Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto, expostas nas falas abaixo dos Médicos 7, 6 e 3, respectivamente, ilustram o potencial da especialidade para melhorar a transição e o acompanhamento dos pacientes.



*“É acho que já, já deu pra sentir bastante assim dos determinantes sociais de Ouro Preto, né.”*

Médico 7

*“Acho que o [Médico 7] falou uma coisa essencial, né, acho que estar na Santa Casa você conhece o município, também né, determinantes sociais, né. Porque às vezes você tem um residente que tá, sei lá, comigo em Santa Rita e aí entender o que que é Piedade, Santana, Santa Cruz, né, outro mundo, né, ali é um lugar que você vai ter contato com todo mundo, então, até depois de eu passar na gestão, vai ter reunião com o, ah, de atenção primária, então quando você entende um pouco mais do cenário fica, essa visão do todo é interessante.”*

Médico 6

*“É, mas teve uma paciente também na UPA que pediu pra gente ir lá visitar a família pra fazer um intermédio de comunicação. Eles falaram assim: “cara, a minha mãe tá internada na UPA, a gente não sabe o que ela tem, cada hora um médico fala uma coisa, nada tá fazendo sentido, por favor, vem cá, olha o que que ela tem e explica pra gente”. Foi meio isso, assim. mas acabou que quando a gente marcou de ir, ela foi transferida pra Santa Casa e aí deu tudo certo [...]”*

Médico 3

Além disso, a prática hospitalar possibilita a aplicação de ferramentas e conceitos centrais da Medicina de Família e Comunidade, como o método clínico centrado na pessoa e a pactuação de diretivas de cuidado em situações de fim de vida. Essas habilidades, desenvolvidas no ambiente hospitalar, são transferidas para a atenção primária, ampliando a capacidade dos médicos de família e comunidade de atuar de forma integral e eficiente. Portanto, o ambiente hospitalar não apenas enriquece a formação dos médicos de família e comunidade, mas também se beneficia de sua atuação, que agrega valor à dinâmica hospitalar e fortalece os elos entre os diferentes níveis de atenção.

A integração entre os cuidados primários e hospitalares em Ouro Preto ainda pode ser aprimorada por meio de diversas estratégias, conforme as falas apresentadas. Uma das sugestões foi o fortalecimento da atenção domiciliar, a fim de garantir que os pacientes recebam cuidados contínuos e personalizados fora do ambiente hospitalar, o que pode reduzir a sobrecarga tanto da atenção primária quanto da unidade hospitalar e UPA, como revelado na fala do Médico 4:

*“Acho que eu gostaria que a gente conseguisse proporcionar mais serviço público, um serviço de atenção domiciliar com mais qualidade.”*

Médico 4

Nesse sentido, vale ressaltar que em meados de 2024, a gestão municipal de Ouro Preto inaugurou o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) que pretende prestar cuidados a pessoas com dificuldades temporárias ou definitivas que restringem sua mobilidade, além de priorizar pessoas com doenças agudas, em cuidados paliativos e após altas hospitalares complexas. A equipe desse serviço conta, atualmente, com médico de família e comunidade, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem, nutricionista, psicólogo e fonoaudiólogo (PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO, 2025).

Ações para a conscientização e treinamentos dos profissionais do hospital em relação ao conceito de rede de atenção à saúde (RAS) e aos processos de coordenação de cuidados podem melhorar o fluxo de trabalho em nível municipal. Além disso, a melhoria nos cuidados hospitalares e a elaboração cuidadosa dos planos de alta contribuem para aumentar a confiança no sistema e reduzir o estresse dos médicos de família e comunidade, possibilitando um ambiente mais harmonioso e eficaz entre os níveis de saúde, como foi colocado nas falas dos Médicos 6 e 4:

*“[...] então assim, eventualmente pensar em uma questão de conscientização do... de quem vai receber essa galera, porque eu acho que tem potencial de ser bem traumático para algumas pessoas.”*

Médico 6

*“Eu acho que isso diminuiu [necessidade de discussão de casos com médicos da SCMOP], porque eu tenho ficado um pouco mais tranquila com o cuidado hospitalar, acho que melhorou, assim, o cuidado hospitalar, principalmente depois que o Giliard chegou lá, assim, chegou uma turma que me fez me deixar, realmente, muito mais tranquila com os meus pacientes quando vão pro hospital e com bons retornos, assim, então eu acho que eu diminuí essa, esse, esse processo de tentar ficar vendo com o paciente internado e eu percebi que essa era uma forma de aumentar muito o meu estresse, assim, no trabalho, sabe, ter que preocupar também com isso. Então, assim, foi muito positivo o serviço ter melhorado de uma maneira geral, que eu acho que melhorou sim, me deu uma tranquilizada mais e me fez diminuir o, a carga de trabalho, né, dentro do meu trabalho, assim, de fazer esses contatos.”*

Médico 4

*“Acho que eu tô alinhado com esse comentário da [Médico 4], né, de que, acho que sim, melhorou o cuidado, a gente tem tido mais, umas altas mais bem elaboradas, a gente consegue entender o que aconteceu, né.”*

Médico 6

O papel da residência de MFC da UFOP é destacado como uma ponte vital entre os diferentes níveis de atenção. Ter residentes disponíveis para discutir casos melhora a coordenação e a comunicação, mas essa proximidade ainda depende muito de contatos pessoais, indicando a necessidade de formalizar esses processos como parte de uma estratégia institucional mais ampla. A formação de internos e residentes em ambientes hospitalares é vista como uma oportunidade para mudar percepções e melhorar a coordenação de cuidados, como evidenciado nas falas dos Médicos 6 e 3:

*“[...] é importante ressaltar o papel da residência, né, da gente saber que, eventualmente, tem alguém ali que vai ser de mais fácil acesso pra discutir um caso, né, que já tá, é, que já é apresentado essa coisa do cuidado mais coordenado, né, então são pessoas mais abertas aí de trocar um caso, né, seja isso ou de conhecer a pessoa que tá ali de plantão, a pessoa que tá lá de médico, né.”*

Médico 6

*“Então acho que aí a importância da residência de trazer um pouco de uma proximidade pra facilitar essas discussões e a gente fica sempre bombardeando quem tá lá de residente pra buscar saber, ou buscar, acho que eu menos, acho que eu menos busco informação, mas às vezes eu mais de tentar oferecer algum, alguma coisa, né, às vezes que há mais de ano acompanha o paciente, trazer um ponto de vista para aquela pessoa que tá conhecendo o paciente ali agora, né, então tentar contribuir com, seja no âmbito de entender alguns determinantes sociais da pessoa, já entender alguma parte mais do histórico, né, acho que menos dessa angústia do tipo “meu deus, eu preciso ir lá porque sabe lá com quem que essa pessoa tá”, aí acho que mais no sentido de contribuir como alguém que, que bebeu da longitudinalidade, né, que conhece mais aquela pessoa, né, então acho que eventualmente nesse sentido, e a residência estar ali dentro facilita muito por isso.”*

Médico 6

*“Os contatos que eu tenho atualmente com a Santa Casa, no meu caso, é quase 100% via residente.”*

Médico 3

Além disso, a presença de médicos de família e comunidade em funções de preceptoria de graduação e gestão pode ajudar a sensibilizar outros profissionais de saúde sobre a importância de seu papel na rede de atenção. Essa sensibilização pode criar uma cultura de integração, onde os médicos de família e comunidade são reconhecidos como peças essenciais no sistema de saúde, como apontado pela seguinte fala do Médico 7:

*“[...] acho que esse ponto de vista do médico de família como coordenador, acho que tá muito relacionado ao que a gente tem,*

*principalmente, na graduação, o contato que a gente tem, né, e aqui em Ouro Preto é uma oportunidade muito legal, é, acho que a gente tem, que grande parte aqui do, dos preceptores que tão, são preceptores também do internato. Então acho que é uma oportunidade muito legal da gente meio que criar um pouco de uma mudança de visão, assim, né. Então quando a gente faz uma coordenação de cuidado massa, é, o interno, com certeza, percebe isso também, e acho que a gente vai tá, é uma oportunidade legal da gente mudar esse, esse, essa realidade, né.”*

Médico 7

Por fim, é fundamental envolver a gestão para institucionalizar práticas integradas e assegurar o uso eficiente dos recursos, transformando as boas práticas de coordenação em políticas institucionais que promovam uma visão mais integrada da saúde, beneficiando tanto os pacientes quanto os profissionais. Isso pode ser demonstrado nas seguintes falas do Médico 6:

*“(…) eu acho que evoluiu, sem dúvida, mas acho que ainda evolui de uma forma muito heterogênea, né. Heterogênea no sentido de, pô, sei que é o [Médico 6] lá, sei que é a [Médico 4] aqui, sei lá, então, pô, vou fazer aqui um negócio bacana pra, pra tá, e não como uma coisa institucional, né. Não importa quem, o dia nem nada, temos, somos protocolares em fazer isso, isso e aquilo em relação a plano de alta, em relação a, principalmente plano de alta, né, ou discussão ao longo do período, acho que fica muito mais uma coisa do contato pessoal, né, de conhecer quem é, quem não é e não como uma política de saúde do município, né, de, de ver o município querendo investir nisso, em capacitação, ou até podendo usar a residência como uma ferramenta pra isso, né, pra eventualmente “ah, não, vamos juntar o residente que tá na gestão com o residente que tá lá rodando na clínica e vamos tentar elaborar uma coisa mais concreta, né, de como é que vai ser daqui pra frente, né. Acho que ainda fica muito no ramo de quem é, “ah, a pessoa sei que é mais disposta, eu sei que conhece esse cara, vamos mandar de tal jeito pra ele”, né”*

Médico 6

*“[...] a gente também não adianta ficar dando murro em ponta de faca, em médico de 20, 30 anos de formação, né. Isso aí acho que tem que ver, acho que a gente como residência, né, acho que o nosso papel acho que é menos de dar murro em ponta de faca e mais provocar a gestão, pra transformar aquilo em uma coisa institucional, “oh meu amigo, não pode, você tem, é assim, assim, assado agora, a gente tem esse profissional na rede que ele tá ali pra isso, né, esse profissional médico de família ele tá ali pra isso, então você tem que mandar pra ele assim, assim, assado”. Porque aí vira uma loucura que é o cara que não entende, não entende rede, não entende de, de outra especialidade além da dele, o que tem de gasto de recurso porque o cara sai com alta pra 3, 4 médicos, como é que eu mando um paciente da roça, que eu não consigo um carro pra mandar ele no posto, que seja, vou mandar ele pra 3 médicos diferentes, né. E, e aí acho que é uma coisa de sensibilização que vai ter que ser de cima pra baixo, né, da gestão*

*de mostrar que território é esse, etc. (...) a gente tem na residência o estágio de gestão, o R2 ao longo do período dele, é provocado a ser um preceptor também, né, então, eu sempre falo pros internos que estão comigo, “você não precisa sair daqui sendo médico de família, eu preciso que você saia daqui, seja cirurgião, seja anestesista, você saber que existe essa peça no xadrez da saúde, né. Então, mas como a gente tá pegando o bonde andando, né, a gente não consegue mexer em tudo, aí eu acho que é aproveitar a residência, que a gente tem o residente na gestão, a gente tem uma boa comunicação com a gestão, então de como que a gente consegue captar esses pontos a serem melhorados e tentar, propor, é, soluções.”*

Médico 6

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise realizada, evidencia-se a importância de compreender as múltiplas dimensões que influenciam a presença e a atuação dos médicos de família e comunidade no ambiente hospitalar. Apesar da formação robusta oferecida pelo PRMMFC da UFOP, que inclui uma carga horária significativa de prática hospitalar, há um descompasso entre a capacitação recebida e a aplicação prática no contexto hospitalar de Ouro Preto. Este fenômeno aponta para desafios estruturais e culturais que precisam ser endereçados para fortalecer a integração entre os níveis de atenção à saúde.

A escassa atuação dos médicos de família e comunidade no ambiente hospitalar pode comprometer a continuidade e a integralidade do cuidado, pilares fundamentais da atenção primária. A ausência desses profissionais no hospital não só dificulta a coordenação do cuidado em nível de rede, mas também limita a potencialidade de uma abordagem mais humanizada e centrada na pessoa nesses contextos, que é uma marca distintiva da Medicina de Família e Comunidade. O reforço da presença desses médicos nos hospitais poderia melhorar significativamente os desfechos clínicos e a satisfação dos pacientes, ao assegurar um cuidado mais coeso e alinhado às necessidades individuais.

Portanto, é crucial desenvolver estratégias que promovam a valorização e o engajamento dos médicos de família e comunidade no ambiente hospitalar. Isso pode incluir ações de sensibilização, capacitação contínua, e políticas institucionais que incentivem a colaboração interprofissional. Fortalecer a ponte entre a atenção primária e hospitalar não apenas enriquece a formação dos residentes, mas também potencializa a eficiência e a eficácia do sistema de saúde como um todo, garantindo uma melhor qualidade de vida para a população atendida.

É importante destacar que, embora as perguntas norteadoras do grupo focal não tenham priorizado ou focado especificamente no estágio de enfermagem de Clínica Médica, os participantes espontaneamente compartilharam experiências e percepções fortemente relacionadas a essa vivência. Esse fato reforça a relevância desse estágio na formação e no afastamento dos médicos de família e comunidade do ambiente hospitalar. Além disso, o grupo focal teve um fluxo dinâmico e natural, exigindo pouca intervenção com as perguntas previamente elaboradas, o que demonstra o forte engajamento dos participantes e a pertinência do tema discutido. Essas observações evidenciam que o estágio hospitalar, em

especial na Clínica Médica, ocupa um papel central nas reflexões desses profissionais sobre sua trajetória e identidade na Medicina de Família e Comunidade, contribuindo para um melhor entendimento dos desafios enfrentados e das possibilidades de aprimoramento na formação.

Uma das principais limitações deste estudo é o pequeno número de médicos de família e comunidade participantes, restringindo a generalização dos resultados. O foco em apenas sete profissionais pode não capturar toda a diversidade de experiências e percepções existentes dentro da prática da Medicina de Família e Comunidade. Além disso, o estudo está restrito ao contexto específico de Ouro Preto, o que limita a aplicação dos achados a outras regiões ou sistemas de saúde com diferentes dinâmicas e estruturas organizacionais. Essas restrições tornam os resultados menos representativos para cenários variados e mais amplos. Para uma compreensão mais abrangente dos desafios enfrentados pelos médicos de família e comunidade em ambientes hospitalares, são necessários estudos adicionais, envolvendo uma amostra maior e mais diversificada, bem como investigações em diferentes contextos geográficos e institucionais. Essas futuras pesquisas poderão enriquecer o conhecimento sobre a integração da Medicina de Família e Comunidade em contextos hospitalares e contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de integração.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON, M.I.P., GUSSO, G., DE CASTRO FILHO, E.D. **Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade**. Revista APS, v. 8, n. 1, p. 61-67, 2005.
2. ANDRADE, B. A. de B. **Memória Histórica da Irmandade de Santana e da Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto**. Ouro Preto, fev. 2023. Disponível em <[https://drive.google.com/file/d/1jDzq\\_AcwYBOHmXIMkJNAd1ow4y8OZtbU/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1jDzq_AcwYBOHmXIMkJNAd1ow4y8OZtbU/view?usp=sharing)>. Acesso em 06/02/2025.
3. ARAÚJO, Cláudio Márcio de; OLIVEIRA, Maria Cláudia Santos Lopes de; ROSSATO, Maristela. O sujeito na pesquisa qualitativa: desafios da investigação dos processos de desenvolvimento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 33, p. 1-7, 2017. DOI: [10.1590/0102.3772e33316](https://doi.org/10.1590/0102.3772e33316).
4. ASSOCIAÇÃO DE APOIO A RESIDÊNCIA MÉDICA DE MINAS GERAIS. Disponível em <<https://www.arem.org.br/home>>. Acesso em: 30 julho 2024.
5. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1a. edição ed. São Paulo-Brasil: Edições, p. 01-280, 2011.
6. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 maio 2015.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. **Ponto de Apoio para Atendimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 04 abr. 2018. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/abril/ponto-de-apoio-para-atendimento#:~:text=O%20Ponto%20de%20Apoio%20ser%C3%A1,Ter%C3%A1%20no%20m%C3%ADnimo%2036m%C2%B2.>>. Acesso em 06/02/2025.



8. BUSNELLO E.A.D. **A Medicina de Família e Comunidade no Brasil**. GazMéd Bahia. 2010;80(1): 93-100.
9. CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **Changes in practice patterns of family physicians in Canada**. 24 mar. 2024. Disponível em: <https://www.cihi.ca/en/changes-in-practice-patterns-of-family-physicians-in-canada#:~:text=Over%20the%20last%2010%20years,in%20services%20can%20be%20identified>. Acesso em 20 jan. 2025.
10. CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. **Family Medicine Profile**. Updated December 2019. Disponível em <https://www.cma.ca/sites/default/files/2019-01/family-e.pdf>. Acesso em 31/12/2024.
11. CAREK, P.J. **Declining Presence of Family Physicians in Hospital-Based Care: A Major Concern or Totally Makes Sense?**. Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM vol. 32,6 (2019): 768-770. doi:10.3122/jabfm.2019.06.190321.
12. FRANCO, M.L.P.B. **Análise de conteúdo**. 5.ed. Campinas: Autores Associados, 2018.
13. GONDIM, Sônia Maria Guedes. **Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários**. Estudos de Psicologia (Natal), v. 7, p. 299-309, 2002.
14. GOUVEIA, L. P. G. P. **[Informações atualizadas sobre a estrutura de Atenção Primária à Saúde em Ouro Preto]**. Whatsapp: mensagem individual. 17 jan. 2025. 16:02. 3 mensagens de Whatsapp.
15. GUSSO, G., LOPES, J. M., & DIAS, L. C.. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática (2ª ed., Vol. 1)**. ARTMED, 2019.
16. IVINS D., BLACKBURN B., PETERSON L.E., NEWTON W.P., PUFFER J.C. **A Majority of Family Physicians Use a Hospitalist Service When Their Patients**

- Require Inpatient Care.** Journal of Primary Care & Community Health. 2015;6(2):70-76. doi:10.1177/2150131914555016.
17. JORNAL VOZ ATIVA. **Fatos e Fotos de Ouro Preto: “O Paço da Misericórdia”, com o historiador Bernardo Andrade.** Disponível em <<https://jornalvozativa.com/colunas/fatos-e-fotos-de-ouro-preto-o-paco-da-misericordia-com-o-historiador-bernardo-andrade/>>. Acesso em 05 agosto 2024.
18. MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research.** London: Sage, 1997.
19. NEIMANIS, I., WOODS, A., ZIZZO, A., DICKSON, R., LEVY, R., GOEBEL, C., CORSINI, J., BURNS, S., & GAEBEL, K. (2017). **Role of family physicians in an urban hospital: Tracking changes between 1977, 1997, and 2014.** Canadian Family Physician, 63(Março), 221-277. PubMed. 28292802.
20. OLESEN F., DICKINSON J., HJORTDAHL P. **General practice: time for a new definition.** BMJ. 2000;320(7231): 354-7.
21. OLIVEIRA, Isaac L. et al. **Qual família e qual comunidade? Reconfigurações da Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 21, 2023, e02158224. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2158>
22. PIMLOTT, N. **The changing landscape of family medicine.** Canadian Family Physician - Le Medecin de Famille Canadien, vol. 63,3 (2017): 184.
23. PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO. **Informações Gerais.** Disponível em <<https://www.ouropreto.mg.gov.br/informacoes-gerais>>. Acesso em: 30 julho 2024.
24. PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO. **Saúde implanta Serviço de Atendimento Domiciliar.** Ouro Preto, 03 jul. 2024. Disponível em: <https://www.ouropreto.mg.gov.br/noticia/4307>. Acesso em: 4 jan. 2025.

25. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OURO PRETO. **Estrutura**. Disponível em <<https://www.santacasaop.com.br/historia>>. Acesso em 05 agosto 2024.
26. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OURO PRETO. **História**. Disponível em <<https://www.santacasaop.com.br/historia>>. Acesso em 05 agosto 2024.
27. SHARMA G., FLETCHER K.E., ZHANG D., KUO Y., FREEMAN J.L., GOODWIN J.S. **Continuity of Outpatient and Inpatient Care by Primary Care Physicians for Hospitalized Older Adults**. JAMA. 2009;301(16):1671–1680. doi:10.1001/jama.2009.517.
28. SCHEFFER, M. et al., **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8
29. SCHERS H., VAN DE VEN, C., VAN DEN HOOGEN H., GROL, R., VAN DEN BOSCH, W. **Patients' Needs for Contact With Their GP at the Time of Hospital Admission and Other Life Events: A Quantitative and Qualitative Exploration**. The Annals of Family Medicine September 2004, 2 (5) 462-468; DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.231>.
30. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade**. 2014, p23-24. Disponível em [http://www.sbmfc.org.br/wpcontent/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wpcontent/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 30 julho 2024.
31. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA HOSPITALAR. **A SOBRAMH: Cronologia da Medicina Hospitalar no Brasil**. Disponível em: <https://www.sobramh.com.br/historia-da-medicina-hospitalar-no-brasil>. Acesso em 17/01/2025.
32. STARFIELD B., SHI L., MACINKO J. **Contribution of primary care to health systems and health**. The Milbank Quarterly vol. 83,3 (2005): 457-502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

33. SZASZ, G. **Where are family physicians in the hospital care of their patients?.** BC Medical Journal 2020. Disponível em: <https://bcmj.org/blog/where-are-family-physicians-hospital-care-their-patients>. Acesso em 31/12/2024.
34. TRAD, LAB. **Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde.** Physis - Revista de Saúde Coletiva, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/>. Acesso em 20/01/2025.
35. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO. **Projeto Básico para Implementação do Programa de Residência Médica da Escola de Medicina da UFOP.** Ouro Preto, 2013. Disponível em [https://www.soc.ufop.br/public/files/RESOLUCAO\\_CEPE\\_5228\\_ANEXO\\_0.pdf](https://www.soc.ufop.br/public/files/RESOLUCAO_CEPE_5228_ANEXO_0.pdf). Acesso em 30 julho 2024.
36. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO. **Plano Curricular Pedagógico da Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFOP: relatório de dados do processo.** UFOP, 2023.
37. WONCA EUROPE. **A definição europeia de medicina geral e familiar.** Barcelona: OMS Europa; 2002. Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/file/b3dc72f9-dc44-4d7c-9077-a751d3c501b2/2002%20European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>. Acesso em 30/12/2024.
38. WOODS, D. **Strength in study: an informal history of the college of family physicians.** Canadian Family Physician - Le Médecin de Famille Canadien, vol. 25 (1979): 50-2.

## APÊNDICE A. Categorização das falas do grupo focal

**Tabela 1.** Determinantes para o afastamento de médicos de família e comunidade formados pela UFOP do ambiente hospitalar organizados por categorias semânticas e número de participantes que citaram cada categoria

<b>DETERMINANTES ORGANIZADOS POR CATEGORIAS</b>	<b>Nº</b>
<p><b>Relacionados a aspectos pessoais e culturais</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● “(...) desde antes da residência eu nunca me interessei pelo ambiente hospitalar, então já na residência não foi diferente, né?” [Médico 1]</li><li>● “Então, eu me senti inibida a voltar para o ambiente hospitalar, principalmente pela Santa Casa em si, de eu achar que não é um lugar muito adequado, e também um pouquinho por ser um serviço mais privado, então eu, na minha formação, não sei, eu me sinto muito orientada para tentar atender pelo SUS, assim, por questão de conflito de interesse, então eu me sentiria desconfortável também atendendo pacientes de plano ou particular.” [Médico 3]</li><li>● “E no fato também, de eu entender o cenário hospitalar como um cenário muito artificial mesmo, com alimentação de baixa qualidade mesmo, assim, para o cuidado, onde era restrito aos afetos.” [Médico 4]</li><li>● “Então, eu acho que seria incoerente mesmo, pela minha forma de pensar a saúde, estar trabalhando naquele ambiente, é uma coisa que eu não tenho desejo mesmo e interesse.” [Médico 4]</li><li>● “Minha experiência no estágio de Clínica Médica, que é o que a gente fica mais tempo, foi uma experiência meio traumática, sabe? Eu vim para a MFC com uma expectativa muito grande de aprofundar um pouco em cuidado amplo de saúde e eu vim com algumas experiências bem legais de interprofissionalidade da graduação. E foi complicado para mim, porque o estágio de Clínica, enfermagem, foi meu primeiro estágio, né? Então, você chega com uma expectativa grande de passar tempo na atenção primária e foi completamente quebrado, assim. Então, isso foi muito doído, assim,</li></ul>	05

<p><i>porque eu vivi... Acho que vai muito de encontro, assim, a tudo o que o pessoal falou, né? Mas algumas experiências de cuidado extremamente fragmentado, extremamente focal, não dialogado entre as outras partes hospitalares, assim. E isso foi trazendo uma angústia muito grande, assim.”</i></p> <p>[Médico 7]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“E também nunca tive muita afinidade com esse ambiente hospitalar, né? Desde a graduação, na verdade, na UFOP, a gente não tem muito contato com o ambiente hospitalar. Então, a gente tem muito mais contato com a APS do que com o hospital. [...] E é um tipo de paciente, né? De acompanhamento que eu também não me sentia à vontade de fazer.”</i></li> </ul> <p>[Médico 5]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“E somando-se a isso, acho que a afinidade pessoal mesmo, de não gostar muito.”</i> [Médico 5]</li> </ul>	
<p><b>Relacionados a perspectiva sobre o cuidado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“No geral eu não gosto do ambiente hospitalar pelo ambiente em si, então eu tenho um pouco uma sensação de que ninguém é de ninguém, aquele lugar ali não é de ninguém, tá todo mundo de passagem, e como residente que também estava de passagem, não consegui me identificar tanto com aquele lugar no trabalho para ir me desenvolvendo.”</i> [Médico 1]</li> <li>• <i>“Então, eu ficava ali, eu entendia aquela minha relação ali muito mais importante que somente uma relação profissional, porque eu era uma das pessoas que o paciente conseguia conversar ali naquele dia. Então, esse ambiente artificial também, que o hospital proporcionou, e muito naquele contexto, então tinha que procurar - e aí, com o jeito de médica de família que eu tenho, eu tinha que desembolar. Então, bora fazer videoconferência com a sua família, bora ligar e etc. E aí, eu acho que fez ficar um ambiente que era difícil, penoso e cansativo de trabalhar. E acho que isso... Eu não tive vontade mesmo, interesse de trabalhar no cuidado hospitalar pós, porque eu não acho que é uma questão de perfil mesmo profissional. Não me vejo tanto com esse perfil desse tipo de cuidado. E muitas vezes eu nem acredito muito no cuidado hospitalar.”</i> [Médico 4]</li> </ul>	03

<ul style="list-style-type: none"> <li>• “[...] <i>infelizmente, acho que, não vou dizer que é a minoria, né, mas acho que não tá na maioria também que não tem essa noção de rede, né, aquela fotinha clássica lá que tem um hospitalzinho, o postinho, a UPA, né, então assim, acho que a galera ainda não tem, a maioria não tem essa noção, é, de rede, seja por desconhecimento, seja por sobrecarga de trabalho, mas ainda não vejo, até na atenção primária, sempre que fala de atenção secundária é aquela tensão, parece uma rinha de galo, né, parece um quebra pau, então eu acho que por inúmeros motivos a gente ainda não tem essa cultura de rede no município de Ouro Preto, né. E que coloca o paciente de fato no meio, no centro, né, e que a gente que se vire pra fazer essa rede funcionar, né.</i>” [Médico 6]</li> </ul>	
<p><b>Relacionados a experiências negativas nos estágios hospitalares</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “[...] <i>meu R1 foi em 2020, né? Então, pandemia na alta e, por exemplo, Pediatria foi praticamente inexistente, né? Chegou até um ponto em que eu fui liberado da emergência de pediatria para estar no posto, né? Estava sendo muito mais movimento, muito mais aprendizado, então teve esse ponto, tanto Pediatria, tanto emergência como enfermaria, muito devagar. Acho que isso também se traduz na emergência adulto, né?</i>” [Médico 6]</li> <li>• <i>Eu tenho percepção que isso (erros da equipe) foi muito na minha época, assim, também foi do Covid, tinha muita confusão e tudo, eu acho que deu uma melhorada [...]</i>” [Médico 3]</li> <li>• <i>“Então, uma experiência da residência também foi, nesse cenário Santa Casa, também nesse cenário pandemia, que tinha um contexto do medo muito grande, todos os funcionários eram funcionários que estavam muito amedrontados, os próprios pacientes, quando internavam, mesmo sem ser Covid, ficavam com medo de ser Covid, eu também estava sentindo muito medo de pegar Covid, naquela época e tudo mais. Então, eu acho que esse cenário do medo que existia pelo contexto pandêmico, eu acho que deixou o estágio ainda mais difícil, assim.”</i> [Médico 4]</li> <li>• “[...] <i>eu tomei decisões equivocadas muitas vezes, eu passei por estresses que me colocaram em xeque, se eu estava sendo ética, se eu estava</i></li> </ul>	05

*respaldada clinicamente, eu tive que resolver conflitos no CTI, foi um período muito traumático para mim, e de muito aprendizado, também porque eu precisei resolver conflitos, e aí eu tive uma conversa com o meu preceptor no evento crítico, que aconteceu exatamente por uma questão que hoje, avaliando, eu acho que é falta de supervisão, desassistência, assim, né, e aí ele me perguntou, eu nunca vou me esquecer dessa pergunta, assim, qual que era a minha parcela de responsabilidade no evento crítico, o paciente quase foi a óbito, eu fiz uma, eu nem vou contar o que foi não, porque eu acho que depois se aparecer citado vai ser identificável, mas foi um evento crítico muito ruim, e aí ele falou assim, qual que é a sua parcela de responsabilidade nesse caso? De 0 a 100%, aí eu, muito culpada, falei assim, olha, eu acho que é 70%, eu queria falar 100%, mas eu achei que, na hora eu falei assim, se eu tivesse alguém comigo, ou se eu tivesse sido orientada, ou se a minha pergunta tivesse sido respondida, ou se tivessem checado a minha prescrição junto comigo, um paciente grave, talvez isso não teria acontecido, e aí ele concordou que era 70%, e aí depois eu pensei, gente, não era 70, era 70 porque eu peguei 70 para mim, por que eu não tinha apoio, assim, ali?” [Médico 2]*

- *“E durante esses três meses, por mais que eu tenha visto muitas coisas, aprendido muitas coisas, eu não me senti preparada para atuar profissionalmente no ambiente hospitalar depois, sozinha. Então, é totalmente diferente. Um residente de clínica que fica dois anos no hospital para trabalhar depois no hospital e a gente que passa três meses de estágio para trabalhar no hospital. Então, eu me sentia zero preparada. Se eu tiver que intubar alguém aqui, eu caio para trás, porque eu não sei fazer isso.” [Médico 5]*
- *“Ah, eu sinto que eu não desenvolvi nenhuma habilidade, assim, que eu saí direto da faculdade, bem crua, acho que meio imatura mesmo, não senti que eu tive nenhuma preceptoria nada ombro a ombro, foi uma coisa bem largada, tipo assim, ah, chega 9h, discute uma horinha e vai embora, então me sentia meio solta, meio sozinha lá [...].” [Médico 3]*



<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Então, eu também não consigo pensar assim em desenvolvimento de habilidades nesse sentido de trabalho em equipe no hospital, não. Infelizmente, assim, eu não consigo.” [Médico 5]</li> <li>• “[...] eu cheguei da faculdade sem nem saber o que significa essa sigla [MCCP], foi um dos meus primeiros estágios, zero incentivo pela preceptoria do hospital e na preceptoria da MFC lá dentro do posto eu tava começando a aprender a tatear o que era isso, então eu sinto que eu não apliquei nada e sinto que poderia sim ser aplicado numa lógica um pouquinho diferente, mas com o mesmo objetivo.” [Médico 3]</li> </ul>	
<p><b>Relacionados a condições de trabalho</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Acho que a gente que trabalha 40 horas já não quer trabalhar mais, mas acho que dependendo de como fosse o ambiente, poderia ser mais convidativo para algumas pessoas animarem e dar um plantão ou outro, né? Acho que o Ouro Preto não oferece muito isso.” [Médico 6]</li> <li>• “[...] às vezes eu precisava pegar a demanda dos outros preceptores para que essas aulas para eles acontecessem, ou para que atividades corriqueiras do hospital acontecessem, então com frequência eu atendia mais casos do que os que eram os do meu preceptor da época [...]” [Médico 2]</li> <li>• “Então, foi um estágio traumático, e mais traumático ainda do que isso, por incrível que pareça, era chegar no posto sem ter almoçado, e não ser compreendida pelo preceptor do posto, que não era o mesmo do hospital, de que eu não tinha descansado, não tinha almoçado, então eu chegava e já tinha uma agenda.” [Médico 2]</li> <li>• “E era um ‘de manhã’ no sentido de que, assim, ‘de manhã’ até acabar o que tem que fazer, né? Então, não é de manhã até a hora do almoço. Então, isso já foi um fator que acho que complicou um pouco, porque experiências que eu tinha com o hospital era zero, então não tinha hábito com o tipo de serviço, com prescrição, com discussão de caso, com passagem, com nada. Então, eu sempre atrasava e não conseguia fazer as coisas direito. Eu sempre chegava no posto atrasada, enfim.” [Médico 5]</li> </ul>	03

<ul style="list-style-type: none"> <li>• “<i>Eu também, particularmente, nunca fui (visitar pacientes no hospital), é, acho que por uma questão geográfica, assim, de tempo, mas tive vontade já [...]</i>” [Médico 6]</li> </ul>	
<p><b>Relacionados ao ambiente organizacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “[...] <i>mas eu achava um serviço desesperador no sentido de eficiência, assim. Então, vi muitos profissionais fazendo coisas muito erradas, assim, erros não só médicos, erros de toda a equipe, coisas horrendas acontecendo com pacientes, então meio que me traumatizei, achei esse lugar horrível para nunca estar. Então, depois de formada, eu sempre pensei, ‘nossa, se eu trabalhar no posto, eu vou querer pegar um plantãozinho ou outro em hospital, e tudo’, pensei, ‘nossa, na Santa Casa, jamais, aquele lugar ali é para dar ruim, assim, não quero me envolver com aquele tanto de coisa errada que rola’.</i>” [Médico 3]</li> <li>• “<i>Mas foi um ambiente um pouco amedrontador, nesse sentido, de precisar tanto da equipe para a gente conseguir fazer um cuidado adequado para o paciente e, ao mesmo tempo, é uma equipe que não era coesa, que a gente não conversava, que a gente não conseguia dialogar, era uma equipe que a gente trabalhava via online, sendo que estava todo mundo trabalhando junto, mas só podia funcionar via prescrição. Então, isso me irritava muito, então tinha uma urgência, eu falava, pelo amor de Deus, me traz um soro. Não, não pode, tem que ir lá no computador prescrever o soro. Então, tudo era muito demorado, eu acho que isso me angustiava muito, assim, muito. E eu já chegava com muita ansia de já passar nos meus pacientes, principalmente os que estavam mais graves, porque eu não conseguia confiar mesmo na equipe noturna do cuidado, achava que era muito negligenciado o cuidado, principalmente que o paciente estava com mais grau de instabilidade, tive experiências muito traumatizantes de pacientes ficarem a noite toda com oxigenação de 60, dentro de um ambiente hospitalar e nada foi feito. Então, isso para mim me indignava muito, de precisar tanto de uma equipe, e ao mesmo tempo não conseguir conversar direito com a equipe, que não era fechada, e tudo servia com o computador.</i>”</li> </ul>	05

<p><i>Eu acho que isso, com certeza, e também a necessidade até mesmo, por exemplo, de acessar outros serviços, era também um acesso muito burocrático, que a gente ia, imprimia uma folha, aquela folha ia para o secretário, vinha outro médico, dava o parecer e anotava ali. E não existiam muitos ambientes de diálogo, não sei se isso ainda é o contexto atual, mas eu acho que era o que me angustiava.” [Médico 4]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>“Acho que a rotatividade no hospital às vezes dificulta um pouco, né, às vezes faz 12 por 36, aí hoje é uma técnica, amanhã é outra [...]” [Médico 6]</i></li> <li>● <i>“[...] eu não acho que eu desenvolvi muitas habilidades de equipe não. [...] não tinha essa lógica na Santa Casa, por mais que seja um trabalho muito mais escancaradamente de equipe, né, tá todo mundo na mesma salinha, não, não conversa.” [Médico 1]</i></li> <li>● <i>“[...] às vezes é uma relação muito vertical, tipo, ah, o médico manda, o resto faz, sabe.” [Médico 1]</i></li> <li>● <i>“[...] mas de trabalho em equipe assim, vi até exemplos negativos, então, de, sei lá, da minha preceptora tentar conversar com a cirurgia e ter briga entre elas, residente de cirurgia, então, assim, péssimo.” [Médico 3]</i></li> <li>● <i>“[...] eu não consigo me lembrar de nenhuma discussão de caso em equipe que a gente teve, assim, dos pacientes, sabe? Eu acho o que a gente precisava discutir era muito por papel e solicitação de interconsulta, tipo assim, preciso de um nutricionista, escreve e aí deixa lá no negocinho, depois eles vêm e pega e passa e olha. Precisa de avaliação de ferida, pede interconsulta. Precisa de cirurgia, pede interconsulta. A gente, nem ir lá conversar a gente não ia, né, então era tudo muito protocolado nesse sentido, sabe.” [Médico 5]</i></li> </ul>	
<p><b>Relacionados a estigma e rejeição</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>“Os residentes da clínica e da Medicina de Família não rodavam juntos, então eles tinham aula que me diziam que é como se fossem aulas de mais qualidade sobre temas clínicos, e eu não podia participar [...].” [Médico 2]</i></li> </ul>	<p>05</p>

- *“Mas aí, acho que uma parte que tem que ter muita força de vontade para quebrar algumas barreiras que entra a questão das outras especialidades médicas, né, que em geral vivem ali nos seus castelos, né, e muitas vezes o médico de família, antes de ouvir, o cara acha que você não sabe nem andar, não é nem alfabetizado, né. Então isso, você tem que estar disposto, né, a se mostrar, trocar ideia e tudo mais, porque muitas vezes o cara já olha torto para você e tudo bem. Acho que tem gente que pode se acuar com isso, né, e se afastar, né, então que vai muito do perfil de cada um, porque não costuma ser a coisa mais receptiva do mundo o médico de família dentro do hospital, né. Então, vivenciei isso aqui, vivenciei isso em outros lugares, não estou nem aí, mas acho que tem gente que isso pode ser uma parada bem difícil, né. Pessoas que já chegaram em um momento de insegurança, então já chegar e ainda não ser bem recebido, ainda ver que tanto residentes de outras especialidades quanto médicos de outras especialidades falam “isso aí, isso aí é ignorante”, né [...].” [Médico 6]*
- *“[...] a gente começa muito perdido, né, porque não há uma apresentação, não há uma introdução na equipe, não se apresenta quem que é quem, entendeu? E aí depois você vai entendendo as pessoas, com jeitinho, vai pedindo licença, eu lembro disso, ‘licença, ah, tem o fulano de tal, eu vi que você está vendo, vamos discutir também?’” [Médico 4]*
- *“[...] por mais que não recebam tão bem o MFC, pior do que ser MFC é ser residente, então ninguém levava a gente a sério mesmo, mas aí você calça a coragem, né, tipo, larga a vergonha e vai.” [Médico 1]*
- *“Eu tenho impressão que, à primeira vista, a especialidade não é bem vista, então, as pessoas não reconhecem a gente como bons clínicos, como pessoas que fazem um bom trabalho. Só que com o tempo, acho que na medida que também a residência foi crescendo e foi fixando mais MFCs na rede, a gente foi conquistando nosso espaço, então imagino que hoje vêem com mais bons olhos essa possibilidade de contato, de formação de rede com a gente da Atenção Primária do que antes, mas ainda assim é muito heterogêneo nesse sentido que o [Médico 6] tá falando. À medida que eles foram conhecendo cada um de nós, foram criando os conceitos sobre a gente individualmente*

*e, também, as pessoas que se interessaram em construir isso, porque tem aqueles que continuam nem se interessando. Então ainda acho que é muito heterogêneo, acho que está melhor, mas talvez não com essa ideia da potencialidade da MFC ainda no imaginário das pessoas, mas com do individual.” [Médico 1]*

- *“[...] de maneira geral acho que tem um desconhecimento total, assim, do que a gente faz, do que a gente é. Então, quando vem uma alta assim de um residente, tá, bacaninha e tal, coordenação do cuidado, mas quando não é do residente, ainda vejo tipo, sei lá, “ao posto de saúde, favor encaminhar para cardio, nefro, pneumo, num sei que, num sei que”. Hoje eu recebi um, mas aí tudo bem, foi de BH, da Oncologia, encaminhando uma, queria que eu encaminhasse o paciente pra Reumatologia pra avaliar dor crônica porque ela tinha dor em peitoral, sendo que ela tinha um pontinho gatilho idiota, sabe. Então, assim, eu acho que eles ainda têm um olhar muito fragmentado, do tipo “ah, eu sou um pneumo, eu tô cuidando do pulmãozinho, mas se ela tem hipertensão, encaminha logo pro cardio” e não faz a menor ideia que existe a gente, que é o cuidado integral, que a gente é o médico do paciente. Parece que a gente ainda é o encaminhador mesmo, ou o médico do postinho que é só renovar as receitas, sabe.” [Médico 3]*

**Tabela 2.** Conteúdos relacionados à importância do ambiente hospitalar na formação e prática do médico de família e comunidade

<p align="center"><b>CONTEÚDOS RELACIONADOS À IMPORTÂNCIA DO AMBIENTE HOSPITALAR ORGANIZADOS POR CATEGORIAS</b></p>	<p align="center"><b>Nº</b></p>
<p><b>Relacionados a aprimoramento clínico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>“Mas eu suspeito que eu gosto, eu gosto de emergência, eu sempre busquei trabalhar em cenários da MFC, em que isso seria presente. Fiz meu optativo da residência em sala vermelha no Odilon, acho que até traduzindo uma deficiência do programa, talvez para uma cidade pequena, pouco fluxo, etc.” [Médico 6]</i></li> <li>● <i>“Eu gostava do estágio porque ele me colocava em contato com coisas, com outro nível de complexidade dos casos, e aquilo me fazia estudar [...]” [Médico 2]</i></li> <li>● <i>“Particularmente, eu achei muito interessante para me desenvolver clinicamente, assim, eu gostava de ver o paciente várias vezes, ir, ver de novo, estava com dúvida, voltava no paciente no outro dia, via evolução e etc.” [Médico 4]</i></li> <li>● <i>“Com certeza tem um lado do aprendizado, acho que é uma oportunidade muito legal da gente desenvolver algumas partes do conhecimento que estimulam muito o nosso cuidado e o nosso entendimento mesmo, né, da linha de cuidado do paciente e também da rede, assim. Isso é indiscutível.” [Médico 7]</i></li> <li>● <i>“[...] o médico de família é, essencialmente um clínico, né, então é, daí a importância vital, você vai manejar uma insuficiência cardíaca, um renal crônico, um DPOC, então de, cara, é chato e tudo mais, tem gente que gosta, tem gente que não gosta, mas é completamente essencial pra formação do médico de família tá nesses ambientes e se aprofundar na clínica, né, que é uma oportunidade que esse estágio dá, né, acho que quem me conhece de perto sabe que eu fico nessa, MFC não é aquela coisa tilelé, né, somos todos legais, não, né, a gente tem que ser bom clínico, né, acho</i></li> </ul>	<p align="center">04</p>

<p><i>que dentro desse prisma né, é um estágio que ele é essencial na formação do médico de família.” [Médico 6]</i></p>	
<p><b>Relacionados a coordenação de cuidado e articulação na rede</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>“Depois desse estágio, acho que os contatos que eu fiz foram muito interessantes para eu conseguir discutir alguns casos, né? Lá dentro, com certeza, tem profissionais excelentes que servem como uma referência importante mesmo, né? E trabalhando na rede é importante isso.” [Médico 7]</i></li> <li>● <i>“[...] acho que seja o estágio bom ou ruim, com muito ou pouco fluxo, né, acho que [Médico 3] falou isso também, te insere na rede de uma forma de criar contato, né, de saber quem está em cada canto. Eu estou com um paciente grave, estou numa cidade pequena, às vezes você vai direto no cara e consegue alguma coisa em prol do paciente, né. Então, eu acho que essa inserção é essencial para quem está trabalhando na APS, né. Às vezes, na cidade grande, você está completamente alheio, né. Você vai para que hospital, um dia vai para um, outro dia vai para outro, você não sabe nem quem está. Aqui a gente consegue saber, às vezes, quem está em cada dia, né. A Cintia, por exemplo, eu sei que é de terça até hoje, quatro anos depois. Às vezes, eu vou direto no celular dela e já adianto, porque ela também já me conhece, sabe que quando eu mando, geralmente tem que ir mesmo, e aí já aceita. Então, assim, acho que essa inserção é bem necessária.” [Médico 6]</i></li> <li>● <i>“Eu acho que, talvez, eu desenvolvi algumas habilidades de coordenação do cuidado [...].” [Médico 1]</i></li> <li>● <i>“Então isso de correr atrás das outras especialidades que é muito do MFC, um pouco eu aprendi no hospital, tipo assim, já pedi interconsulta da cirurgia, a cirurgia não tá vindo, então eu vou lá onde a cirurgia fica, converso com o cirurgião e peço pra ele vir. Tô querendo vaga no CTI, não tem? Vou bater lá na porta do CTI e pedir vaga. Acho que essa foi uma</i></li> </ul>	<p>03</p>

*habilidade que eu aprendi, mas que eu não considero que é trabalho em equipe, eu considero que é coordenação do cuidado.” [Médico 1]*

- *“E acho que é um pouco do, acho que vai muito de encontro com o que eu vejo assim, né, do perfil da MFC de querer um contato mais de diálogo mesmo. Então acho que coisas que os outros médicos lá iam fazer um encaminhamento e entregar, a gente ia e trocava uma ideia, assim. Eu lembro que a gente, que eu até era estimulado pelos preceptores, o que era algo legal, assim. Então trocar ideia com a equipe de Nutrição, é, Fisio, Psicologia, Assistência Social, rolava, assim, sabe? E era uma experiência interessante.” [Médico 7]*
- *“Eu também ia falar isso, que [Médico 6] e [Médico 3] trouxeram, da importância do residente, assim, a maioria dos contatos que eu faço é via residente e eu acho que os contatos são mais quando o paciente chega, assim, principalmente o paciente que não relata tão bem, né, os pacientes que têm o cuidado mais solto, os pacientes em situação de rua e em uso de substância que não sabem explicar que remédio toma e tudo, então, né, pra eu fazer essa primeira passagem de contexto clínico ou na hora que tá saindo, às vezes a pessoa não traz o sumário, eu consigo, eu faço contato pra isso. Eu tive uma experiência legal também de um paciente que ficou internado um tempão assim, teve um problema grave, teve que operar várias vezes e aí, um tempo antes dele sair a médica da Santa Casa, que é MFC, fez contato comigo e falou assim: “[Médico 1], ele vai sair daqui um tempo, preciso da sua ajuda com, ele vai precisar de visita médica, visita na Nutrição, de curativo, vocês conseguem se organizar?”. E aí a gente pôde discutir em reunião de equipe antes da pessoa ter alta pra recebê-lo, sabe?. Já tive essa oportunidade também com paciente que internou por tentativa de autoextermínio, então também alguns dias antes a psicóloga conversou comigo pra também eu explicar como estava sendo o controle da medicação e pra gente programar a alta juntas. Então, assim, a paciente teve alta do hospital e foi direto pro posto pra já dar o seguimento. E eu tive uma experiência, não é de hospital, né, mas de UPA também que foi interessante que o CAPS me chamou pra ir na UPA pra gente avaliar juntos um paciente*



<p><i>pra ele pegar assim, né, pra ele vincular com o posto pra dar esse seguimento. Foi muito engraçado, assim, receber esse pedido do CAPS me pedindo pra ir na UPA ver um paciente, mas eu fui, foi muito interessante, a gente articulou isso juntos.” [Médico 1]</i></p>	
<p><b>Relacionados a conhecimento ampliado dos determinantes sociais em saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>“E acho que já, já deu pra sentir bastante assim dos determinantes sociais de Ouro Preto, né.” [Médico 7]</i></li> <li>● <i>“Acho que o [Médico 7] falou uma coisa essencial, né, acho que estar na Santa Casa você conhece o município, também né, determinantes sociais, né. Porque às vezes você tem um residente que tá, sei lá, comigo em Santa Rita e aí entender o que que é Piedade, Santana, Santa Cruz, né, outro mundo, né, ali é um lugar que você vai ter contato com todo mundo, então, até depois de eu passar na gestão, vai ter reunião com o, ah, de atenção primária, então quando você entende um pouco mais do cenário fica, essa visão do todo é interessante.” [Médico 6]</i></li> </ul>	02
<p><b>Relacionados ao fortalecimento da comunicação e da integralidade do cuidado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>“É, e aí sobre a questão que você perguntou de visitar, a Santa Casa teve paciente que já pediu pra gente visitar, acabou que eu não fui, foi o Daniel porque ele quis [...].” [Médico 3]</i></li> <li>● <i>“É, mas teve uma paciente também na UPA que pediu pra gente ir lá visitar a família pra fazer um intermédio de comunicação. Eles falaram assim: “cara, a minha mãe tá internada na UPA, a gente não sabe o que ela tem, cada hora um médico fala uma coisa, nada tá fazendo sentido, por favor, vem cá, olha o que que ela tem e explica pra gente”. Foi meio isso, assim. mas acabou que quando a gente marcou de ir, ela foi transferida pra Santa Casa e aí deu tudo certo [...].” [Médico 3]</i></li> <li>● <i>“[...] eu acho que a inserção do residente de MFC no hospital, é, faz um pouco uma ponte com a nossa especialidade, com as potencialidades dela, com a comunicação [...].” [Médico 3]</i></li> </ul>	01

## **APÊNDICE B. TCLE**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

**Título do Estudo:** Determinantes para o Afastamento de Médicos de Família e Comunidade do Ambiente de Prática Hospitalar em Ouro Preto

**Pesquisador Responsável:** Francielle Evelyn Mendes Gomes

**Instituição Responsável:** Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Determinantes para o Afastamento de Médicos de Família e Comunidade do Ambiente de Prática Hospitalar em Ouro Preto”. Neste estudo pretendo compreender os motivos que levam médicos de família e comunidade formados pela residência médica de MFC da UFOP a se afastarem da prática de cuidados hospitalares.

O motivo que me leva a estudar esse assunto é mostrar a relevância do papel do médico de família e comunidade no cuidado dos pacientes em ambiente hospitalar, identificar as razões para o afastamento dos médicos de família e comunidade formados pela residência médica de MFC da UFOP dos cuidados hospitalares e entender as possíveis barreiras e facilitadores para uma maior atuação nesses contextos.

Para coletar os dados que buscam responder os questionamentos desse estudo, será realizado um grupo focal com os médicos de família e comunidade formados pela residência de MFC da UFOP e que estejam atuando em Ouro Preto neste ano de 2024. Será aplicado também um questionário por meio do Google Forms contendo perguntas fechadas relacionadas a características demográficas, acadêmicas e profissionais dos participantes com o intuito de gerar dados que possam ser associados àqueles coletados durante as discussões dos grupos focais.

Para participar deste estudo, é necessário que você leia este documento na íntegra e assine ao final. Uma versão digital do texto será enviada com antecedência de modo que você tenha tempo hábil para leitura. Em ocasião antes da realização do grupo focal, você receberá a versão física do termo para assinatura, sendo que uma via ficará com a pesquisadora responsável e outra via ficará com você. Além disso, antes do início das sessões dos grupos focais a serem realizados por videoconferência, será lido o TCLE e solicitado o aceite verbal dos participantes presentes. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem

financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na relação com a pesquisadora, que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Mas você pode se sentir desconfortável durante o preenchimento do questionário, pois irá expor informações pessoais e de trabalho. Entretanto, não desejo que se sinta assim, pois os resultados não serão nominais, e respostas verdadeiras serão muito importantes para que se alcance os objetivos da pesquisa.

Caso se sinta constrangido (a) durante o grupo, você pode interrompê-lo a qualquer momento e solicitar sua exclusão da pesquisa. Poderá também fazer esta solicitação após o término do grupo, durante o tempo que preceder a defesa do Trabalho de Conclusão de Residência, desta forma, todos os seus registros serão apagados. Além disso, se você se sentir desconfortável em participar da entrevista com a câmera de vídeo pode optar somente pela gravação do áudio. Ao fim deste termo você poderá sinalizar a opção que contemple a forma de registro de sua imagem e/ou voz.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Você não será identificado e o material preenchido por você não será disponibilizado sem sua permissão. Assumo o compromisso de apagar da nuvem/rede todos os dados da pesquisa, incluindo termos, anuências e consentimentos, na maior brevidade possível, e armazená-los em dispositivo eletrônico próprio (HD externo), de modo a assegurar o sigilo e confidencialidade das informações. Todos os dados coletados na pesquisa ficarão armazenados em arquivo digital, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, de modo que você possa decidir livremente sobre sua participação e sobre o uso dos seus dados no momento e no futuro. Após o período citado de 5 (cinco), me comprometo a apagar os arquivos de todas as unidades de armazenamento.

Tanto o projeto referente a esta pesquisa quanto este termo de esclarecimento foram avaliados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), um colegiado interdisciplinar e independente que tem como objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa de um ponto de vista ético. Caso deseje entrar em contato com o CEP, você poderá fazê-lo através do email [cep.propp@ufop.edu.br](mailto:cep.propp@ufop.edu.br), do telefone (31) 3559-1368 ou pessoalmente de

segunda a sexta, de 8h a 12h e de 13h a 17h, na Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação - PROPPI, Centro de Convergência, Campus da UFOP, Morro do Cruzeiro, Ouro Preto, Minas Gerais, CEP 35.400-000. Caso deseje entrar em contato com a pesquisadora, você poderá fazê-lo pelo email franmendesgomes@gmail.com, pelo telefone (31) 99361-0621 ou no endereço EMED - Rua Dois, Campus Morro do Cruzeiro Ouro Preto, Minas Gerais, CEP 35.400-000.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e poderei modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento assinada por mim e pela pesquisadora responsável e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Você autoriza a gravação da sua imagem e/ou voz?

- Sim, autorizo a gravação da minha imagem e/ou voz.
- Não, não autorizo a gravação da minha imagem e/ou voz.
- Autorizo a gravação mas não autorizo a divulgação de minha imagem e/ou voz.

## **APÊNDICE C. Perguntas norteadoras do grupo focal**

### **1. Experiência durante a residência:**

- Como você avalia a preparação recebida durante os estágios hospitalares da residência e em que medida esses estágios atenderam às suas expectativas de aprendizado?
- Como você descreveria a integração e a comunicação com a equipe de especialistas e outros profissionais de saúde durante seus estágios hospitalares?
- Como você avalia o suporte e a supervisão recebidos dos preceptores durante os estágios hospitalares em termos de adequação para o desenvolvimento de suas habilidades como médico de família e comunidade?
- Como você descreveria sua satisfação com a experiência hospitalar durante a residência e o impacto dessa experiência no seu interesse em atuar em ambiente hospitalar após a residência?
- Quais barreiras ou dificuldades significativas você encontrou no ambiente hospitalar durante a residência e como elas influenciaram sua decisão de não continuar trabalhando em hospitais?

### **2. Experiência após a residência:**

- Como você avalia a relevância da experiência hospitalar durante a residência para sua prática atual e a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos nesses estágios ao seu trabalho cotidiano?
- Como você avalia a representatividade dos médicos de família e comunidade nas decisões de política hospitalar e a necessidade de sua presença no ambiente hospitalar?
- De que maneira a tecnologia da informação e a logística influenciam sua decisão de visitar pacientes internados no hospital?
- Como você avalia o reconhecimento e a compreensão dos especialistas sobre o papel dos médicos de família e comunidade no hospital?
- Quais são as principais barreiras institucionais que você enfrenta ao tentar participar dos cuidados hospitalares?

## APÊNDICE D. Questionário sobre perfil profissional enviado aos participantes do grupo focal

### Perfil Profissional dxs Médicxs de Família e Comunidade Participantes do Grupo Focal

B I U ↻ ✕

Você está recebendo esse questionário porque participou do grupo focal referente à pesquisa "**Determinantes para o Afastamento de Médicos de Família e Comunidade do Ambiente de Prática Intra-Hospitalar em Ouro Preto**" realizado em 04/12/2024.

O tempo necessário para preenchimento é de cerca de 5 minutos.

Qual sua idade? \*

Texto de resposta curta

Qual seu gênero? \*

- Masculino
- Feminino
- Outro
- Prefiro não dizer

Em que ano você concluiu sua residência em Medicina de Família e Comunidade na UFOP? \*

Texto de resposta curta

Há quanto tempo você atua como Médicx de Família e Comunidade? \*

Texto de resposta curta

Cite todos os trabalhos que você desenvolve atualmente como Médico de Família e Comunidade. \*

Texto de resposta curta

---

Você possui outras especializações além de Medicina de Família e Comunidade? Se sim, quais? \*

Texto de resposta longa

---