

A formação e atuação de profissionais da Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar

The training and practice of Family and Community Physicians within the supplementary healthcare system

La formación y la práctica de profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria en el sistema de atención complementaria de salud

Isaac Linhares de Oliveira

Médico e Mestre em Saúde Coletiva. Professor Assistente na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil;
E-mail: isaac.oliveira@ufrn.br; ORCID: 0000-0002-2762-7255

Matias Aidan Cunha de Sousa

Médico pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Caruaru, PE, Brasil;
E-mail: matiascunha0@gmail.com; ORCID: 0000-0001-8800-6826

João Gustavo Xavier de Queiroz

Médico pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Camutanga, PE, Brasil;
E-mail: jgustavo0804@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9736-9477

Juliana Sampaio

Psicóloga, Mestre em Serviço Social e Doutora em Saúde Pública.
Professora Titular da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil;
E-mail: julianasmp@hotmail.com; ORCID: 0000-0003-0439-5057

Contribuição dos autores:
Todos os autores contribuíram de igual forma neste artigo, tanto no delineamento do estudo, quanto na coleta e análise dos dados, na escrita e na revisão final do manuscrito. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento:
Próprio.

Recebido em: 16/01/2026

Aprovado em: 13/08/2026

Editor responsável: Frederico Viana Machado

Resumo: Objetivos: Analisar, em perspectiva cartográfica, trajetórias de formação e atuação de profissionais da Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar. **Métodos:** O campo empírico foi uma única clínica privada de Atenção Primária à Saúde, em Natal, Rio Grande do Norte. Onze profissionais da MFC receberam convite para participar; nove responderam a questionário eletrônico e seis participaram de entrevistas cartográficas realizadas entre junho de 2021 e janeiro de 2022. O material foi discutido em reuniões quinzenais do coletivo de pesquisa, nas quais foram construídos três analisadores. **Resultados:** (i) “o encontro com as diferenças sociais” evidenciou tensões produzidas pelo contraste entre trajetórias sociais de estudantes e profissionais de medicina e territórios da Atenção Básica; (ii) “da formação no Sistema Único de Saúde ao encantamento com a saúde suplementar” reuniu relatos nos quais melhores condições estruturais, maior acesso a exames e procedimentos e percepção de maior resolutividade apareceram como motivos relevantes para atuação no setor suplementar; e (iii) “o desencantamento e a precarização na saúde suplementar” problematizou vínculos de trabalho, proteção trabalhista e limites à autonomia profissional no contexto investigado. **Conclusões:** A inserção na saúde suplementar mostrou-se multifatorial e marcada pela circulação entre os setores público e privado. Maior disponibilidade de recursos e percepção de resolutividade coexistiram com menor proteção trabalhista e tensões na autonomia profissional. Os achados, circunscritos à clínica investigada, evidenciam a ambivalência dessas trajetórias e oferecem pistas para o debate sobre formação, trabalho e relações público-privadas na saúde.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Saúde Suplementar.

Abstract: Objectives: To analyze, from a cartographic perspective, the training and professional trajectories of family and community physicians working in supplementary healthcare. **Methods:** The empirical field was a single private primary health care clinic in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. Eleven physicians were invited; nine completed an electronic questionnaire, and six participated in cartographic interviews conducted between June 2021 and January 2022. The material was discussed in biweekly research-group meetings, in which three analyzers were constructed. **Results:** (i) “the

encounter with social differences” highlighted tensions arising from contrasts between the social trajectories of medical students and professionals and primary health care territories within the public system; (ii) “from training in the Brazilian Unified Health System to enchantment with supplementary healthcare” brought together accounts in which better structural conditions, greater access to tests and procedures, and perceived greater clinical resoluteness appeared as relevant reasons for working in the supplementary sector; and (iii) “disenchantment and precarization in supplementary healthcare” problematized employment arrangements, labor protection, and limits to professional autonomy in the investigated context.

Conclusions: Entry into supplementary healthcare was multifactorial and characterized by circulation between the public and private sectors. Greater availability of resources and perceived clinical resoluteness coexisted with reduced labor protection and tensions regarding professional autonomy. Findings are limited to the investigated clinic but highlight the ambivalence of these trajectories and contribute to debates on professional training, work, and public-private relations in healthcare.

Keywords: Family Practice; Primary Health Care; Supplemental Health.

Resumen: Objetivos: Analizar, desde una perspectiva cartográfica, las trayectorias de formación y actuación de profesionales de medicina familiar y comunitaria en la salud complementaria. **Métodos:** El campo empírico fue una clínica privada de Atención Primaria de Salud en Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Se invitó a once profesionales; nueve respondieron un cuestionario electrónico y seis participaron en entrevistas cartográficas entre junio de 2021 y enero de 2022. El material fue discutido en reuniones quincenales del colectivo de investigación, en las que se construyeron tres analizadores. **Resultados:** (i) “el encuentro con las diferencias sociales” evidenció tensiones por el contraste entre trayectorias sociales de estudiantes y profesionales de medicina y territorios de la atención básica pública; (ii) “De la formación en el Sistema Único de Salud brasileño al encantamiento con la salud complementaria” reunió relatos en los que mejores condiciones estructurales, mayor acceso a exámenes y procedimientos y percepción de más capacidad resolutiva aparecieron como motivos relevantes para trabajar en el sector complementario; y (iii) “el desencanto y la precarización en la salud complementaria” problematizó

vínculos laborales, protección de derechos y límites a la autonomía profesional en el contexto investigado. **Conclusiones:** La inserción en la salud complementaria fue multifactorial y estuvo marcada por la circulación entre los sectores público y privado. La mayor disponibilidad de recursos y la percepción de mayor capacidad resolutive coexistieron con menor protección laboral y tensiones en la autonomía profesional. Los hallazgos, circunscritos a la clínica investigada, evidencian la ambivalencia de estas trayectorias y aportan elementos al debate sobre formación, trabajo y relaciones público-privadas en salud.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria; Atención Primaria de Salud; Salud Complementaria.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), a Medicina de Família e Comunidade (MFC) é definida como a especialidade médica “que atende os problemas relacionados com o processo saúde-enfermidade, de forma integral, contínua e sobre um enfoque de risco, no âmbito individual e familiar”.^{1:1} Ademais, ainda segundo esta organização, a MFC é a especialidade “com melhores capacidades para liderar a aplicação da estratégia da Atenção Primária em Saúde (APS)”.^{1:1} A APS é o nível de atenção à saúde composto pelos serviços de primeiro contato, sendo, assim, a porta de entrada preferencial de um sistema de saúde que garante um cuidado oportuno e resolutivo.²

Segundo a Demografia Médica brasileira, no país existiam 15.542 especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC), correspondendo a 3,3% do total de especialistas em medicina.² A distribuição dessa categoria profissional é desigual no território nacional, com maior número (65,7%) no eixo Sul-Sudeste. Vale destacar que o número de MFC cresceu 171% entre 2010 e 2020, como reflexo da priorização do Estado para formar especialistas para atuar na Atenção Básica à Saúde (ABS).³

Dentre os marcos mais recentes desta expansão, temos o Programa Mais Médicos (PMM), que tinha como objetivo garantir provimento médico na ABS em todo o Brasil por meio do provimento emergencial e da expansão das vagas de graduação e de residência médica em MFC, por meio da Lei nº

12.871/2013. Também, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina foram instituídas pela Resolução CNE/CES nº 3, de 30 de setembro de 2025. Elas foram atualizadas no intuito de garantir uma formação voltada às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) e da ABS. Elas consideram não só a doença, mas a pessoa em sua integralidade, pertencente a uma família e a uma comunidade.⁴ Uma graduação com inserção oportuna em cenários de práticas da ABS possibilita a diversificação dos campos de aprendizagem e produz maior implicação de estudantes com processos de transformação do ensino em saúde para/com o SUS.⁵

Ao mesmo tempo, a prestação de serviços pelo setor privado também passou por importantes alterações. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), reconhecendo o sucesso da ABS, passou a estimular mudanças no modelo assistencial, adotando diretrizes de incentivo à implementação e qualificação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos de saúde.⁶

Vale destacar que, neste artigo, opta-se por utilizar a sigla ABS para se referir ao nível de atenção à saúde no SUS e a sigla APS para se referir ao nível de atenção à saúde no setor suplementar, defendendo as formulações militantes do Movimento Sanitário Brasileiro que buscavam, com a nomenclatura ABS, distanciar-se dos modelos restritos e seletivos de APS e aproximar-se da construção de um sistema de saúde público, universal e cidadão.² Marca-se, assim, também, a divergência desse modelo em relação aos modelos da saúde suplementar.

A bibliografia sobre a inserção da MFC na saúde suplementar brasileira é bastante escassa e, na busca bibliográfica feita no presente estudo, encontrou-se somente um artigo de Machado e colaboradores e uma dissertação de Lisboa.^{7,8} O primeiro aponta as contradições de uma especialidade gestada no SUS atuando como redutora de gastos no setor privado, e a segunda contextualiza como isso ocorre em um cenário de neoliberalização da economia e corte de gastos no setor público.

Dessa forma, por mais que a inserção da MFC venha sendo incentivada por diversos órgãos e empresas, como a própria ANS,⁶ a atuação no campo da saúde privada parece estar desvinculada do processo formativo de MFC, que

é voltado à ABS, ao passo que não há estudos que versem sobre o perfil de MFC que atuam neste setor. Diante disso, o presente artigo tem como objetivo analisar a trajetória de formação e de atuação profissional de MFC atualmente na rede suplementar de saúde.

CAMINHOS METODOLÓGICOS E POLÍTICA DE NARRATIVIDADE

Este estudo adota a cartografia como caminho metodológico, caracterizada pelo acompanhamento de territórios afetivo-existenciais e de seus processos, em vez de buscar representar uma realidade supostamente estável.⁹ O campo empírico foi deliberadamente circunscrito a uma única clínica privada de APS da cidade de Natal, no estado do Rio Grande do Norte (RN), existente havia cerca de três anos à época da pesquisa e prestadora de serviços a um plano de saúde. A clínica era composta por cinco equipes de APS, com onze MFC, quatro enfermeiras de Família e Comunidade e cinco técnicas de enfermagem, realizando cerca de 3.000 atendimentos por mês entre consultas presenciais, teleconsultas e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. Por se tratar de um campo situado e de uma única organização de saúde, os resultados são interpretados como produções relativas a esse contexto específico e não pretendem representar a totalidade da MFC inserida na saúde suplementar brasileira.

Cada uma destas equipes de APS era responsável pelo cuidado de uma determinada “lista de pacientes”, composta por pessoas beneficiárias do plano de saúde que voluntariamente escolheram se vincular àquela equipe. Assim, ela se assemelhava mais ao modelo britânico de APS, também organizado por lista, do que ao modelo brasileiro de ABS, em que a vinculação é feita pelo território adscrito.¹⁰ A agenda semanal da enfermagem tinha atividades coletivas de educação em saúde, como grupos de combate ao tabagismo e de gestantes. Também incluía consultas individuais agendadas e de demanda espontânea, incluindo pré-natal e puericultura. Além disso, havia momentos de levantamento de dados epidemiológicos de vigilância em saúde, como quantitativo de pessoas da lista com diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica ou que foram internadas recentemente em um dos hospitais da rede credenciada da operadora de plano de saúde. A agenda semanal médica era composta apenas por consultas agendadas, de demanda espontânea e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. Todas as equipes se reuniam semanalmente para

discutir temas clínicos ou organizar seu processo de trabalho. A contratação de profissionais destas equipes de APS ocorria por meio de pessoa jurídica.

A cartografia se deu a partir da produção de várias estratégias de aproximação com os territórios existenciais de MFC da clínica. Duas dessas estratégias, utilizadas para a construção deste artigo, foram um questionário eletrônico e entrevistas cartográficas. O questionário foi elaborado pelo coletivo de pesquisa e aplicado, através de plataforma digital, à MFC entre junho e outubro de 2021. Ele foi dividido em quatro blocos: (1) dados sociodemográficos, (2) informações sobre a formação em nível de graduação, (3) informações sobre a formação em MFC e (4) experiência de trabalho prévia. Inicialmente, o questionário foi enviado a grupos de comunicação online da clínica e individualmente a cada MFC. Todas as pessoas que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Das onze pessoas que atuavam como MFC na clínica, nove responderam ao questionário. As informações obtidas foram organizadas em planilha eletrônica e analisadas, por meio de uma análise descritiva a partir das frequências absolutas, com auxílio do aplicativo de análise estatística *Jamovi*®.

Após organização e análise das informações, em janeiro de 2022, foram realizadas entrevistas cartográficas com as pessoas respondentes do questionário, no sentido de acessar suas perspectivas no campo da experiência.¹¹ A entrevista era iniciada a partir da questão geradora: “Como foi seu processo formativo e profissional?”, que permitia a produção de uma conversa livre. Das nove pessoas que responderam ao questionário, seis participaram das entrevistas, realizadas de forma remota por uma plataforma digital, em horário previamente agendado, com duração média de uma hora cada. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento das pessoas participantes e posteriormente transcritas.

Embora este artigo se concentre no questionário e nas entrevistas, ele constitui um recorte de um percurso cartográfico mais amplo. Nesse percurso, um integrante do coletivo de pesquisa também atuava como médico de Família e Comunidade na clínica investigada, o que favoreceu uma imersão continuada no cotidiano do serviço. Entre março de 2021 e janeiro de 2022, vivências e afetações produzidas nesse campo foram

registradas em diários cartográficos e processadas nas reuniões do coletivo. Esses registros não são apresentados neste artigo como um corpus autônomo de resultados, mas participaram da construção do campo problemático, da elaboração dos dispositivos de pesquisa e da identificação de questões que posteriormente puderam ser aprofundadas nas entrevistas. Assim, o questionário e as entrevistas constituem as principais fontes empíricas mobilizadas neste recorte, enquanto a imersão cartográfica e os diários compõem o processo mais amplo de produção e problematização da pesquisa.

Os resultados do questionário e das entrevistas foram processados e analisados em reuniões quinzenais do coletivo de pesquisa, realizadas remotamente durante o período pandêmico. O coletivo reunia a professora-orientadora, o professor-coorientador, o pesquisador-mestrando e estudantes de graduação vinculados à iniciação científica. Conforme registrado no percurso da dissertação, esses encontros serviam à elaboração dos dispositivos de pesquisa, ao levantamento de analisadores e ao planejamento dos passos seguintes. As discussões colocavam em relação o material empírico produzido e os referenciais teóricos que sustentavam a investigação, permitindo que acontecimentos, enunciados e contradições fossem retomados coletivamente ao longo do processo. Dessa forma, os analisadores não foram definidos previamente como uma grade de categorias a ser aplicada às entrevistas; eles emergiram no decorrer da cartografia à medida que determinados acontecimentos adquiriam potência reveladora e catalisadora para colocar em análise a instituição e o processo de trabalho.¹²

A passagem do material empírico aos três analisadores apresentados neste artigo ocorreu por essa articulação entre descrição do perfil, narrativas das entrevistas e processamento coletivo. O questionário teve função principalmente descritiva e contextual, situando características sociodemográficas, formação e experiências profissionais. As entrevistas permitiram acompanhar como participantes narravam seus percursos formativos, experiências no SUS, motivos atribuídos à atuação na saúde suplementar e tensões relacionadas ao processo de trabalho. No processamento coletivo, o analisador “o encontro com as diferenças sociais” colocou em relação o perfil sociodemográfico e as narrativas sobre a

formação e o encontro com os territórios da Atenção Básica; “da formação no SUS ao encantamento com a saúde suplementar” reuniu elementos da trajetória formativa e profissional e os motivos explicitados para a inserção no setor; e “o desencantamento e precarização na saúde suplementar” concentrou tensões relativas aos vínculos laborais, à proteção trabalhista e à autonomia no trabalho. Esses analisadores funcionam, portanto, como entradas analíticas para acompanhar forças e contradições do campo, e não como categorias exaustivas, frequências ou causas hierarquizadas da escolha profissional.

Para garantir o anonimato das pessoas participantes da pesquisa, optou-se por criar pseudônimos. Os nomes adotados foram: Açu (homem cisgênero, branco, 35 anos), Apodi (mulher cisgênera, branca, 34 anos), Ceará-Mirim (mulher cisgênera, branca, 26 anos), Maxaranguape (homem cisgênero, branco, 29 anos), Potengi (mulher cisgênera, branca, 32 anos) e Seridó (homem cisgênero, branco, 44 anos).

Destaca-se que este estudo compõe a dissertação de mestrado intitulada “Entre baques e ataques: a inserção da Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. Ademais, foi financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da UFPB em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A pesquisa seguiu as recomendações éticas das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o CAAE 42482721.7.0000.8069.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O encontro com as diferenças sociais: “eu me sentia fazendo uma visita ao zoológico”

Nas entrevistas cartográficas, uma fala de Potengi (mulher cisgênera, branca, 32 anos) chamou bastante atenção:

No começo do curso, dependendo da forma como os preceptores conduziam as disciplinas, os alunos podiam se encantar e desencantar com a Atenção Básica. No

meu caso, eu acho que os preceptores eram pessoas acomodadas com a realidade. Eu me sentia fazendo uma visita ao zoológico. Não estava ali para transformar a realidade, mas para observar (Potengi, entrevista, 2022).



Neste trecho, Potengi se refere à sua inserção na ABS no início da graduação. Sua narrativa explicita uma crítica à postura pedagógica de profissionais responsáveis pela preceptoria, que, em sua avaliação, favorecia uma presença mais observacional do que implicada no território. A metáfora da “visita ao zoológico” também expressa estranhamento diante daquele cenário. A partir da fala, é possível discutir a distância social entre parte do corpo discente de medicina e pessoas usuárias da ABS; contudo, o enunciado, isoladamente, não permite definir a natureza desse estranhamento nem atribuir à participante sentidos que ela não explicitou.

A pesquisa de Guibu e colaboradores descreve, entre pessoas usuárias de serviços de ABS, predominância de mulheres (75,8%), pessoas negras (58,3%) e pertencentes às classes C e D+E (85,1%).¹³ Na demografia médica utilizada neste estudo, entre estudantes de medicina, predominavam mulheres (61,8%) e pessoas brancas (68,6%).² A comparação entre essas fontes ajuda a contextualizar diferenças sociais que podem atravessar encontros formativos na ABS. À luz de estudos críticos sobre racialização e animalização de corpos negros, a metáfora do “zoológico” pode ser interrogada como uma formulação potencialmente atravessada por hierarquias sociais e raciais.¹⁴ Essa é, porém, uma possibilidade interpretativa construída pelo coletivo de pesquisa; o material empírico apresentado não permite concluir que a participante tenha mobilizado conscientemente um preconceito racial ou uma intenção de animalização.

A noção da vivência como ida passiva se aproxima das problematizações de Sérgio Arouca sobre as mudanças nas graduações propostas pelo movimento preventivista:

De um ponto de vista de classe, os estudantes ‘miram’ o real, real que não conheciam por não fazer parte do seu espaço social, real que foi conhecido como paisagem e não como vida.^{15:97}

A aproximação com Arouca e com as formulações de Bourdieu e Passeron permite problematizar experiências formativas em que o território é apreendido como “paisagem”, e não como vida social na qual estudantes

também se implicam.^{15,16} Nesse enquadramento teórico, processos de naturalização das desigualdades podem produzir formas de desumanização e podem adquirir dimensões racializadas.¹⁴ No presente estudo, essa literatura é utilizada como lente analítica para interrogar a cena narrada, sem transformar essa leitura teórica em uma conclusão diretamente atribuível à fala de Potengi. A cena reforça, sobretudo, a importância de práticas pedagógicas que problematizem relações de classe, raça, gênero e outras hierarquias sociais presentes na formação em saúde.

Quanto ao perfil sociodemográfico das nove pessoas respondentes do questionário, 55,6% eram homens cisgêneros, 77,8% pessoas brancas, 100% pertenciam às classes A e B e 55,5% tinham 30 anos ou mais. Em comparação com a Demografia Médica utilizada como referência, esse pequeno grupo apresenta concentração elevada de pessoas brancas e de classes de maior renda.² Esses dados caracterizam o campo investigado, mas, pelo tamanho e pela seleção situada da amostra, não permitem inferir o perfil de MFC que atuam na saúde suplementar no país. Em relação ao gênero, homens cisgêneros correspondiam a 55,6% das pessoas respondentes e, entre três cargos de gestão mencionados, dois eram ocupados por homens cisgêneros e um por mulher cisgênera.

Quanto à orientação sexual e à identidade de gênero, oito participantes (88,9%) declararam-se heterossexuais, uma pessoa (11,1%) bissexual/pansexual e nenhuma pessoa se declarou transgênera. A ausência de informações comparáveis sobre orientação sexual e identidade de gênero na fonte de Demografia Médica consultada limita comparações externas.² Assim, esses dados são utilizados prioritariamente para caracterizar o campo, evitando inferências mais amplas sobre diversidade na formação ou no mercado de trabalho médico.

No recorte racial, sete das nove pessoas respondentes se declararam brancas (77,8%). A política de cotas instituída pela Lei nº 12.711/2012 e seus efeitos sobre o acesso de pessoas pretas, pardas e indígenas ao ensino superior constituem contexto relevante.¹⁷ Entretanto, o material desta pesquisa não permite atribuir a composição racial observada na clínica ao tempo de implementação dessa política ou estabelecer uma relação causal

entre as duas dimensões. A baixa diversidade racial encontrada deve, portanto, ser apresentada como característica deste campo específico.

Tomados em conjunto, os dados de classe, raça, gênero e orientação sexual mostram que participantes desta clínica ocupam posições sociais que, em diferentes medidas, se distanciam do perfil de parcelas importantes da população atendida na ABS. Esse contraste oferece uma chave para compreender o estranhamento narrado por Potengi, mas não autoriza concluir que a metáfora do “zoológico” seja efeito direto de racismo, patriarcado ou de outros sistemas de dominação. Uma formulação mais consistente é tratá-la como analisador de uma distância social produzida no encontro formativo, cuja dimensão racial pode ser interrogada teoricamente, mas não demonstrada de forma conclusiva pelo material disponível.^{14,18}

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 indicam que, entre pessoas com plano de saúde, predominavam mulheres (54%), pessoas brancas (59,1%) e pessoas com 40 anos ou mais (46,7%).¹⁹ Ao mesmo tempo, a distribuição de classe apresentada no próprio texto não reproduz integralmente o perfil de profissionais desta clínica. Desse modo, a comparação não sustenta, por si só, a afirmação de que MFC teriam buscado a saúde suplementar para atender a uma população socialmente semelhante à sua. A partir do contraste entre perfis, pode-se levantar a hipótese de que a maior familiaridade social com determinados grupos de pessoas usuárias componha a experiência profissional de parte do grupo; contudo, as entrevistas apresentadas não identificam esse aspecto como motivação explicitamente declarada para a mudança de setor.

Nessa direção, a noção de “perplexidade na universidade”, discutida por Vasconcelos e colaboradores, oferece uma possibilidade de leitura para o estranhamento diante de realidades sociais distantes.²⁰ A fala de Potengi — “ter alunos da própria comunidade na graduação, hoje, é transformador. Eles têm certa identidade com a comunidade” — reforça a relevância da representação e do pertencimento nos processos formativos. Ainda assim, essa narrativa se refere à formação médica e não demonstra, diretamente, que a redução da “perplexidade” tenha orientado a escolha profissional pela saúde suplementar.

Da formação no SUS ao encantamento com a saúde suplementar: “no público você aguça a clínica com as suas limitações e pode aplicar no privado”

Quanto ao local da formação, seis (66,7%) das pessoas participantes tiveram formação em universidades públicas, enquanto três (33,3%) estudaram em universidades privadas; entre estas, duas (66,7%) afirmaram ter despendido recursos de familiares para custear a universidade e apenas uma (33,3%) se valeu do Programa Universidade para Todos (PROUNI). Esse programa, instituído a partir da Lei nº 11.096 de 2005, consiste no financiamento, pelo Ministério da Educação, de bolsas de estudos (de 50% ou 100%) em universidades privadas para estudantes oriundos de escolas públicas, que nunca tenham cursado o ensino superior anteriormente e tenham renda familiar menor ou igual a 1,5 salários-mínimos e meio por pessoa, para a bolsa total, e até três salários-mínimos e meio por pessoa, para a bolsa parcial.

Vale destacar que oito (88,9%) participantes tinham título de especialista em MFC. Entre essas oito pessoas, seis (75%) obtiveram o título por meio de residência médica e duas (25%) por especialização seguida de prova de título. Quando se perguntou sobre o percurso na faculdade de medicina, cinco (55,6%) afirmaram contato com a ABS ao longo de todo o curso, três (33,3%) no internato e uma pessoa (11,1%) somente no início da graduação.

O percurso formativo das nove pessoas participantes mostra intensa presença de instituições e políticas públicas: sete (78%) tiveram formação em instituição pública na graduação e/ou na residência, e parte das trajetórias privadas também contou com política pública de financiamento estudantil, como o PROUNI. Além disso, a maioria teve experiência formativa na ABS do SUS. Esses dados evidenciam circulação entre os setores público e privado ao longo da formação e da vida profissional. Em vez de afirmar que profissionais formados para atuar no público foram capturados pela saúde suplementar, formulação que excede o material empírico. Os dados permitem discutir como competências desenvolvidas em cenários do SUS passam a ser mobilizadas também em organizações privadas e quais tensões essa circulação produz.

As nove pessoas respondentes do questionário informaram experiência prévia na ABS: seis (66,6%) tinham até cinco anos de experiência, duas (22,2%) entre cinco e dez anos e uma (11,1%) mais de dez anos. Nas entrevistas, melhores condições estruturais e maior acesso a exames, procedimentos e encaminhamentos apareceram de forma explícita como dimensões valorizadas na saúde suplementar. Apodi (mulher cisgênera, branca, 34 anos) afirmou que “a única diferença é a facilidade para encaminhamentos, exames e cirurgias”, enquanto Maxaranguape (homem cisgênero, branco, 29 anos) destacou que “a dificuldade do SUS são exames e questões sociais”. Esses relatos sustentam diretamente que a percepção de maior disponibilidade de recursos e resolutividade clínica constituiu um motivador relevante para a atuação no setor suplementar.

Os relatos atribuem, portanto, importância ao acesso a tecnologias leves e duras, sem que isso permita concluir abandono ou desvalorização das tecnologias relacionais, centrais à produção do cuidado.²¹ Seridó afirmou: “Decidi trabalhar na Saúde Suplementar por causa da frustração no SUS, do grande esforço que eu fazia para fazer funcionar. Na Suplementar, a gente aumentou o leque de serviços com a maior eficiência possível.” A referência à eficiência pode ser colocada em diálogo com debates críticos sobre racionalidades gerenciais e neoliberalismo, mas essa aproximação deve ser apresentada como chave teórica de interpretação, e não como evidência de adesão ideológica do participante a um projeto político específico.²²

Essas narrativas também precisam ser situadas nas condições históricas do SUS no período que antecedeu e atravessou a produção dos dados (2021-2022). A literatura mobilizada no manuscrito discute os efeitos da Emenda Constitucional 95/2016 sobre o financiamento público, as mudanças introduzidas pelo Previde Brasil e críticas à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017.²³⁻²⁵ Esse contexto ajuda a compreender por que frustração, esforço para garantir resolutividade e limitações de acesso aparecem nas entrevistas, mas não deve ser tomado como explicação causal única para a decisão individual de trabalhar na saúde suplementar.

A coexistência entre formação fortemente vinculada ao SUS e atuação posterior no setor suplementar pode, assim, ser discutida como parte das

relações contemporâneas entre os setores público e privado na saúde. Referenciais críticos sobre privatização ajudam a formular perguntas sobre essa circulação profissional. No entanto, os dados de uma única clínica não sustentam, por si só, a conclusão de que a saúde suplementar capture MFC, produza o desfinanciamento do SUS ou explique a escassez de especialistas no setor público. A força analítica do material está em mostrar tensões concretas dessa circulação e os diferentes fatores que participantes associam às suas escolhas profissionais.

O desencantamento e a precarização: “a gente tenta transportar as práticas da saúde pública, mas isso se choca com os princípios da suplementar”

Quanto aos trabalhos exercidos no momento da pesquisa, participantes relataram múltiplos vínculos: docência e preceptoria em universidades públicas e privadas; ABS; APS de outros planos de saúde; serviços hospitalares de urgência/emergência públicos; telemedicina pública e privada; atenção secundária ambulatorial; e gestão pública e empresarial. O acúmulo de vínculos sugere fragmentação das jornadas de trabalho e pode produzir sobrecarga, dimensão discutida na literatura sobre esgotamento profissional.²⁶ Entretanto, o material apresentado não permite atribuir esse acúmulo à intenção de manter determinado padrão de vida; essa interpretação foi retirada por não estar diretamente sustentada pelas entrevistas.

A presença simultânea de vínculos públicos e privados reforça que as trajetórias profissionais não se organizam como uma passagem linear de um setor para outro. No material qualitativo, melhores condições estruturais das clínicas, acesso mais ágil a exames e procedimentos e percepção de maior capacidade resolutiva aparecem como atrativos da saúde suplementar. Esses fatores devem ser analisados com peso equivalente às hipóteses relacionadas ao perfil social das pessoas usuárias, pois são explicitamente mencionados por participantes e ajudam a compreender a escolha por esse campo de trabalho.

Essa leitura multifatorial também impede compreender a trajetória profissional como uma migração simples e homogênea do público para o privado. Os próprios vínculos simultâneos relatados mostram circulação

entre serviços, instituições e regimes de trabalho distintos. No material empírico, acesso a exames e procedimentos, melhores condições estruturais e percepção de maior resolutividade aparecem de forma explícita nas falas e, por isso, possuem sustentação direta para compor a análise das escolhas profissionais. Já a hipótese de maior familiaridade social entre profissionais e determinados grupos de pessoas usuárias da saúde complementar nasce da articulação entre o perfil sociodemográfico do reduzido grupo estudado, dados secundários e o referencial teórico; ela deve permanecer, portanto, em outro nível de inferência. Distinguir esses planos não enfraquece a perspectiva crítica do estudo. Ao contrário, permite mostrar que condições materiais de exercício clínico, experiências prévias no SUS, relações de classe e raça, formas de contratação e expectativas de autonomia podem coexistir e produzir efeitos distintos, sem que uma dimensão seja convertida em causa única. Essa heterogeneidade é particularmente importante porque o estudo acompanha profissionais de uma única organização e não permite pressupor que outras operadoras, clínicas ou regiões produzam os mesmos arranjos.

Quanto aos vínculos de trabalho informados no momento da pesquisa, duas pessoas (22,2%) relataram pessoa jurídica; duas (22,2%), pessoa jurídica + Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); e uma pessoa (11,1%) em cada uma das demais combinações (CLT + regime estatutário + trabalho autônomo; vínculo por cooperativa; vínculo por cooperativa + pessoa jurídica; vínculo por cooperativa + pessoa jurídica + CLT; regime estatutário + trabalho autônomo + vínculo por contrato). Aqui também, as pessoas respondentes podiam assinalar mais de uma alternativa.

A CLT constitui uma das formas de vínculo formal de trabalho no setor privado e assegura direitos como férias remuneradas, décimo terceiro salário e licenças, enquanto vínculos estatutários no serviço público possuem regime jurídico próprio. A contratação por pessoa jurídica (PJ), por sua vez, organiza a prestação de serviços sem reproduzir automaticamente as garantias de um vínculo celetista. A literatura utilizada no manuscrito problematiza situações em que a pejetização pode ser empregada para descaracterizar relações de emprego e reduzir proteções trabalhistas.²⁸ No presente estudo, é mais rigoroso descrever quais direitos não estavam associados ao vínculo existente na clínica. É importante discutir essa

condição à luz da literatura, evitando afirmar, de forma geral, que toda contratação por PJ seja necessariamente fraude ou que caracterize, por si só, ilegalidade.

Quando se perguntou sobre o regime de trabalho preferido, participantes indicaram maior valorização dos vínculos celetista e estatutário em razão das garantias trabalhistas. Açu (homem cisgênero, branco, 35 anos), que também exercia função de gestão na clínica, apresentou a tributação como uma razão para a adoção da contratação por pessoa jurídica. Essa justificativa deve ser atribuída ao participante, sem ser generalizada como explicação única para os vínculos dos demais profissionais:

[...] os médicos prefeririam trabalhar com o vínculo de pessoa física, porque você tem os direitos trabalhistas que a pessoa física te dá. Só que o Brasil é tão problemático nas suas questões tributárias e trabalhistas, e os impostos são muito altos, que às vezes, para quem recebe, os impostos são maiores que a pessoa jurídica (Açu, 2022).

Schraiber, a partir da sociologia do trabalho, destaca que o avanço das forças produtivas fez com que a medicina perdesse, em parte, a posse dos seus instrumentos de produção.²⁸ Até o início do século XX, no Brasil, a grande maioria da categoria médica atuava de forma liberal e detinha elevada autonomia sobre seu processo de trabalho, definindo preços, horários e clientela. A partir da metade desse século, intensificou-se o processo de assalariamento da categoria médica, que passou a vender sua força de trabalho a empresas ou ao Estado.²⁹ Merhy destaca, todavia, que esse assalariamento não implicou perda completa da autonomia, pois há dimensões do trabalho que não podem ser totalmente controladas pela organização empregadora, como a do trabalho vivo em ato.²¹

No contexto específico da clínica estudada, a contratação por pessoa jurídica deslocava para profissionais riscos e responsabilidades que, em vínculos celetistas ou estatutários, são parcialmente cobertos por garantias trabalhistas. Os relatos também sugerem que regras organizacionais e mediações próprias da operadora podem tensionar a autonomia clínica. À luz de Schraiber e Merhy, esses elementos podem ser discutidos como transformações nas condições de exercício do trabalho médico.^{21,28} Contudo, o estudo não permite afirmar que a precarização seja mais

presente em toda a saúde suplementar do que no SUS; essa comparação exigiria desenho empírico mais amplo e diretamente comparativo.

Assim, neste campo empírico, a possibilidade de ampliar o acesso a exames, procedimentos e outros recursos coexistia com tensões relacionadas ao vínculo trabalhista e à autonomia profissional. A análise sugere uma experiência marcada simultaneamente por ganhos percebidos de resolutividade e por perdas ou riscos em outras dimensões do trabalho. A hipótese de maior proximidade social com pessoas usuárias pode compor a interpretação do encontro entre profissionais e clientela, mas não deve ser apresentada como motivação central, pois não foi explicitamente sustentada pelas entrevistas.

Este estudo apresenta limites próprios de seu desenho e de sua aposta cartográfica. O campo empírico corresponde a uma única organização privada de saúde de Natal/RN, com nove respondentes ao questionário e seis participantes das entrevistas. As análises dizem respeito às experiências produzidas nesse contexto e não pretendem estimar frequência, estabelecer causalidade nem representar a diversidade de modelos de APS existentes na saúde suplementar brasileira. Além disso, algumas articulações com raça, classe, neoliberalismo e privatização constituem lentes teóricas da equipe de pesquisa e são aqui distinguidas dos motivos e sentidos explicitamente formulados por participantes. Estudos multicêntricos e comparativos poderão examinar se as tensões identificadas se reproduzem em outros arranjos organizacionais e regiões do país.

Há, ainda, uma delimitação temporal a considerar: os dados foram produzidos entre 2021 e 2022 e expressam condições institucionais, políticas e laborais daquele período. Mudanças posteriores na organização e no financiamento da APS, assim como transformações no mercado da saúde suplementar, não são objeto deste estudo e recomendam cautela na transposição dos achados para o presente. Além disso, por compartilharem uma mesma organização de trabalho, participantes podem ter vivenciado normas, rotinas e culturas institucionais comuns, aspecto que favorece a análise aprofundada daquele território, mas restringe comparações com outros modelos de saúde suplementar. Essas limitações reforçam que a contribuição do estudo está menos em estimar a frequência dos fenômenos

observados e mais em formular problemas e hipóteses analíticas que possam ser examinados em outros contextos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste campo específico, os relatos indicam que a inserção de MFC na saúde suplementar foi atravessada por múltiplos fatores: melhores condições estruturais de trabalho, acesso mais ágil a exames e procedimentos, percepção de maior resolutividade, frustrações acumuladas na experiência no SUS e características da organização do processo de trabalho. O contraste entre o perfil social de profissionais e o de diferentes populações atendidas no SUS e na saúde suplementar permite formular perguntas sobre pertencimento e distância social. No entanto, não demonstra que o afastamento das desigualdades sociais tenha sido um motivo predominante para a escolha profissional.

As trajetórias analisadas mostram circulação entre os setores público e privado: profissionais com formação e experiência importantes no SUS passam a mobilizar essas competências em organizações suplementares sem, necessariamente, romper seus vínculos com o setor público. Esse achado permite problematizar as relações entre formação, mercado de trabalho e organização da APS, mas deve permanecer circunscrito à clínica investigada e ser compreendido como hipótese e pista analítica para estudos posteriores, e não como descrição da totalidade da MFC na saúde suplementar brasileira.

Também se observam tensões entre a maior disponibilidade de recursos assistenciais e formas de contratação que, no cenário estudado, ofereciam menor proteção trabalhista, além de possíveis limites organizacionais à autonomia profissional. Em vez de interpretar a saúde suplementar como um engodo ou a migração profissional como efeito de uma única lógica, os dados sugerem uma experiência ambivalente, na qual ganhos percebidos de resolutividade coexistem com novos conflitos no trabalho. Essa ambivalência constitui uma contribuição do estudo para o debate sobre MFC, formação profissional e relações público-privadas na saúde.

REFERÊNCIAS

1. Arias-Castillo L, Toro CB, Freifer S, Fernández MA. Perfil do médico de família e comunidade: definição ibero-americana. Santiago de Cali: Confederação Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade; 2010.
2. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cad Saude Publica [Internet]. 2018 [cited 2026 Aug 13];34(8):e00029818. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_medica_brasil_2025.pdf
3. Simas KBF, Gomes AP, Simões PP, Augusto DK, Siqueira-Batista R. A residência de medicina de família e comunidade no Brasil: breve recorte histórico. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-13. doi:10.5712/rbmfc13(40)1687.
4. Brasil, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 30 de setembro de 2025. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. 2025 1 out.;Seção 1:35-7.
5. Gomes LB, Sampaio J, Lins TS. Currículo de medicina na Universidade Federal da Paraíba: reflexões sobre uma experiência modular integrada com ênfase na atenção básica. Saude Redes. 2015;1(1):39-46. doi:10.18310/2446-4813.2015v1n1p39-46.
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório. Rio de Janeiro: ANS; 2009.
7. Machado HSV, Melo EA, Paula LGN. Medicina de família e comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. Cad Saude Publica. 2019;35(11):e00068419. doi:10.1590/0102-311X00068419.
8. Lisboa AS. A inserção da medicina de família e comunidade em empresas de planos privados de saúde no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva; 2020.
9. Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2017.
10. Norman AH. Lista de pacientes: reflexões para a prática da medicina de família e comunidade. Rev Bras Med Fam Com. 2021;16(43):2856. doi:10.5712/rbmfc16(43)2856.
11. Tedesco SH, Sade C, Caliman LV. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. Fractal Rev Psicol. 2013;25(2):299-322. doi:10.1590/S1984-02922013000200006.
12. L'Abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. Cienc Saude Colet. 2003;8(1):265-74. doi:10.1590/S1413-81232003000100019.
13. Guibu IA, Moraes JC, Guerra Jr AA, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. Rev Saude Publica. 2017;51(Suppl 2):17s. doi:10.11606/S1518-8787.2017051007070.
14. Reis DN. Sistemas de representação e a zoomorfização do corpo negro na Bahia. Rev Let. 2020;12(2):720-30.
15. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; 2003.

16. Bourdieu P, Passeron JC. A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 2014.

17. Costa FP. Acesso e permanência no ensino superior: uma análise para as universidades federais brasileiras [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2018.

18. Sousa MAC, Sales EBA, Souza GMM, Sampaio J, Barbosa DS, Oliveira DL. Os contextos de vulnerabilidades e a produção de cuidado como temas na formação médica. Saude Soc. 2022;31(3):e210531pt. doi:10.1590/S0104-12902022210531pt.

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa nacional de saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

20. Vasconcelos EM, Frota LH, Simon E. Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

21. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Jr H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. Interface (Botucatu). 2019;23:e170627. doi:10.1590/Interface.170627.

22. Segalla SB. Atuação política de médicas e médicos de família e comunidade no Brasil: discursos e projetos em disputa e sua relação com políticas neoliberais [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2021.

23. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Saude Debate. 2019;43(spe5):58-70. doi:10.1590/0103-11042019S505.

24. Massuda A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? Cienc Saude Colet. 2020;25(4):1181-8. doi:10.1590/1413-81232020254.01022020.

25. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política nacional de atenção básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saude Debate. 2018;42(116):11-24. doi:10.1590/0103-1104201811601.

26. Silva SCPS, Nunes MAP, Santana VR, Reis FP, Machado Neto J, Lima SO. A síndrome de burnout em profissionais da rede de atenção primária à saúde de Aracaju, Brasil. Cienc Saude Colet. 2015;20(10):3011-20. doi:10.1590/1413-812320152010.19912014.

27. Pereira L. Pejotização: o trabalhador como pessoa jurídica. São Paulo: Saraiva; 2013.

28. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.

29. Albiazzetti G. Assalariamento e proletarização na medicina: um estudo sociológico realizado no município de Londrina [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2006.