

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DÉBORA JUNQUEIRA FONSECA OLIVEIRA

**O CURRÍCULO OCULTO E A NÃO ESCOLHA DA MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE POR INTERNOS DA GRADUAÇÃO MÉDICA:
REFLEXÕES PARA A PRÁTICA DA PRECEPTORIA**

RIO DE JANEIRO

2019

Débora Junqueira Fonseca Oliveira

O CURRÍCULO OCULTO E A NÃO ESCOLHA DA MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE POR INTERNOS DA GRADUAÇÃO MÉDICA:
REFLEXÕES PARA A PRÁTICA DA PRECEPTORIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração: Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Victoria Maria Brant Ribeiro – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Co-Orientadora: Prof^ª Dr^ª Elisete Casotti – Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2019

Oliveira, Débora Junqueira Fonseca.

O currículo oculto e a não escolha da medicina de família e comunidade por internos da graduação médica: reflexões para a prática da preceptoria. / Débora Junqueira Fonseca Oliveira. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco Assis, 2019.

111 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Victoria Maria Brant Ribeiro.

Coorientadora: Elisete Casotti.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2019.

Referências: f. 79-82.

1. Educação Médica. 2. Medicina de Família e Comunidade. 3. Currículo. 4. Escolha da Profissão. 5. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Ribeiro, Victoria Maria



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA

Às 08:30 horas do dia 29 de novembro de 2019 teve início a Defesa de Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Atenção Primária à Saúde, Linha de Pesquisa: **Educação em Saúde: Tendências contemporâneas da Educação, competências e estratégias de formação profissional em Atenção Primária à Saúde**. A dissertação intitulada: **“O currículo oculto e a não escolha da medicina de família e comunidade por internos da graduação médica: Reflexões para a prática da preceptoria”**, foi apresentada pela(o) candidata(o) **Débora Junqueira Fonseca Oliveira**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro nº 117002658(SIGA)**. A Dissertação foi apresentada à banca de examinadores composta pelos Doutores: **Victoria Maria Brant Ribeiro Machado (CPF nº 217.945.537-20)**, **Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti (CPF nº 927.529.187-04)**, e **Kathleen Tereza da Cruz (CPF nº 830.625.099-68)**, em sessão pública, na sala 1 do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis-HSFA/UFRJ, sito a Rua Afonso Cavalcante nº 20 - Cidade Nova/RJ. Após a exposição em sessão pública, de cerca de trinta minutos, a(o) candidata(o) foi arguida(o) oralmente e os membros da banca deliberaram, considerando o projeto (X) APROVADO () NÃO APROVADO. A banca emitiu ainda o seguinte parecer:

O trabalho apresentou consistência teórica e reflexão sobre a prática, de forma adequada e suficiente para a obtenção do grau de mestre.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a): Victoria Maria Brant Ribeiro Machado

1º Examinador(a): Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

2º Examinador(a): Victoria Maria Brant Ribeiro Machado
PI (participou por videoconferência)

Aluno(a)/Examinado(a): Débora Junqueira Fonseca Oliveira

AGRADECIMENTOS

Escrevo estas palavras já um tanto distante da felicidade da conclusão do texto e da aprovação final, imersa em um processo de transição trabalhista na SMS-RJ permeado de sofrimento e perdas. Tendo cursado um mestrado profissional, é inevitável que esse contexto afete a forma talvez melancólica de algumas linhas.

Às minhas orientadoras: Victoria Brant, por aceitar esse desafio de uma nova última orientanda inexperiente em pesquisa e me conceder o privilégio de aproveitar sua experiência; e Elisete Casotti, por vir junto antes mesmo de me conhecer e por me acrescentar tantas reflexões. Uma da forma, outra do método, ambas fundamentais para a construção deste trabalho.

Às amigas e aos amigos de vida e de preceptoria no Centro Municipal de Saúde João Barros Barreto, pelo apoio desde a escrita do pré-projeto até os últimos arremates da dissertação, e por cuidarem do nosso trabalho coletivo nas minhas horas ausentes para o mestrado, especialmente à Ana e ao Pedrinho. Todo o meu desejo é que possamos continuar.

À Ana Paula e à Melanie, pelas leituras, opiniões, reflexões e, acima de tudo, pelo incentivo e pelo afeto.

Às internas e aos internos que preceptorei ao longo destes anos e que me provocaram às reflexões que levaram ao desenho e à realização desta pesquisa.

À coordenação do internato de medicina de família, saúde mental e saúde coletiva da UFRJ, à direção da Escola de Medicina e Cirurgia e à coordenação do internato em saúde coletiva da UNIRIO, e à direção da Faculdade de Medicina e à coordenação de curso de medicina da UFF, pela autorização institucional e pelo apoio para a etapa de coleta de dados.

A todas e todos os estudantes que participaram desta pesquisa e expuseram tanto de seus processos e vidas, pela confiança.

Às usuárias e usuários do SUS, especialmente às pessoas cuidadas pelas equipes de saúde da família do Núcleo 3 (Ribeirão Preto/SP), Irmã Paula, Merendiba, Tupã, Guarani, Xingu e Curumim, que me ensinaram e ensinam cotidianamente a importância de uma APS forte.

A minha mãe e ao meu pai, pelo amor em todas as horas, e à Diana, pela convivência diária que nos faz irmãs e mulheres melhores.

RESUMO

OLIVEIRA, Débora Junqueira Fonseca. **O currículo oculto e a não escolha da medicina de família e comunidade por internos da graduação médica: reflexões para a prática da preceptoria**. Rio de Janeiro, 2019. Dissertação (Mestrado em Atenção Primária à Saúde) – Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019

Este estudo sobre educação médica volta-se para a formação de profissionais de saúde para a APS, buscando a compreensão de como o currículo oculto contribui para a não escolha da MFC pelos internos de medicina e a reflexão sobre a potencialidade da preceptoria do internato para tentar desconstruir os aspectos desmotivadores relacionados com esse currículo oculto, que se constitui pelos aspectos do ambiente escolar que não fazem parte do currículo oficial, mas contribuem implicitamente para aprendizagens sociais relevantes. Desenvolveu-se uma pesquisa de natureza descritiva e abordagem qualitativa. O universo de pesquisa constituiu-se em estudantes do internato do curso de graduação em medicina de UNIRIO, UFRJ e UFF. Foi aplicado um formulário para identificar, no conjunto inicial dos participantes, os que tinham as características de interesse da investigação; dentre os 79 que responderam-no, 10 foram convidados para a segunda etapa, da entrevista em profundidade, e incluídos na análise, realizada por meio da análise de conteúdo. As unidades temáticas identificadas foram agrupadas em quatro categorias: falas negativas sobre APS/MFC, modelos negativos de prática médica, modelos docentes positivos, e estrutura e funcionamento da APS e da MFC na graduação. Revelam-se dois eixos principais para a prática da preceptoria desconstruir o currículo oculto que desfavorece a escolha da MFC: buscar ativamente servir como um modelo positivo de prática médica, e singularizar a preceptoria de acordo com as características, a história de vida e as preferências do estudante.

Palavras-chave: Educação médica. Medicina de família e comunidade. Atenção primária à saúde. Currículo. Escolha da profissão.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Débora Junqueira Fonseca. **The hidden curriculum and the non-choice of family practice by medical interns: reflections for the practice of preceptorship.** Rio de Janeiro, 2019. Thesis (Master in Primary Health Care) - School of Medicine, Institute of Health Care São Francisco de Assis, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This study on medical education focuses on the training of health professional for PHC, seeking to understand how the hidden curriculum contributes to students' non-choice of FP, and seeking to reflect on the potential of the program's preceptorship to deconstruct the demotivating aspects related to this hidden curriculum, which is constituted by aspects of the school environment that are not part of the official curriculum, but implicitly contribute to relevant social learning. A descriptive research and qualitative approach was developed. The research universe consisted of students attending the two last years of the undergraduate medical courses from UNIRIO, UFRJ and UFF. A questionnaire was applied to identify, from the initial set of participants, those who had the characteristics of interest for the research; of the 79 respondents, 10 were invited for the second stage consisting of an in-depth interview and were included in the analysis, conducted through content analysis. The identified thematic units were grouped into four categories: negative statements about PHC / FP, negative models of medical practice, positive teaching models, and structure and functioning of PHC and FP upon graduation. There are two main axes for preceptorship to deconstruct the hidden curriculum that undermines the choice of FP: actively seek to serve as a positive model of medical practice, and to single out preceptorship according to characteristics, life history, and student's preferences.

Keywords: Education, medical. Family practice. Primary health care. Curriculum. Career choice.

Lista de ilustrações

Figura 1 – Modelo teórico do processo de escolha da especialidade.....	31
Figura 2 – Distribuição percentual dos participantes de acordo com identidade de gênero. Niterói / Rio de Janeiro, 2019.....	46
Figura 3 – Distribuição percentual dos participantes de acordo com expectativa de renda. Niterói / Rio de Janeiro, 2019.....	47
Figura 4 – Distribuição percentual dos participantes de acordo com opção(ões) de especialidade(s) no início da graduação. Niterói / Rio de Janeiro, 2019.....	48
Figura 5 – Distribuição percentual dos participantes de acordo com situação da escolha da especialidade no momento do preenchimento do formulário. Niterói / Rio de Janeiro, 2019.	48

Lista de quadros

Quadro 1 – Características dos participantes entrevistados de acordo com as respostas do formulário.....	51
--	----

Lista de abreviaturas e siglas

ABEM	Associação Brasileira de Escolas Médicas
APS	Atenção primária à saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GO	Ginecologia e obstetrícia
GP	<i>General practitioner</i>
ICSAP	Internações por condições sensíveis à atenção primária
IDA	Integração docente-assistencial
IES	Instituição(ões) de ensino superior
MEC	Ministério da Educação e da Cultura
MFC	Medicina de família e comunidade, médico de família e comunidade
MGC	Medicina geral comunitária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ORL	Otorrinolaringologia
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
WONCA	<i>World Organization of National Colleges and Academies of General Practice/Family Medicine</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	Tema e problema de pesquisa	19
1.2	Objetivos	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	21
2.1	A APS e a MFC	21
2.2	As transformações da educação médica	24
2.3	Fatores (des)motivadores da escolha pela APS/MFC.....	26
2.4	O currículo oculto	33
2.5	A preceptoria	37
3	METODOLOGIA	40
3.1	Tipo de pesquisa.....	40
3.2	Universo de pesquisa e seleção dos participantes	40
3.2.1	Universo de pesquisa	40
3.2.2	Seleção dos participantes	41
3.3	Coleta de dados	41
3.4	Aspectos éticos.....	43
3.5	Análise dos dados	44
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1	Falas negativas sobre APS/MFC	55
4.2	Modelos negativos de prática médica.....	59
4.3	Modelos positivos de prática médica.....	63
4.4	Estrutura e funcionamento da APS e da MFC na graduação	69
4.5	A prática da preceptoria como MFC	73
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	79

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE QUESTÕES PARA SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DE MESTRADO “O CURRÍCULO OCULTO E A NÃO ESCOLHA DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE POR INTERNOS DA GRADUAÇÃO MÉDICA”.....	83
APÊNDICE B – ROTEIRO para a entrevista em profundidade	85
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO FORMULÁRIO PARA OS PARTICIPANTES.....	86
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA ENTREVISTA E DO GRUPO FOCAL PARA OS PARTICIPANTES.....	88
APÊNDICE E – RESUMO DA ANÁLISE INDIVIDUAL DAS ENTREVISTAS	90

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tema e problema de pesquisa

Este estudo sobre educação médica volta-se para a formação de profissionais de saúde para a atenção primária à saúde (APS) com base na seguinte questão de pesquisa: Como o currículo oculto contribui para a não escolha da especialização em medicina de família e comunidade (MFC) pelos internos de medicina? O universo de pesquisa constituiu-se em estudantes do internato do curso de graduação em medicina das universidades federais do Rio de Janeiro – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal Fluminense (UFF).

O problema de pesquisa surgiu das minhas vivências como egressa de uma dessas escolas e preceptora de internatos desenvolvidos na APS das duas outras universidades (de saúde coletiva; e de medicina de família e comunidade, saúde mental e saúde coletiva).

Como graduanda, foi possível experimentar oportunidades de aprendizado na APS tanto em relação a conteúdos de saúde coletiva quanto de início da prática clínica, por meio da semiologia. No entanto, esse segundo eixo deveria ocorrer na APS durante um ano (com três turnos semanais) e, no meu caso, só aconteceu por um semestre (com dois turnos); além disso, no internato médico a prática em APS só existiu como resultado da escolha do internato eletivo em MFC, pois nos rodízios obrigatórios ela não aconteceu, mesmo prevista no currículo formal. Comentários negativos sobre a APS eram comuns por professores e colegas (“não dá para levar os estudantes para a rede de APS, pois só vão aprender práticas erradas”), chegando a testemunhar a fala frustrada de professores subspecializados recém-contratados que viam a tarefa de ensinar semiologia na APS como um “castigo aos novatos”, bem como falas sobre o médico ideal que refletiam a opinião pessoal do docente (por exemplo, “o bom médico é aquele que domina os mecanismos moleculares do adoecimento”). De uma turma de 81 estudantes, somente três seguimos para a MFC – menos de 4% dos egressos.

Como preceptora do internato médico, ouvindo os estudantes relatarem pouca vivência prévia na APS e uma visão negativa sobre a prática e a competência do MFC construída ao longo da graduação, e já decididos a tentar cursar outras especialidades, aumentou a preocupação sobre a possível insuficiência da escola médica em despertar interesse pela atuação em MFC, razão pela qual se fez a opção pelo estudo da questão acima apresentada.

1.2 Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é analisar as percepções de internos, considerados indecisos ou positivos à APS, sobre a implicação do currículo oculto no processo de escolha de outra especialidade que não a MFC.

Para tal, desdobram-se os seguintes objetivos específicos:

- Analisar relatos de estudantes do internato de graduação em medicina sobre aspectos do currículo oculto que foram incentivadores da não escolha pela MFC;
- descrever como esse incentivo à não escolha acontece, na percepção dos estudantes;
- discutir, com base nos achados do estudo, como a preceptoria do internato desenvolvido na APS pode tentar desconstruir os aspectos desmotivadores relacionados com o currículo oculto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 A APS e a MFC

Sistema de saúde é “o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade” (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 89). Para obtenção desses resultados, a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza a qualidade, a equidade, a relevância e o custo-efetividade como valores dos sistemas de saúde, sendo uma de suas funções a prestação de serviços básicos de saúde (OMS, 1978, apud KIDD, 2016).

A APS é o nível do sistema de saúde que garante à pessoa a entrada no sistema para novos problemas de saúde, acompanhamento ao longo do tempo, atenção para qualquer problema e coordenação do cuidado oferecido por outros profissionais ou níveis do sistema de saúde. A combinação desse conjunto – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade/abrangência e coordenação – é exclusiva da APS, e a define (STARFIELD, 2002).

Em 1977, a Trigésima Assembleia Mundial de Saúde definiu que o objetivo social principal de governos e da OMS nas décadas posteriores seria que todos os cidadãos do mundo atingissem, no ano 2000, um nível de saúde que lhes permitisse uma vida social e economicamente produtiva (*WORLD HEALTH ASSEMBLY*, 30, 1977). No ano seguinte, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão (então União Soviética), em parceria com a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) colocou os cuidados primários de saúde como chave para que essa meta fosse alcançada (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE; OMS; UNICEF, 1978).

As evidências empíricas dos benefícios da APS foram melhor investigadas depois. Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais mostrou que aquelas cujo sistema de saúde tinha uma orientação mais forte para a APS tinham melhores níveis de saúde e custos mais baixos (STARFIELD, 1992, apud STARFIELD, 2002).

Nesse estudo de Starfield, a força da orientação de APS foi avaliada por meio de uma classificação que utilizou cinco características do sistema de saúde (distribuição geográfica de profissionais e de instalações de saúde de acordo com a necessidade, tipo de médico

designado como médico de APS, honorários dos médicos de APS em relação aos de outros especialistas, número de médicos de APS em relação ao de outros especialistas e extensão da cobertura de seguro para os serviços de saúde) e seis características das unidades de saúde (acesso, longitudinalidade, atenção abrangente, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária) (Ibidem).

As medidas de saúde e de custos foram as seguintes: indicadores de saúde (mortalidade neonatal, mortalidade pós-neonatal, mortalidade infantil, expectativa de vida na idade de 1, 20, 65 e 80 anos para homens e mulheres, taxas de morte ajustadas por idade, anos de vida potencial perdidos antes de 65 anos por problemas preveníveis e porcentagem de baixo peso ao nascer), gastos de sistema de saúde *per capita*, satisfação da população com seu sistema de saúde, e gastos por pessoa com medicamentos (custo menor correspondia a uma avaliação melhor) (Ibidem).

No Brasil, um estudo ecológico avaliou a tendência das taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em Florianópolis, no período de 2001 a 2011, verificando sua correlação com o investimento financeiro em saúde e a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF). As condições sensíveis à atenção primária são situações de saúde cujo cuidado adequado e oportuno reduz ou extingue o risco de hospitalizações, previne o surgimento de doenças ou permite seu manejo; daí as ICSAP serem consideradas um indicador da qualidade de assistência à saúde. Nos 10 anos analisados, as ICAPS caíram 3% ao ano, ao mesmo tempo em que a cobertura da ESF em Florianópolis triplicou e o investimento per capita subiu muito mais (de R\$ 67,65 para R\$ 471,03). Ou seja, mais investimento e sistema municipal com APS mais forte reduziram internações por problemas de saúde que a APS pode controlar/reduzir (PAIM BRASIL; DA COSTA, 2016).

Outro estudo ecológico, buscando avaliar e discutir o impacto da expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, analisou a taxa e a proporção das ICSAP de 1998 a 2015, demonstrando que ambas tiveram tendência de redução. Para a taxa de internação, a maior parte dos grupos de causas apresentou redução nos números, especialmente doenças cardiovasculares e asma; para a proporção das ICSAP entre o total de internações, houve declínio dos grupos de doenças imunopreveníveis, de doenças cardiovasculares, de diabetes, de deficiências nutricionais e de doenças pulmonares crônicas (DOS SANTOS, 2017).

Segundo McWhinney e Freeman (2010), a MFC evoluiu a partir da clínica geral, moderna profissão médica formada na América do Norte durante o século XVIII, com base na integração gradual dos boticários e cirurgiões aos médicos, e sedimentada ao longo do século XIX – “a era do clínico geral”. Na primeira metade do século XX, o surgimento das

especializações tornou a prática generalista impopular, levando a um declínio constante do número de clínicos gerais a partir de 1930 e ao desaparecimento virtual dos corpos docentes após a Segunda Guerra Mundial. No entanto, a era da especialização evidenciou a necessidade de um novo tipo de generalista, com papel claramente diferenciado e conjunto definido de habilidades.

Na época dessa renascença, houve um movimento para mudar a denominação para medicina de família, tanto pela percepção de que “clínica geral” estava associada a uma medicina obsoleta, quanto para enfatizar que a medicina de família era algo novo e diferente. Em 1972, foi formada a *World Organization of National Colleges and Academies of General Practice/Family Medicine* (WONCA) (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

No Brasil, após um período de experiências isoladas, incipientes, com pouca clareza conceitual, nomes variados e sem respaldo normativo ou legal, em 1981 a especialidade recebeu a denominação de medicina geral comunitária (MGC). Houve um período de ataque e disputa com outros segmentos da classe médica e da área da saúde, que quase levou à extinção da especialidade, entre o final da década de 1980 e 2001. Com a expansão do mercado de trabalho para a MGC após a criação do Programa Saúde da Família (PSF), e a mediação de colegas e associações profissionais de Portugal, houve uma reaglutinação dos especialistas por meio da reativação da Sociedade Brasileira de MGC. A nomenclatura de medicina de família e comunidade foi adotada em 2001, e reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (FALK; GUSSO; LOPES, 2012).

McWhinney e Freeman (2010) enumeram nove princípios que individualmente não são exclusivos da MFC, mas, como conjunto, distinguem-se dos adotados por outras especialidades: 1) comprometer-se com a pessoa, sem limitação pelo tipo de problema e sem ponto final definido – ou seja, a MFC é definida em termos de relacionamento; 2) buscar o entendimento do contexto da experiência com a doença; 3) aproveitar os encontros com as pessoas para práticas de prevenção ou promoção da saúde; 4) ver sua população habitual como uma “população de risco”; 5) ser parte de uma rede comunitária de agências e serviços de apoio e de atenção à saúde; 6) compartilhar do mesmo *habitat* com as pessoas atendidas; 7) fazer atendimento domiciliar quando necessário; 8) valorizar os aspectos subjetivos da prática médica; e 9) gerenciar recursos.

O *College of Family Physicians of Canada* definiu quatro princípios da MFC: 1) a relação do médico com a pessoa é central; 2) o MFC é um clínico efetivo; 3) a MFC atua na

comunidade; e 4) o MFC é um recurso para uma população definida (COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA, 2003, apud KIDD, 2016).

Há estudos que analisaram o efeito dos médicos de atenção primária. Um deles mostrou que, quanto mais médicos de APS e menos outros especialistas por população, melhores as chances de vida – independentemente do efeito de outros fatores, como a renda *per capita* (SHI, 1994, apud STARFIELD, 2002).

A combinação das características da MFC propicia os fundamentos para seus papéis como prestadores de assistência à saúde e para suas funções em equipes de APS, de modo que contribuam para os sistemas de saúde não apenas com oferta de serviços, mas também influenciando as políticas públicas e exercendo a liderança, advogando por seus pacientes (KIDD, 2016).

2.2 As transformações da educação médica

A educação médica passou por muitas mudanças ao longo do século XX. O primeiro movimento de mudanças estabeleceu uma base científica para a medicina clínica, o currículo pré-clínico direcionado às ciências básicas e a incorporação das faculdades de medicina no sistema universitário – a partir da influência das conquistas das principais escolas médicas alemãs, pelo Medical Act no Reino Unido e pelo relatório publicado por Abraham Flexner. Apesar dos progressos técnicos e científicos importantes, a subsequente explosão do conhecimento médico resultou em maior expansão e subdivisões curriculares; a atenção à saúde estava se tornando fragmentada, despersonalizada e cara (KIDD, 2016).

O reconhecimento de problemas nesse modelo por alguns educadores e profissionais começou na década de 1950, dando início ao segundo movimento de mudanças, que abordou a relevância social da educação médica (KIDD, 2016). “Escolas médicas, que tanto moldam o sistema de saúde quanto são moldadas por ele, devem continuar a ser socialmente responsáveis por iniciativa própria” (BOELEN; HECK; OMS, 1995).

No Brasil, a formação médica, da criação das primeiras escolas no século XIX até a década de 1970, foi direcionada por modelos pedagógicos pouco associados às necessidades da população (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Nas últimas décadas, o paradigma para a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil vem sendo transformado; diversos marcos político-legais e iniciativas institucionais contribuíram para tal mudança, alinhados ao contexto internacional de discussão sobre sistemas de saúde e formação.

Em 1974, a Integração Docente-Assistencial (IDA) apareceu em documento da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e a XII Reunião da então Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM) admitiu a realização do internato fora da escola médica. Em 1976, outro documento do MEC reconheceu as distorções da educação médica brasileira, e o Ministério da Saúde (MS) propôs o Programa Estratégico de Preparação de Pessoal, que previa a implantação e o funcionamento de dez regiões docente-assistenciais, e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. Em 1978, uma portaria interministerial instituiu um grupo de trabalho para estudar a situação dos recursos humanos na área médica. Em 1979, foi formalizado o Programa de Integração Docente-Assistencial. O modelo da IDA marcou o início da reestruturação do currículo médico, ao pautar a descentralização do ensino, até então focado na prática hospitalar, e a integração com os serviços do sistema de saúde (CURY; MELO, 2006).

Com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), legalmente passa a ser sua atribuição ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1990). A partir de 1994, com a instituição do PSF, que 12 anos depois se firmou enquanto Estratégia Saúde da Família (ESF), prioritária para a organização da APS no país (BRASIL, 2006), concretizou-se a necessidade de um profissional médico generalista para o sistema de saúde brasileiro. Desde 1991, com o início dos trabalhos da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) (MERHY; ACIOLE, 2003), passando em 2001 pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001), pelo Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed) (BRASIL, 2002), pelo Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (BRASIL, 2005), pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) (BRASIL, 2010), e culminando em 2013 no Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013) e em 2014 nas novas DCN (BRASIL, 2014), consolidou-se a afirmação da atenção primária à saúde como cenário preferencial de formação e como foco prioritário para a formação de recursos humanos em saúde.

No entanto, a revolução nas ciências biomédicas ocorrida ao longo do século XX impulsionou um mercado altamente lucrativo, influenciando também a formação dos profissionais. Conhecimentos diferenciados e nichos de poder promoveram a autonomia corporativa e influenciaram o ensino. Livres iniciativas prevaleceram nesse processo, em detrimento das necessidades reais de saúde da população. Tais variáveis continuam influenciando o alcance da transformação da educação médica, limitando a execução de novas propostas curriculares (AMORETTI, 2005). O hospital ainda predomina como campo de

treinamento prático e de vivência do exercício da medicina, e há tendência de abordar as condições da atividade liberal e assalariada, sem considerar, ao elaborar a programação curricular, as possibilidades de emprego e as carências de profissionais médicos para atender às necessidades da população (LAMPERT, 2002).

Trazendo a primeira conexão desse contexto da formação da graduação médica à escolha da especialidade em MFC no Brasil, temos que em 2013 apenas 8% das vagas para programas de residência médica de acesso direto no Brasil eram destinadas à MFC, e ainda assim 67% delas permaneceram ociosas – o que significa que em menos de 3% do total de vagas daquele ano havia de fato algum médico cursando MFC (OLIVEIRA, 2013).

2.3 Fatores (des)motivadores da escolha pela APS/MFC

Meurer (1995), revisando a literatura norte-americana de 1982 a 1993, apresentou uma determinação multifatorial da escolha de alguma especialidade em APS (naquele país, os estudos consideraram MFC, pediatria e medicina interna), organizada em três eixos: características do estudante, momento e estabilidade da escolha, e experiências pedagógicas em relação ao currículo.

Várias características do estudante foram identificadas: ter idade mais avançada, ser casado, ser oriundo de cidade pequena, ter cursado a maior parte da graduação em ciências comportamentais e artes liberais, ter recebido bolsa de estudos federal, ter frequentado escola médica pública, ter alguns aspectos de personalidade (tipos sensorial, sentimental e julgador no indicador tipológico de Myers-Briggs¹; e tolerância à ambiguidade), não ser motivado por retorno financeiro, *status* social ou capacidade de aplicar habilidades científicas, ter uma atitude positiva em relação à APS (tratamento de uma ampla variedade de problemas, cuidado psicossocial, manutenção da saúde, e contato direto com o paciente), ter a MFC como especialidade de escolha no início do curso e menor expectativa de rendimentos máximos no início do curso (em um estudo, estudantes com a combinação de ambos tiveram nove vezes mais probabilidade de escolher a especialidade) (Ibidem).

¹ O indicador tipológico de Myers-Briggs é um indicador de personalidade desenvolvido por Katherine Cook Briggs e Isabel Briggs Myers, baseado na teoria tipos de personalidade de Carl Jung. A dimensão sensorial significa que a pessoa foca em informações novas tangíveis e concretas – perceptíveis pelos sentidos; a dimensão sentimental significa que, ao tomar decisões, o indivíduo considera mais as pessoas e o contexto do que a lógica; e a dimensão julgador significa que o indivíduo, ao interagir com o mundo, prefere “ter as questões resolvidas” a manter as opções em aberto.

Fonte: <http://www.myersbriggs.org/my-mbti-personality-type/mbti-basics/>, visitado em 16/03/2018.

Em relação ao momento da escolha e à estabilidade da decisão, a maioria dos que escolheram a APS o fizeram no início do curso, antes de iniciarem os estágios práticos, embora a escolha pela MFC tenha sofrido queda de 60% entre o início e o final do curso – sem que os estudos pudessem, no entanto, esclarecer se o afastamento da APS refletiu características dos estudantes ou se características da experiência curricular médica influenciaram a escolha da especialidade (Ibidem).

Finalmente, três tipos de experiência curricular estavam relacionados ao aumento do interesse pela APS: estágios práticos obrigatórios em MFC no terceiro ano e não somente no quarto ano (principalmente aqueles com seis semanas de duração, em vez de quatro), experiências contínuas em serviços de APS (um turno por semana ou a cada duas semanas, por período mais longo), e, a mais promissora, “cursos” de APS – programas intensivos que combinaram rodízios práticos e experiências contínuas com conselheiros de APS e critérios seletivos de admissão (Ibidem).

Campos-Outcalt et al. (1995) revisaram a literatura sobre os efeitos do currículo médico, dos modelos do corpo docente e do suporte federal à pesquisa biomédica sobre a escolha da especialidade pelos estudantes de medicina americanos, de 1984 a 1993, incluindo 85 artigos. Reformas educacionais amplas com ênfase na APS resultaram em aumento do percentual de estudantes escolhendo carreiras generalistas, enquanto componentes curriculares isolados não foram bem sucedidos – à exceção da obrigatoriedade do treinamento em MFC. Estudantes e médicos afirmaram que modelos do corpo docente influenciaram suas escolhas (embora não houvesse descrição de como ou por que – se os estudantes se inclinaram para especialidades em que viram modelos inspiradores, se foram influenciados por modelos de especialidades às quais já tinham tendência a escolher, ou se ambos simultaneamente) e encontrou-se evidência de que a composição do corpo docente está relacionada à decisão dos estudantes. Houve correlação inversa consistente entre o suporte financeiro federal à pesquisa biomédica e o percentual de graduados decidindo ser generalistas – mas sem definição de causalidade.

Bland et al. (1995) conduziram uma revisão sistemática da literatura sobre os determinantes da escolha de especialidade em APS por estudantes de medicina dos Estados Unidos e do Canadá. Analisando dados de 73 estudos de 1987 a 1993 considerados de alta qualidade e utilizando um modelo de escolha da especialidade pelo estudante de medicina para guiar a síntese, eles confirmaram que a maioria dos estudantes inicia o curso com preferência por alguma especialidade de APS, mas que tal preferência diminui ao longo do tempo, principalmente após os anos de treinamento prático. As características pessoais

associadas com a escolha de uma carreira em APS foram: ser mulher; ser mais velho; estar casado; ter um arcabouço acadêmico amplo; ser filho de pais não médicos; ter expectativas relativamente baixas de renda; ter interesse por pacientes e problemas de saúde diversos; e ter menos interesse em prestígio, tecnologia de ponta e cirurgia.

Nessa revisão, duas características curriculares sobressaíram-se: treinamento prático em MFC obrigatório e experiências longitudinais em APS; o número de semanas do treinamento mostrou maior associação. O artigo afirma que “estudantes são influenciados pelas culturas das instituições onde treinam, e um importante fator dessa influência é a representação relativa de um corpo docente de APS academicamente confiável e em tempo integral”; e que essa cultura institucional e a composição do corpo docente são largamente determinadas pela missão da escola e pelas suas fontes de financiamento – o que talvez explique a associação forte e consistente frequentemente encontrada entre escolas públicas e maior proporção de egressos seguindo para a APS. (Ibidem)

Os autores ressaltaram que a maior parte dos artigos revisados era sobre as características dos estudantes admitidos e sobre o currículo, “[...] com muito poucos estudos investigando os outros componentes importantes da escolha da especialidade: características da escola, composição do corpo docente [...]”. (Ibidem)

Ainda assim, puderam identificar que escolas públicas, com menos orientação para pesquisa, com departamento de MFC, tendo vínculo com pelo menos três serviços de residência em MFC e parceria com um centro de saúde regional, eram o tipo de escola mais associado com a escolha de uma carreira em APS. (Ibidem)

Em relação à composição do corpo docente, surgiu um dado interessante: a proporção do corpo docente composta por MFC foi um melhor preditor do que a razão professores MFC: estudantes.

Se a razão docente: estudante é uma garantia de contato com estudantes, então isso questiona ainda mais o impacto da docência direta por professores de APS sobre a escolha da especialidade. Em vez disso, *pode ser que o modo como o corpo docente de APS influencia a escolha seja exercendo papéis significativos na organização em si e assim ajudando a moldar a cultura, os comitês e as políticas de uma instituição.* [grifos da autora] (BLAND; MEURER; MALDONADO, 1995)

Um estudo de 2003 revisou artigos de 1993, ano até o qual os três primeiros estudos mencionados tinham analisado, a 2001. Houve um aumento de estudos com análise multivariada, analisando também fatores que influenciavam negativamente a escolha pela APS. Ao longo desses anos, o gênero, idade e situação conjugal não estiveram mais claramente associados à escolha; ser oriundo de cidade pequena, pretender trabalhar na APS no início do curso, ter expectativa de rendimentos menores e não ter planos de carreira em

pesquisa mantiveram-se como preditores positivos, e filho de pais com nível socioeconômico mais alto, como negativo. As características curriculares positivamente associadas mantiveram-se, exceto proporção de docentes de APS, que aparentemente não teve associação direta – e sim influenciando a cultura da escola. Atitudes negativas manifestadas por docentes, residentes e colegas ao longo da formação levaram um pequeno percentual de estudantes a modificar a escolha da especialidade; bem como docentes de APS cujo modelo foi considerado negativo (SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003).

Em 2013 foi publicada a análise de um levantamento com 1554 estudantes americanos do quarto ano, cujo objetivo era verificar o papel que a “cultura da escola” exercia em moldar a preferência do estudante pela APS. Os estudantes que frequentaram escolas com alto nível de crítica negativa à APS tinham menor probabilidade de escolher alguma especialidade relacionada, enquanto estudantes que tiveram um número de experiências positivas em APS acima da média tinham maior probabilidade (ERIKSON et al., 2013).

Um estudo do Reino Unido de 2012 analisou dados de um levantamento com médicos formados nos anos de 1993, 1996, 1999, 2000, 2002, 2005, 2008 e 2009; os profissionais foram questionados sobre a especialidade escolhida e a influência de onze fatores motivadores da escolha nos anos 1, 3 e 5 após a formatura. As condições e horas de trabalho foram o fator mais citado pelos *general practioners* (GP) em todos os anos após a formatura; entusiasmo e comprometimento pela especialidade foi o segundo mais citado nos anos 1 e 3, e terceiro no 5. Um departamento ou professor em especial foi o fator menos citado em todos os anos; aconselhamento por terceiros também não foi citado por muitos, nem inclinações prévias ao ingresso no curso de medicina. As circunstâncias domésticas praticamente dobraram de menção entre formandos de 1993-2002 e 2008-2009, demonstrando um aumento da importância dos aspectos relacionados ao estilo de vida para as gerações mais novas (LAMBERT et al., 2012).

Pesquisadores espanhóis revisaram dez estudos qualitativos sobre as percepções e atitudes de estudantes de medicina sobre a MFC e/ou a escolha da especialidade, publicados entre 1997 e 2010, conduzidos em sete países – Austrália, Japão, Canadá, Espanha, Reino Unido, Malásia e Estados Unidos da América (EUA). Comentários e atitudes negativos de outros especialistas, professores, residentes e colegas, modelos (tanto positivos quanto negativos), experiências curriculares significativas em MFC (e a duração e a qualidade dessas experiências) e a atmosfera durante a prática influenciaram suas intenções de carreira (OLID et al., 2012).

Um estudo de pesquisadores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), além de determinar quais fatores influenciaram a decisão de um estudante de medicina de escolher uma carreira em APS, buscou estabelecer se há ou não diferença de tais fatores entre estudantes de países de alto, médio e baixo desenvolvimento. Foram revisados 55 artigos, sendo 13 de países de médio e baixo desenvolvimento, e os fatores específicos desses locais foram entendimento das necessidades rurais e desafio intelectual; para todos os países, foram facilitadores a exposição a áreas rurais, modelos docentes e condições de trabalho, e barreiras foram rendimentos e prestígio baixos, e o ambiente da escola médica (PUERTAS; ARÓSQUIPA; GUTIÉRREZ, 2013).

No Brasil, Cavalcante Neto et al (2009) revisaram a literatura internacional de 2005-06 para propor uma agenda de pesquisa brasileira sobre o interesse dos estudantes de medicina pela MFC, inclusive pela falta de dados do país até aquele momento. Os fatores de desinteresse identificados foram o pouco prestígio da MFC, a pouca vivência em APS durante a graduação, os baixos salários, a elevada dívida com a universidade, o perfil tecnológico e científico de outras especialidades, a amplitude de conhecimento necessária para exercer a especialidade, o perfil socioeconômico elevado dos estudantes de medicina, a ideia equivocada de que a MFC é fácil demais para o estudante motivado, e a experiência em MFC com um profissional desmotivado e frustrado. A partir desses achados, propuseram uma agenda pautada nas seguintes questões:

- (a) até que ponto a concepção dos pais dos acadêmicos acerca dos diferentes níveis de prestígio das especialidades influencia a escolha da carreira?;
- (b) como os estudantes de Medicina, assim como seus professores, percebem o grau de prestígio da MFC?;
- (c) em que dimensão há diferenças de remuneração entre as diversas áreas da Medicina?;
- (d) há influência dos custos com a formação em instituições privadas?;
- (e) o nível socioeconômico elevado realmente determina a escolha de especialidades com maiores perspectivas salariais?;
- (f) como os alunos percebem o grau de dificuldade em exercer a MFC e em que medida isso facilita ou dificulta a opção por essa especialidade?;
- (g) qual a carga horária vivenciada no ambiente de ABS e que repercussões essa experiência teve na forma com que os graduandos encaram a MFC?

Em 2013, duas dissertações de mestrado analisaram a escolha pela MFC por estudantes de medicina brasileiros. Figueiredo (2013) conduziu um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, utilizando questionário semiestruturado, cujo universo foram os alunos concluintes dos módulos de MFC do internato da Universidade Federal do Pará (UFPA). Os motivos citados para rejeição da MFC foram identificação e interesse por outra especialidade, baixa remuneração, péssimas condições de trabalho, baixa valorização da especialidade, falta de reconhecimento e prestígio e o “o fato de a

especialidade não possuir cirurgia”. Sobre a influência das experiências da graduação, a inserção na ESF surgiu avaliada como influência positiva.

Issa (2013) fez um estudo exploratório com graduandos do 11º período de medicina do Centro Universitário de Anápolis, utilizando um questionário e um roteiro para entrevista semiestruturada. Nenhum dos graduandos escolheu MFC, e as influências negativas foram baixo prestígio social, baixos salários, ausência de direitos trabalhistas, pouco contato com MFC durante o curso, baixa resolutividade da ESF, precárias condições de trabalho e a limitada possibilidade de ascensão profissional.

Burack et al. (1997), considerando que já havia muita pesquisa em relação aos determinantes das escolhas de especialidade por estudantes de medicina, mas com pouca atenção dada a como os estudantes escolhem – sendo que a seleção de uma especialidade é um processo de escolha pessoal –, conduziram grupos focais com formandos de uma faculdade norte-americana. Os que escolheram carreiras da APS mencionaram orientação à APS, diversidade de pacientes e atividades, modelos e mentores, interação com pacientes e cultura geral da escola médica como tendo influenciado suas escolhas; os que não escolheram citaram estilo de vida, controle sobre as horas de trabalho, oportunidades para fazer procedimentos, urgência e efeito terapêuticos, tempo ativo, cenários emocionantes e desafio intelectual. Um senso de adequação entre o eu e a especialidade escolhida foi a influência mais frequentemente mencionada por ambos os grupos. Tal senso emergiu por meio da descoberta e comparação de informação sobre três dimensões – o eu, os outros atuando em uma dada especialidade (mais importante para os que escolheram APS), e o conteúdo daquela especialidade (mais importante para os que escolheram não-APS) – e através de três processos distintos:

- a) para os que mantiveram a escolha na mesma grande área (APS ou não-APS), desde a matrícula até a entrada na residência médica: por confirmação de crenças pré-existentes sobre si, os outros e o conteúdo;
- b) para os que mudaram de área e escolheram APS: por inclusão, ou seja, por interesse por amplas categorias de pacientes, problemas e cenários de atuação;
- c) para os que mudaram e escolheram não-APS: por eliminação, descarte de especialidades que não ofereceram estímulo, desafio, controle ou satisfação. Esses “trocadores” foram os mais propensos a descrever experiências clínicas e experiências negativas como importantes no seu processo de escolha.

Exemplos positivos influenciaram a escolha de carreira de APS muito mais do que a de não-APS, e com frequência serviram para refutar estereótipos negativos – influência que

pode ser explicada ao descrever o processo de escolha de especialidade como um processo socialmente construído de “tentar possíveis eus”, ou seja, projetar a si mesmo em carreiras e papéis pessoais hipotéticos. Considerando que experiências negativas foram relevantes para que estudantes mudassem de área, os modelos que desconstroem estereótipos negativos têm uma influência extraordinária – estereótipos de especialidades não são apenas caricaturas, mas um conjunto de crenças profundamente arraigadas ligadas à definição social dessas especialidades. (Ibidem)

Um estudo de 2010, cujo objetivo foi desenvolver um modelo teórico do processo de escolha da MFC, revisou a literatura norte-americana de 1995 até aquele momento, partindo da hipótese de que o conhecimento dos fatores associados à escolha da MFC pode se traduzir mais efetivamente em intervenções para construir a força de trabalho da APS – mas que isso requer um foco no processo de tomada de decisão de carreira, para além do conhecimento estatístico sobre fatores associados à (não) escolha. Ele realça algumas questões de pesquisa e forma uma base conceitual para direcionar estudos. (BENNETT; PHILLIPS, 2010)

Analisados em conjunto, os estudos revisados mostraram que aplicar um único modelo conceitual para todos os estudantes falseia o processo de escolha e pode levar a conclusões incorretas. O modelo proposto, ilustrado na figura 1, retrata, no círculo central, o curso do estudante desde a matrícula até a escolha da especialidade, enfatizando quatro caminhos distintos: os de estudantes (1) que se matriculam e se formam comprometidos com a APS, (2) que são interessados em APS, mas não são comprometidos e podem ir para qualquer especialidade eventualmente – os positivos à APS, (3) que são verdadeiramente indecisos e (4) que se matriculam e se formam comprometidos com outras especialidades. Entendendo, portanto, que os estudantes de medicina não são um grupo homogêneo, nem o processo de escolha nem o efeito de uma dada intervenção serão os mesmos para todos eles, que também vivenciam a experiência curricular de formas diferentes. Intervenções focadas nos estudantes positivos à APS e indecisos carregam talvez o maior potencial imediato para compor a força de trabalho médico para a APS (Ibidem).

Os fatores que influenciam a decisão dos estudantes circundam o processo, e foram agrupados em seis categorias, que influenciam cada um dos quatro caminhos por meio de aspectos variados: demografia e predisposição, aspectos financeiros e estilo de vida, “ambiente do cuidado em saúde”, processo de escolha e desenvolvimento de identidade, e experiência da escola e do currículo. Nessa última, o aspecto de cultura da escola/ currículo oculto foi listado como fator influenciador de estudantes positivos à APS e de indecisos – sutilmente desencorajando essa escolha por meio da cultura do centro de saúde acadêmico,

dos exemplos dos modelos e de elementos curriculares – e, embora seja difícil de aferir e se sobreponha a muitos dos fatores mais objetivos, gera uma importante impressão global do efeito das experiências da escola médica e merece um estudo mais aprofundado (Ibidem).

Neste trabalho, ele foi, inicialmente, um guia para delinear o recorte do objeto. Sua utilização para ilustrar a análise será explicada adiante.

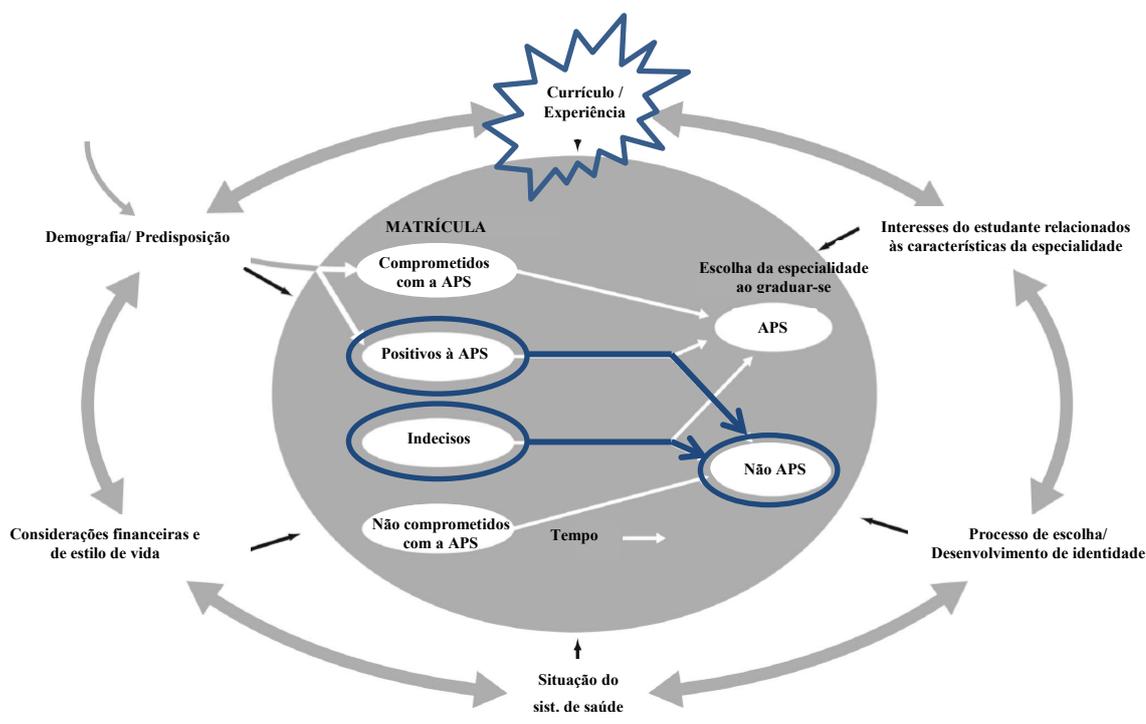


Figura 1 – Modelo teórico do processo de escolha da especialidade. Fonte: (BENNETT; PHILLIPS, 2010)

Destaques em azul pela pesquisadora, para apresentar o enfoque deste estudo.

2.4 O currículo oculto

O currículo surgiu como objeto de estudo nos EUA, na década de 1920, época em que a massificação da escolarização (associada ao processo de industrialização e de imigração) impulsionou uma racionalização do processo de construir, desenvolver e testar currículos. O livro *The curriculum*, de Bobbitt (1918), apresenta o currículo como a especificação precisa de objetivos, procedimentos e métodos para obtenção de resultados que possam ser medidos; o modelo dessa concepção é a fábrica – os estudantes são processados como um produto fabril (SILVA, 2017).

Silva (2017) traz que o que é o currículo depende da forma como ele é definido pelos diferentes autores e teorias em diferentes momentos, sendo talvez mais importante e mais

interessante saber quais questões uma teoria do currículo busca responder, do que buscar uma definição última de currículo.

A questão central às teorias de currículo é saber qual conhecimento deve ser ensinado, mas essa pergunta é precedida por outra: o que eles ou elas (os estudantes) devem se tornar? No fundo, tem-se uma questão de identidade (Ibidem).

Admitindo-se o currículo como uma questão de poder – privilegiar um tipo de conhecimento e destacar uma identidade como a ideal é uma operação de poder –, separamos as teorias tradicionais de currículo das teorias críticas e pós-críticas. As tradicionais aceitam os conhecimentos dominantes e concentram-se em questões técnicas (ensino, aprendizagem, avaliação, metodologia didática, organização, planejamento, eficiência, objetivos): o que ensinar já está dado, a discussão é sobre a melhor forma de transmiti-lo (Ibidem).

As teorias críticas e pós-críticas questionam constantemente “o que” ensinar, e “por que”, preocupando-se com as conexões entre saber, identidade e poder. A noção de currículo oculto surge entre as teorias críticas, em que a ênfase desloca-se dos conceitos pedagógicos para os conceitos de ideologia e poder (Ibidem).

O conceito de currículo oculto origina-se do campo mais conservador da sociologia funcionalista, destacando-se a sua determinação estrutural: seriam as relações de autoridade, a organização espacial, a distribuição do tempo e os padrões de recompensa e castigo, mais do que o conteúdo explícito, que ensinavam certas coisas. Enquanto a utilização funcionalista admitia esses ensinamentos como desejáveis (ex., o tratamento impessoal da escola proporciona a noção de universalismo), as análises críticas veem as atitudes e comportamentos transmitidos pelo currículo oculto como indesejáveis, ao moldar os estudantes para se adaptar às injustas estruturas da sociedade capitalista (Ibidem).

O currículo oculto constitui-se pelos aspectos do ambiente escolar que não fazem parte do currículo oficial, mas contribuem implicitamente para aprendizagens sociais relevantes. Para a perspectiva crítica, o que se aprende no currículo oculto são atitudes, comportamentos, valores e orientações que levam os estudantes a se adaptarem da forma mais conveniente às estruturas e pautas de funcionamento da sociedade capitalista. Suas fontes são as relações sociais da escola: professor-aluno, administração-aluno, aluno-aluno; a organização do espaço escolar (rigidamente organizado, ou frouxamente estruturado); o ensino do tempo (Ibidem).

O currículo oculto expressa uma operação fundamental da análise sociológica: “descrever os processos sociais que moldam nossa subjetividade como que por detrás de nossas costas, sem nosso conhecimento consciente”. (Ibidem).

Portanto, o currículo oculto exerce um papel de destaque na configuração de alguns significados e valores dos quais os corpos docente e discente não costumam estar plenamente conscientes. Essa faceta dos processos de ensino e aprendizagem assume importância desde o surgimento das chamadas Teorias da Reprodução, nas quais a escola submete-se às necessidades do sistema produtivo, cumprindo uma função de reprodução social, cultural e econômica. Educar torna-se similar a preparar alguém para desempenhar um posto de trabalho em um sistema econômico e de produção dado como natural, e, portanto, sem possibilidade de ser problematizado ou questionado (TORRES, 1991, p. 10, 1991, p. 52).

O conhecimento acadêmico passa a ser medido a partir dos benefícios que traz ao sistema econômico vigente e do crescimento tecnológico que favorece. Daí a maior importância de algumas disciplinas em relação a outras nos currículos escolares, e o prestígio de algumas profissões sobre outras (TORRES, 1991, p. 54).

Dentre as teorias da reprodução, podem-se distinguir claramente três posições: a reprodução social, a teoria da correspondência e a reprodução cultural. Na perspectiva da segunda, há uma correspondência entre as instituições de produção em uma sociedade industrializada e a instituição escolar, segundo Philip W. Jackson, autor que foi o primeiro a cunhar a expressão currículo oculto, referindo-se a modalidades de organização e de rotinas - as peculiaridades dos ritmos, das normas, das interações e das tarefas escolares - que imperam nas aulas e nos centros escolares. É desta maneira implícita que se constroem traços de personalidade apropriados para o trabalho em uma sociedade industrializada de economia capitalista (TORRES, 1991, p. 61, 62).

A descoberta dessa dimensão profunda da escolarização permite capturar o significado de práticas e rotinas que vinham passando despercebidas. No entanto, ao examiná-las de maneira acrítica e considerando-as não controláveis por docentes e estudantes, nega-se a possibilidade de emancipação da prática educativa, daí o enquadramento como perspectiva funcionalista (TORRES, 1991, p. 63).

Na teoria da correspondência, o sistema de inter-relações que governa a vida institucional e os encontros pessoais contribui para a formação dos conceitos que os estudantes vão construindo sobre si mesmos, como vão se definindo e delimitando os níveis de aspirações e as identificações, e como vão se firmando os fundamentos da divisão social do trabalho. Tanto as capacidades cognitivas e afetivas desenvolvidas como as habilidades técnicas adquiridas contribuem para a construção dessa autoimagem (TORRES, 1991, p. 70).

As críticas a essa postura teórica recaem sobre o reducionismo economicista excessivo e à omissão acerca do papel que desempenham aspectos como gênero, raça, etnia,

nacionalismo. Mas é a partir daqui que se assume que é necessário contemplar as instituições escolares, suas formas de organização e seus currículos em sua relação com outros lugares e atividades sociais (TORRES, 1991, p. 74, 76).

Para a teoria da reprodução cultural, é por meio da reprodução da cultura dominante que a reprodução mais ampla da sociedade fica garantida. O produto da interiorização dos princípios da cultura dominante, das suas categorias de percepção e de apreciação da realidade, é o *habitus* – terminologia proposta por Bourdieu e Passeron. O trabalho pedagógico não somente dá referências para a interpretação da realidade, como também define itinerários, formas e métodos para resolver os problemas que surgem aos homens e mulheres que possuem um mesmo *habitus*. Para a formação do *habitus*, é fundamental que o trabalho pedagógico que o origina seja tido como legítimo por seus destinatários. Tudo que não se identifica com a arbitrariedade cultural que a ação pedagógica impõe é automaticamente excluído, nega-se sua existência (TORRES, 1991, p. 93,94).

Um número significativo de estudos demonstrou como a vida escolar não funciona segundo os postulados das teorias da reprodução, mas que, ao contrário, continuamente produz algo diferente do previsto e aconselha o modelo oficial e, às vezes, com a clara pretensão de enfrentá-lo (TORRES, 1991, p. 114). Uma pesquisa etnográfica realizada em uma escola de nível médio norte-americana revelou que o grupo era o que orientava a conduta particular de seus integrantes, proporcionando verdadeiro significado de uma parte muito importante das ações e rotinas cotidianas (TORRES, 1991, p. 121).

Distinguir o conhecimento coisificado do regenerador é necessário para entender melhor o sentido das condutas geradas por esse coletivo. O conhecimento coisificado enfatiza os fatos ou fenômenos isolados, ocultando sua forma de obtenção, suas inter-relações e seu significado mais profundo, tornando-se informação estática que serve para solucionar problemas predefinidos – como exercícios e testes. O conhecimento regenerador cria e esclarece significados, obtidos por meio da comunicação e interação grupal, de maneira continuada, em contextos onde as pessoas compartilham interpretações da realidade (TORRES, 1991, p. 121, 122).

É preciso gerar práticas educativas em que os estudantes tornem-se capazes de refletir e atuar sobre sua própria vida e sua coletividade. Para tanto, é preciso que possam existir possibilidades reais de questionar os conhecimentos culturais que a escola valoriza e exige, colocar sobre o tapete as conexões entre a cultura escolar e as relações de poder, entre os conteúdos do currículo e as necessidades de outras esferas da sociedade (TORRES, 1991, p. 133).

Nessa perspectiva, o currículo oculto nem sempre segue a direção da consolidação dos interesses dos grupos sociais dominantes e das estruturas de produção vigentes. A análise desse currículo latente em cada situação concreta revela que a vida do coletivo estudantil não se submete cegamente às normas, tarefas e significados impostos por docentes. Alunos e alunas resistem e alteram as mensagens às quais a instituição lhes submete (TORRES, 1991, p. 198).

Docentes e estudantes não são nem podem ser vistos como blocos monolíticos, acríticos e passivos; não são uma categoria uniforme, então cada um de seus membros faz análises distintas da sociedade e da vida na comunidade a que pertencem. Portanto, tampouco é frequente que se sintam motivados e preocupados pelas mesmas questões e com posturas idênticas ao propor ou defender soluções (TORRES, 1991, p. 207).

Considerando ser prudente não cair em um otimismo excessivo sobre as soluções que se derivam exclusivamente dos processos educativos, ainda assim as dimensões ocultas do currículo devem ser tornadas evidentes, para que possam ser analisadas criticamente e, portanto, para que o que não é consciente tenda a não existir – ou, pelo menos, não ter um peso ou consequências tão decisivas (TORRES, 1991, p. 210).

Ao permitir à pesquisadora compreender melhor o significado do currículo oculto para a não escolha da MFC, espera-se poder problematizá-lo na prática de preceptoria dos internos.

O currículo tem significados que vão muito além daqueles aos quais as teorias tradicionais nos confinaram. O currículo é lugar, espaço, território. O currículo é relação de poder. O currículo é trajetória, viagem, percurso. O currículo é autobiografia, nossa vida, curriculum vitae: no currículo se forja nossa identidade. O currículo é texto, discurso, documento. O currículo é documento de identidade. (SILVA, 2017, p. 150)

2.5 A preceptoria

É crescente a importância da aprendizagem pela prática/pelo trabalho no processo de construção de novos perfis de profissionais de saúde no Brasil (FEUERWERKER, 2001).

O trabalho em saúde acontece por meio de um encontro entre trabalhador e usuário e é realizado e consumido no mesmo momento, em ato, envolvendo alto grau de incerteza e variabilidade. Por essas características e singularidades do trabalho em saúde, do encontro entre trabalhador e usuário, e do encontro entre trabalhadores, a aprendizagem em ato, pelo

trabalho, ao vivo, nos estágios é tão fundamental, e tão grande a complexidade da atuação do preceptor (FEUERWERKER, 2001).

A função do preceptor é orientar o interno nas atividades práticas, nos diferentes cenários de aprendizagem. Esse contexto de trabalho é ininterruptamente tensionado por diversas forças, oriundas de instâncias – como a escola, a unidade de saúde e a sociedade – e mediadas por múltiplos atores: estudantes, equipes, gestores, paciente, família (MONTEIRO; LEHER; RIBEIRO, 2001).

Ao mesmo tempo em que presta assistência aos usuários do serviço, o preceptor precisa estar atento às oportunidades de aprendizado que essa assistência oferece. É como se realizasse o raciocínio clínico em voz alta: quando assiste ao paciente, o faz de forma que os estudantes consigam acompanhar o raciocínio do médico quanto à anamnese, ao exame físico, às hipóteses diagnósticas, à investigação, incentivando que participem desse processo por meio de estratégias pedagógicas como realização da evolução clínica (ou da consulta, no cenário ambulatorial) e apresentação de casos clínicos. É certo que, com atribuições melhor definidas, são criadas oportunidades para que o estudante desenvolva compromisso com o cuidado dos pacientes (Ibidem).

Ao preceptor não se aplica a função de ensinar conteúdos no sentido de transmissão de conhecimento teórico, mas de ensinar a clinicar e de estimular, mais do que ajudar, o estudante no desenvolvimento das atividades, permitindo que expresse suas opiniões e esclareça suas dúvidas, mas admitindo que isso não significa que o preceptor detenha todo o saber – é preciso participar do processo de aprendizagem dos e com os estudantes. Além disso, o preceptor serve de exemplo de conduta profissional, técnica e eticamente correta. (Ibidem)

Há diversas possibilidades de vinculação do preceptor: contratados especificamente para a função, ou com vínculo assistencial, mas também desenvolvendo a preceptoria; com graduandos e com residentes, ou apenas um dos grupos (FEUERWERKER, 2001).

No cenários que não são hospitalares, inclusive da APS, a presença de residentes e estudantes é mais recente e o papel da preceptoria é construído com uma lógica distinta da dos hospitais de ensino (onde ser preceptor faz parte da construção profissional do médico): é novidade, uma coisa a mais, externa à construção do itinerário de carreira profissional. Em unidades aonde o professor universitário não vai, ou não acompanha o estudante em período integral, é o preceptor que ensina, acompanha e orienta – além de atender. Se a preceptoria é função estabelecida e já prevista como atribuição constitutiva, a tensão entre as atividades

assistencial e docente é menor; se é novidade, as tensões são maiores e o preceptor responde a lógicas e expectativas da instituição de serviço e da de ensino (FEUERWERKER, 2001).

Muito se tem discutido sobre a maneira tradicional de transmissão e a necessidade de uma relação mais próxima, mais amistosa, mais dedicada, entre professores, preceptores e alunos, com disposição para dialogar com o outro, para aceitar que o estudante tem capacidade para ver questões que podem estar ocultas ao preceptor, que a experiência de vida interfere na maneira como ele lida com a pessoa de quem cuida e com a doença. No caso da medicina, em que as relações professor-estudante-paciente têm se configurado como profundamente autoritárias, pode ser uma descoberta (PAIVA, 2001).

Preocupação pessoal e social com a formação de MFC aquém do necessário para o país, por influência de inúmeros fatores – dentre eles, um que a pesquisadora entende ter a possibilidade de problematizar na sua prática de preceptoria do internato: o currículo oculto. Delimitam-se, assim, o objeto e a justificativa para este estudo.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Desenvolveu-se uma pesquisa de natureza descritiva e abordagem qualitativa. As pesquisas descritivas objetivam descrever as características de um fenômeno, incluindo nesse tipo as que levantam opiniões, atitudes e crenças das pessoas, e as que buscam estabelecer relações entre variáveis – ou até determinar a natureza dessas relações (GIL, 2002).

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2014, p. 57) é a que se aplica ao estudo “[...] das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

Está claro que uma situação humana só é caracterizável quando se tomam em consideração as concepções que os participantes têm dela, a maneira como experimentam suas tensões nesta situação e como reagem a essas tensões assim concebidas. ((MANNHEIM, 1968, apud MINAYO, 2014, p. 59)

A pesquisa qualitativa ajuda a explicar os mecanismos ou ligações das teorias, que, embora forneçam um quadro geral das tendências, não nos contam a respeito dos processos que as pessoas experimentam; a média estatística desconsidera a singularidade dos indivíduos do estudo (CRESWELL, 2014).

3.2 Universo de pesquisa e seleção dos participantes

3.2.1 Universo de pesquisa

Foram escolhidas as instituições de ensino superior (IES) situadas no estado do Rio de Janeiro, públicas e federais, que alocaram alunos do internato, em algum momento dos últimos três anos, na unidade de APS onde atua a pesquisadora. Dessa forma, o universo de pesquisa constituiu-se por internos da UFF, da UFRJ e da UNIRIO que informaram que a MFC não será a especialidade de escolha ou que ainda não tinham tomado uma decisão.

Para seleção dos participantes, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- no caso de alunos UFRJ e UNIRIO, estar cursando o internato que desenvolve atividades em APS na Área de Planejamento 2.1 do município do Rio de Janeiro no momento da coleta de dados, incluindo a unidade onde atua a pesquisadora;

- no caso de alunos da UFF, já ter cursado o internato obrigatório;
- ter informado a escolha de uma especialidade que não seja a MFC;
- ter características identificadas nos estudos mencionados como associadas à escolha da MFC, descritas na próxima seção – ou seja, o positivo à APS do modelo teórico;
- declarar-se indeciso sobre a especialização no momento do início do curso;
- declarar-se indeciso sobre a especialização no momento atual do curso.

Foram critérios de exclusão:

- ter escolhido não cursar uma especialidade;
- estar sob preceptoria da pesquisadora no momento da coleta de dados.

3.2.2 Seleção dos participantes

A primeira etapa foi a identificação geral dos participantes a partir de lista nominal dos alunos das IES, obtida por solicitação às coordenações de internato de prática em APS, no caso de UFRJ e UNIRIO, e à coordenação de curso, no caso da UFF.

A apresentação da proposta da pesquisa aos internos e o convite para participação ocorreu em janeiro de 2019. Mediante concordância do corpo docente, foi possível aproveitar momentos oportunos da própria rotina do curso da UFRJ (sessão clínica obrigatória para todos os internos lotados na AP 2.1) e da UNIRIO (reunião de lotação dos internos nas unidades de APS). Os internos da UFF tinham tido a reunião de lotação do internato eletivo algumas semanas antes da aprovação do projeto de pesquisa pelo respectivo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e os estudantes não tinham mais encontros de toda a turma; por isso, foi necessário realizar contato por e-mail individual enviado a todos os 79 estudantes que já tinham completado o internato obrigatório, e por *WhatsApp* por mensagem replicada no grupo de turma.

Na segunda etapa, foi aplicado o formulário (APÊNDICE A) para identificar, no conjunto inicial dos participantes, os que tinham as características de interesse da investigação.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi planejada em duas etapas; sendo a primeira delas a aplicação do formulário, que foi estruturado contemplando aspectos da categoria “demografia e predisposição” do modelo teórico com associações altamente consistentes, importantes para

possibilita identificar os internos deste grupo: gênero (feminino), ser oriundo de cidade pequena/contexto rural (ou ter planos de trabalhar nesses locais), e ter expectativa menor de renda. Ter tido a MFC como opção de especialidade no momento da matrícula ou não ter tido nenhuma opção naquele momento também foram considerados, para ajudar a refinar a seleção dos positivos à APS caso fosse necessário posteriormente, e idade.

Para expectativa de renda, foram estipuladas três possibilidades de faixa de renda mensal, cujos valores de corte foram definidos a partir do valor da bolsa paga pelo Programa Mais Médicos, que era de R\$ 10.000,00 quando o programa começou e definiu um nivelamento do salário do médico da APS no Brasil, e do valor do salário bruto (por arredondamento, R\$ 20.000,00) pago a um MFC contratado no município do Rio de Janeiro à época da pesquisa, que recebesse pelo menos mais uma gratificação além da de especialização.

Para UFRJ e UNIRIO, foi utilizado o mesmo momento da apresentação do estudo pela pesquisadora aos estudantes; para UFF, o texto da mensagem de convite enviada já continha o *link* para acesso ao formulário on-line.

A segunda etapa foi a realização de entrevista em profundidade com os participantes. Para convidar os selecionados a participar, foram feitas tentativas de contato por *WhatsApp*, nos casos em que o estudante informou número de telefone celular, e e-mail. As entrevistas foram realizadas em fevereiro e março de 2019, nas cidades de Niterói e Rio de Janeiro, em locais definidos de acordo com a preferência de cada participante; todos autorizaram a gravação das entrevistas para análise audiológica e transcrição posteriores.

Para aperfeiçoamento da grade de temas e da técnica de entrevista pela pesquisadora, a primeira delas foi considerada uma entrevista-piloto; foi considerada satisfatória e incluída no conjunto das que serão analisadas.

Segundo Minayo (2014, p. 261), a entrevista é uma conversa “com finalidade”. Na entrevista em profundidade, um roteiro invisível (ao informante, pois o pesquisador deve ter em mente a grade de temas que precisa trazer à tona) orienta o diálogo, sem que haja cerceamento da fala dos entrevistados (APÊNDICE B). Pelo contrário, a ordem dos assuntos frequentemente é determinada pelas próprias preocupações, relevâncias e ênfases que o entrevistado dá ao assunto.

Kaufmann (2013) apresenta sugestões para a condução das entrevistas:

a) Romper a hierarquia: adotar um estilo oral, buscando um tom mais próximo de uma conversa entre dois indivíduos iguais, evitando um tom morno e mais ainda a leitura sequencial das perguntas – que fariam o entrevistado se submeter ao entrevistador, aceitando

suas categorias e esperando, bem-comportado, a pergunta seguinte. Contudo, as posições não se tornam equivalentes: o pesquisador é o condutor do jogo, mas valoriza o que informante diz, abandonando sua grade quando for preciso. Assim, a troca consegue chegar a um equilíbrio;

b) encontrar a pergunta certa, “a pesquisa dentro da pesquisa”: A melhor pergunta deve ser encontrada a partir do que acaba de ser dito pelo informante, e não está posta na grade. Para isso, é necessário colocar-se intensamente na escuta do que é dito;

c) ter uma atitude de empatia: o pesquisador deve esquecer suas próprias opiniões e categorias de pensamento e evitar atitudes de recusa ou hostilidade, buscando compreender com uma intensa sede de saber, manifestando um interesse real pelo informante enquanto pessoa – penetrando em seu mundo e em seu sistema de pensamento;

d) comprometer-se: buscar o contrário da neutralidade e da distância. Mantendo-se amável, positivo e aberto, o pesquisador não deve se limitar a fazer perguntas, mas também rir, elogiar, opinar brevemente, explicar alguma hipótese, até mesmo criticar o informante. O informante precisa de referências para desenvolver suas respostas; o pesquisador que se mantém reservado impede que o informante se libere;

e) jogar um jogo de três pólos: a empatia, o envolvimento mútuo de duas pessoas, e o objeto da pesquisa; para o informante, que só tem pedaços do objeto, o terceiro polo é a sua vida, que por sua vez se inscreve no quadro mais amplo da pesquisa, para o pesquisador;

f) usar táticas que favoreçam a expressão: o charme, a sedução, o humor.

A primeira entrevista foi realizada como entrevista-piloto. Ficou evidente a necessidade de adequar alguns aspectos da apresentação das perguntas, como alguns enunciados muito longos e ou que sugestionavam o tipo de resposta, e também foi constatada a possível escolha da MFC pela entrevistada, mas ela foi considerada satisfatória para inclusão na análise.

3.4 Aspectos éticos

Foi citado antes que, para o informante, o terceiro polo da entrevista é a sua vida – “para a qual ele olha como jamais fizera antes”. Ele pode se interrogar sobre suas escolhas, se autoanalisar (KAUFMANN, 2013). Embora não fosse o objetivo dessa pesquisa, existia o risco de que, sendo indivíduos com características favoráveis à APS, os estudantes reconsiderassem suas escolhas profissionais.

Os procedimentos éticos no desenvolvimento da pesquisa foram respeitados conforme as resoluções nº466/2012, que trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos, e nº 510/2016, que trata sobre análise ética de pesquisas na área de ciências humanas e sociais. O projeto foi submetido e aos CEP do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ, do Hospital Universitário Gaffree e Guinle/UNIRIO, e do Hospital Universitário Antônio Pedro/Faculdade de Medicina/UFF, e aprovado com Certificados de Apresentação de Apreciação Ética de números 98039318.0.0000.5257, 98039318.0.3002.5258 e 98039318.0.3001.5243, respectivamente.

No momento da aplicação de questionário para identificação dos estudantes elegíveis, foi questionado o interesse em participar do estudo e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

As entrevistas foram realizadas após o convite individual e assinatura dos TCLE específicos (APÊNDICE D) pelos informantes.

3.5 Análise dos dados

Para análise dos dados, foi adotada a análise de conteúdo.

Bardin define a análise de conteúdo como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção dessas mensagens (BARDIN, 2016, p. 48).

A análise de conteúdo surgiu nos EUA na época da Primeira Guerra Mundial, com a análise de material de imprensa e de propaganda, num momento “de fascínio pelo rigor matemático como medida e como parâmetro científico”. Durante a Segunda Guerra, os departamentos de Ciências Políticas das universidades americanas continuaram a desenvolvê-la, com o objetivo de desmascarar publicações suspeitas de propaganda subversiva ou nazista, solidificando a preocupação com a objetividade e a sistematicidade (MINAYO, 2014).

Nos anos 1950-1960, a análise de conteúdo ressurgiu dentro de um debate mais aberto e diversificado, em que a Antropologia, a Sociologia, a Psicologia, a Psicanálise e o Jornalismo retomam problemáticas quase intocáveis antes. Mantém-se a consideração de que ela deve ser objetiva e sistemática (MINAYO, 2014). Mas duas iniciativas “desbloqueiam-na”: questiona-se a regra dos anos anteriores, que confundia objetividade e cientificidade com a minúcia da análise de frequência, e aceita-se mais a combinação da compreensão clínica

com a contribuição da estatística. Ainda, seu alcance avança da descrição para a inferência (BARDIN, 2016).

A principal dificuldade da análise de entrevistas reside no paradoxo entre o objetivo de inferir algo a propósito de uma realidade representativa de um grupo e o encontro com pessoas em sua unicidade, gerando o desafio de preservar a equação particular do indivíduo enquanto se faz a síntese da totalidade proveniente da amostra de pessoas entrevistadas. O analista fica sujeito a um dilema: se proceder à análise de conteúdo clássica, com quadro categorial, deixará na sombra parte da riqueza específica da investigação por entrevista, deixando escapar o latente, o original, o contextual; produzindo uma abstração que não transmite o essencial das significações produzidas pelas pessoas. Por isso, é preciso efetuar dois níveis de análise, sucessivas ou imbricadas: um processo de decifração estrutural centrado em cada entrevista, e um de análise horizontal (BARDIN, 2016).

A análise foi organizada em três fases cronológicas, como proposto por Bardin (BARDIN, 2016): pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise, a escolha das entrevistas foi determinada conforme os critérios de seleção dos participantes descritos anteriormente; portanto, atendendo à regra da homogeneidade, em que os documentos obedecem a critérios precisos de escolha (BARDIN, 2016); no caso desta pesquisa, o *corpus* foi constituído, portanto, por entrevistas de internos, considerados indecisos ou positivos à APS, a respeito da implicação do currículo oculto no processo de escolha de outra especialidade que não a MFC. Os objetivos já tinham sido previamente definidos, após a delimitação do objeto da pesquisa.

Para a preparação do material, o arquivo de áudio de todas as entrevistas foi transcrito integralmente, incluindo o registro de frases interrompidas, silêncios, mudança no tom de voz, repetições, gagueiras, sons incoerentes; todos os textos transcritos foram impressos com margem suficiente para anotar a codificação.

O primeiro contato com cada entrevista foi feito por uma leitura flutuante acompanhada por audição do arquivo de gravação, para melhor percepção dos elementos para-linguísticos, possibilitando o surgimento das primeiras impressões e reflexões. Para Kaufmann (2013), a riqueza e a complexidade da oralidade, com seus ritmos, entonações e silêncios, podem mudar o sentido do texto transcrito, ao permitir um acesso mais direto à emoção e um mergulho mais íntimo na história de vida do entrevistado.

A referenciação dos índices foi composta a partir das categorias organizadas desde o referencial teórico e os tópicos do roteiro da entrevista em profundidade, sendo índices as menções de um tema, e indicadores, sua ocorrência ou ausência.

A exploração do material foi realizada nos dois níveis sugeridos para a análise de entrevistas. O primeiro nível, de análise horizontal, consistiu na codificação do material. Codificar significa transformar os dados brutos do textos, por recorte, agregação e enumeração, em uma representação do conteúdo. A unidade de registro é a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado como de base, e no caso desta pesquisa, a escolhida foi o tema. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido presentes na comunicação emitida e cuja presença (ou ausência) podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido. O tema, enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte do sentido que não é fornecida, já que esse recorte depende do nível de análise (BARDIN, 2016).

Para cada unidade temática pertinente ao recorte teórico do estudo, foi identificada e recortada a unidade de contexto, ou seja, unidade de compreensão da unidade de registro – o segmento da entrevista necessário para que se possa compreender a significação do tema. A regra de enumeração adotada foi a de presença ou ausência do tema.

A categorização, como já mencionado, empregou inicialmente o recorte obtido a partir do referencial teórico, ou seja, o sistema de categorias já estava fornecido, e as unidades de registro e contexto foram destacadas à medida que foram encontradas; no entanto, alguns tópicos do roteiro de entrevista (experiência da graduação e experiência de aprendizado na APS), que se esperava que fossem servir para alcançar posteriormente os tópicos mais claramente relacionados a um currículo oculto, revelaram unidades temáticas, identificadas na análise individual das entrevistas (descrita adiante), que foram agrupadas em uma categoria resultante desse processo de classificação.

O conjunto das categorias foi organizado de acordo com algumas características que definem boas categorias, de acordo com Bardin (2016): a) exclusão mútua, ou seja, um tema não poderia ser classificado em duas categorias; b) homogeneidade, já que todas as categorias foram organizadas por tema e por presença ou ausência; c) pertinência, tendo sido categorizadas somente as unidades temáticas pertencentes ao recorte teórico adotado na pesquisa.

Esse processo de codificação e categorização foi consolidado em planilha do Google.

O segundo nível de análise consistiu na decifração estrutural de cada entrevista, em uma abordagem que também leva em conta trabalhos em matéria de enunciação, análise do

discurso, da narrativa. Menos sistemática, com flexibilidade, procurando compreender a partir do interior da fala do entrevistado, numa atitude que exige esforço na medida em que é preciso abstrair de si próprio e das entrevistas anteriores. Trata-se de procurar a estruturação específica, a dinâmica pessoal que rege o processo mental do entrevistado (BARDIN, 2016).

Cada entrevista foi submetida a uma análise sequencial, ou seja, dividida em sequências definidas pelo critério semântico – o tema. Foi criada uma tabela de unidades temáticas, em que cada entrevistado (identificado com a letra E, seguida do número correspondente à ordem em que a entrevista foi realizada, correspondeu a uma coluna), e a ocorrência da temática foi sinalizada colorindo-se a linha do tema e anotando o número correspondente à(s) sequência(s) em que a unidade temática ocorreu.

Em cada sequência também se buscou observar aspectos relacionados à enunciação, especialmente a evolução do estilo (tom e velocidade de fala, comprimento de frases enunciadas entre uma pergunta e outra, grau de controle do discurso, repetições) e o aparecimento de perturbações de linguagem. A análise de enunciação considera que, no momento da produção da palavra, é feito um trabalho, é elaborado um sentido, são operadas transformações. Assim, considera-se que o discurso não é um produto acabado, mas um momento de um processo de elaboração, com todas as suas contradições, incoerências e imperfeições – não é, portanto, transposição exata de opiniões e representações que já existiam antes de serem expressos em palavras (BARDIN, 2016).

Para cada entrevista, foi elaborado um pequeno texto resumindo aspectos considerados mais relevantes sobre a entrevista em si (tanto em relação às temáticas quanto à enunciação) e sobre o processo de escolha do entrevistado, e foi construído um modelo gráfico a partir da figura ilustrativa do modelo teórico proposto por Bennet e Phillips (2010), mencionado anteriormente e ilustrado na figura 1. A elaboração desse material, que consta no apêndice E, foi de grande importância para algumas reflexões que serão discutidas adiante.

Seguiu-se, então, ao processo de construir o fio argumentativo a partir da interligação entre as categorias e suas unidades temáticas e a análise individual das entrevistas, que permitiu identificar variações e particularidades da influência do currículo oculto no processo de escolha da especialidade pelos estudantes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidas 80 respostas ao formulário – sendo 13 dos estudantes da UNIRIO, 27 dos da UFRJ, e 40 dos da UFF – que foram tabuladas em planilha do Google. Para descrição das respostas, foram excluídos os formulários dos oito estudantes que responderam ter escolhido a MFC e da estudante que não respondeu à questão sobre escolha da especialidade.

Conforme mencionado anteriormente, o formulário trouxe questões relacionadas às características da categoria “demografia e predisposição” com associações altamente consistentes com a escolha da APS/MFC, à especialidade desejada no início do curso, e à idade.

Nenhum estudante declarou identidade transgênero; 40 declararam mulher cisgênero, e 31, homem cisgênero.

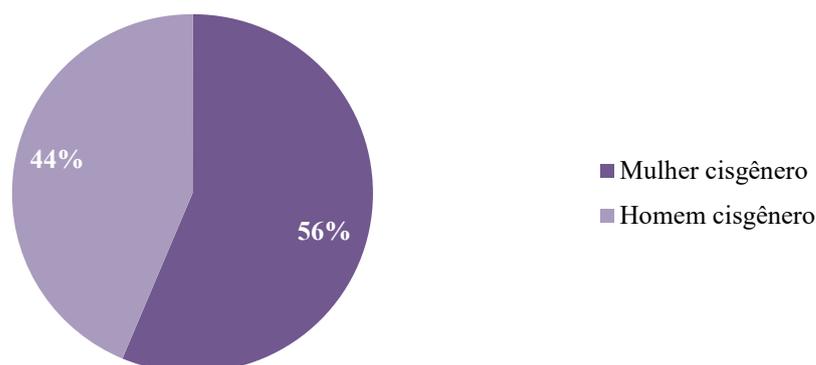


Figura 2 - Distribuição percentual dos participantes de acordo com identidade de gênero. Niterói / Rio de Janeiro, 2019.

Considerando-se os grupos de faixa etária, 26 estudantes declaram idades entre 20 e 24 anos; 38, entre 25 e 29 anos; 5, entre 30 e 34 anos; e apenas 2, entre 35 e 39 anos.

Em relação à pergunta sobre a cidade onde passou a maior parte da vida, foram mencionadas 39 cidades diferentes, sendo:

- nove capitais estaduais, das quais são provenientes 30 estudantes: Rio de Janeiro (que se destaca por ser a origem de 18 participantes), Belo Horizonte, Salvador, São Paulo, Belém, Goiânia, João Pessoa, Manaus e Porto Alegre.

- apenas uma cidade com menos de 10 mil habitantes, um dos parâmetros adotados no Brasil para definir área rural: Piedade do Rio Grande, em Minas Gerais, onde viveu um estudante.

Nenhum participante declarou desejo de trabalhar em cidade caracterizada como área rural, e 29 deles declararam ou não saber ou ter diversas possibilidades em locais geograficamente distantes, configurando ainda não haver essa definição. A cidade mais mencionada foi o Rio de Janeiro, por 13 estudantes. Um estudante respondeu pretender trabalhar em outro país.

Mais da metade das respostas sobre a renda mensal foi para a faixa entre R\$10.000,00 e R\$20.000,00, o que surpreendeu ao evidenciar que a maioria espera ter rendimentos compatíveis com a renda possível para um MFC no Rio de Janeiro no momento da pesquisa.

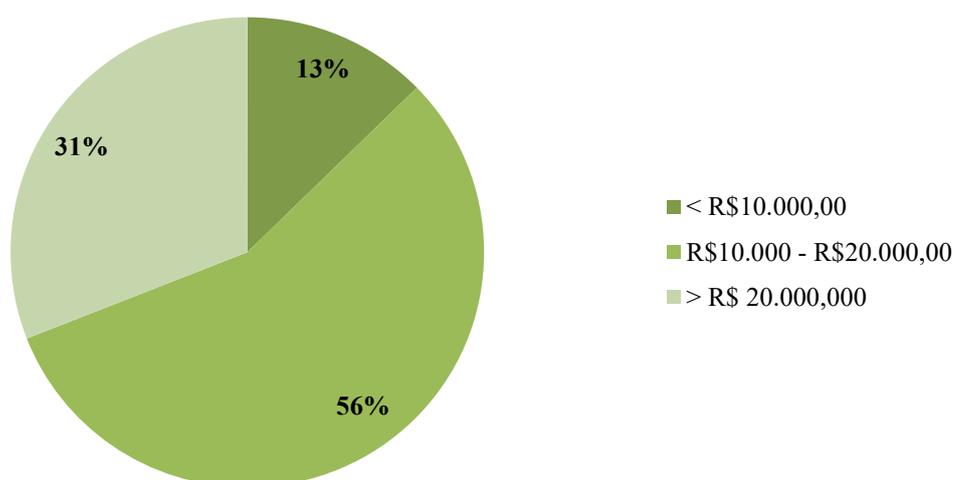


Figura 3 - Distribuição percentual dos participantes de acordo com expectativa de renda. Niterói / Rio de Janeiro, 2019.

Quase metade dos participantes (32 deles) declarou que não tinha opção clara de especialidade quando começou o curso. A MFC foi mencionada por dois participantes, mas não como única opção. Para 15 estudantes, havia diversas especialidades possíveis naquele início; em alguns casos, de áreas muito distintas – por exemplo, no do estudante cujas opções eram pediatria ou anesthesiologia – o que possibilita cogitar que também seriam indecisos, estando abertos a diversos caminhos.

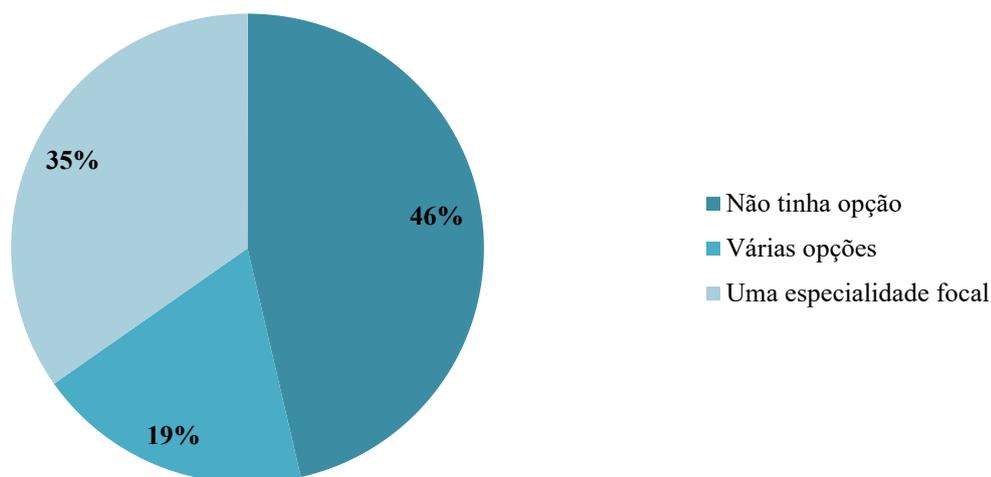


Figura 4 - Distribuição percentual dos participantes de acordo com opção(ões) de especialidade(s) no início da graduação. Niterói / Rio de Janeiro, 2019.

No momento em que o formulário foi respondido, já havia definição de uma especialidade por 45 estudantes. Dos 26 que assinalaram ainda não ter decidido, 16 estavam cursando o internato da UFRJ, que agrupa alunos desde o 9º até o 12º semestres. Desses 16, somente 3 internos estavam no 12º período – ou seja, entre todos os 66 participantes que estavam no último semestre, 13 ainda não tinham escolhido uma especialidade.

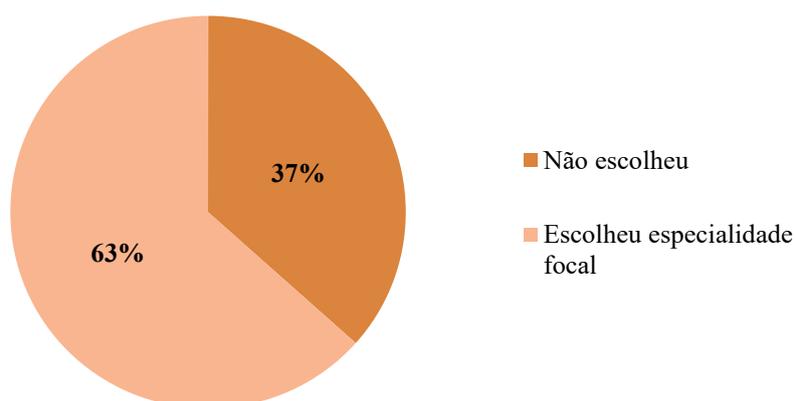


Figura 5 - Distribuição percentual dos participantes de acordo com situação da escolha da especialidade no momento do preenchimento do formulário. Niterói / Rio de Janeiro, 2019.

Após identificação dos estudantes que tinham escolhido outras especialidades ou permaneciam indecisos, foram identificadas as outras características de inclusão no estudo, totalizando 24 estudantes elegíveis à etapa seguinte: cinco da UNIRIO, nove da UFRJ, e dez da UFF.

Um estudante da UNIRIO foi excluído por ter trocado sua unidade de lotação para uma localizada em outra AP, e outro não respondeu ao convite; portanto, três continuaram participando da pesquisa. No caso da UFRJ, foram priorizados para participação os estudantes da própria unidade onde atua a pesquisadora, pela maior viabilidade operacional, e o que teve mais características presentes nas respostas, somando quatro. Dos estudantes da UFF, dois não responderam, três estavam cursando o estágio eletivo fora do estado ou do país, e um não tinha disponibilidade naquele momento, então quatro foram mantidos no estudo. Portanto, 11 prosseguiram para a etapa da entrevista. Por problemas técnicos com o equipamento de gravação, a última entrevista foi perdida, totalizando 10 arquivos de áudio para fins de análise.

O quadro 1 apresenta as características dos participantes cujas entrevistas foram analisadas.

Quadro 1 – Características dos participantes entrevistados de acordo com as respostas do formulário

Participante	Gênero	Idade	Cidade onde passou a maior parte da vida	Cidade onde gostaria de trabalhar	Expectativa de renda mensal	Especialidade no início do curso	Especialidade escolhida
E1	Mulher cis	25 anos	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	< R\$10.000,00	Não tinha	Não decidiu
E2	Mulher cis	29 anos	Uberlândia	Rio de Janeiro	R\$10 – 20.000,00	Não tinha	Não decidiu
E3	Mulher cis	24 anos	Rio de Janeiro	Não sabe	R\$10 – 20.000,00	Não tinha	Não decidiu
E4	Homem cis	29 anos	Comendador Levy Gasparian	Rio de Janeiro	R\$10 – 20.000,00	Pediatria	Pediatria
E5	Mulher cis	25 anos	Campinas	São Paulo / Campinas	R\$10 – 20.000,00	GO / MFC	Psiquiatria
E6	Mulher cis	25 anos	Goiânia	Não sabe	R\$10 – 20.000,00	Não tinha	Pediatria
E7	Mulher cis	30 anos	Belém	Manaus	R\$10 – 20.000,00	Não tinha	ORL
E8	Homem cis	25 anos	Blumenau	Não sabe	R\$10 – 20.000,00	CM / MFC	Não decidiu
E9	Homem cis	22 anos	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	R\$10 – 20.000,00	Não tinha	CM
E10	Mulher cis	23 anos	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro ou interior do SE	< R\$10.000,00	Pediatria / MFC / Psiquiatria	Não decidiu

As unidades temáticas identificadas na análise das entrevistas foram agrupadas em quatro categorias organizadas previamente, conforme relatado na seção sobre a metodologia: falas negativas sobre APS/MFC, modelos negativos de prática médica, modelos docentes positivos, e estrutura e funcionamento da APS e da MFC na graduação.

4.1 Falas negativas sobre APS/MFC

Surgiram duas unidades temáticas de falas negativas: juízo de valor negativo e desvalorização da carreira.

O juízo de valor negativo sobre a MFC foi relatada por quatro participantes, de todas as IES. As críticas foram emitidas tanto por colegas, quanto por professores. A indicação como especialidade de pouco conhecimento e até de médicos incompetentes provocou desde sofrimento e dificuldade para aceitar a própria escolha, até a reflexão crítica que gera certa neutralização desse fator.

Já na primeira sequência delimitada na análise da entrevista, E3 discorreu sobre a dificuldade em escolher uma especialidade, e sobre a dificuldade de escolher a MFC em si – que era o que ela estava cogitando naquele momento – exatamente pelos julgamentos negativos, emitidos pela mãe, médica, e dentro da faculdade:

“É difícil, não é? Ter que escolher o que você vai fazer na vida inteira, tem várias coisas que tem que decidir e tal. (...) Mas todo mundo fala, você escuta várias coisas, e na faculdade também, escuta coisas falando que não funciona, que é ruim, que é médico que não sabe o que fazer ou que é médico que não sabe medicina. E eu escutei isso a faculdade inteira.” (E3)

Mais adiante na entrevista, questionada a detalhar melhor sobre essas falas que ouvia na faculdade, ela não recordou de uma situação concreta – quem falou, em que momento do curso, se em atividade formal ou não, em que lugar. Mas reteve o valor associado à especialidade, que a afeta muito na medida em que gostaria de ter, como profissional, reconhecimento positivo:

“Que o médico de família não sabe encaminhar, encaminha coisa errada.(...) E aí você vai pensando, “então...”, você vai ficando com preconceito, não é? E a gente tem

aquela parte, em alguns mais outros menos, você quer ser reconhecido positivamente, e aí ficam falando isso... E eu ouvia isso.” (E3)

E5 também não se lembrava de um exemplo para contar, mas sim da impressão geral relacionada ao que já tinha ouvido – que ela considerava “obscuro”:

“Eu não consigo pensar em um exemplo específico, mas é uma coisa do ataque mais obscuro, não é? Que às vezes acaba passando por medicina de família. (...) São coisas mais nas entrelinhas. Mais sutis, mas eu sentia um preconceito com relação à especialidade.” (E5)

Assim, já é possível identificar o currículo oculto: aspectos do ambiente escolar que não fazem parte do currículo oficial, mas contribuem implicitamente para aprendizagens sociais relevantes (TORRES, 1991). Sem haver memória concreta de alguma vivência, ficou a lembrança do conteúdo geral das críticas, construindo valores sobre a MFC e, para E1, tornando difícil a decisão de escolher a especialidade.

Há um diálogo com a teoria da correspondência (TORRES, 1991), no sentido de que essas relações contribuem para a forma como os estudantes delimitam suas aspirações e identificações profissionais, e de como se constrói uma certa “divisão social do trabalho médico” – em que a MFC é o chão de fábrica. O próximo entrevistado a relatar a presença de juízo de valor negativo mencionou esse exemplo alegórico:

“(...) como é que é que eu ouvi falar uma vez? Que é o chão de fábrica!”. (E8)

Ele, no entanto, critica a superficialidade e o maniqueísmo da crítica à APS e da supervalorização das especialidades focais, declarando entender a importância de cada uma para o sistema de saúde, inclusive porque sua experiência pessoal enquanto paciente tinha sido com um modelo de cuidado por médico generalista. Ainda assim, a existência desse tipo de crítica em sua narrativa é interessante, pois antes tinha comentado sobre o quanto os modelos docentes tecnicamente excelentes tinham-no atraído para algumas especialidades.

Na última entrevista, surgiram novamente as críticas por familiares, e, também, por colegas. Se antes o MFC apareceu como médico que encaminha incorretamente, agora surge como “médico de encaminhamento”:

“Sim, o que eu mais ouvi, ouço até hoje de medicina da família, tanto na faculdade, tanto fora, são mais críticas, assim (...). E dentro da faculdade, aquela coisa de ‘aaah, médico da família...’. (...) era um menosprezo mesmo, como se não fossem médicos como outros, sabe? (...) Entre amigos, coisa e tal, eles falam ‘o especialista tem muito mais conhecimento’, ‘poxa, não vale muito a pena, eles não são bons em muita coisa, tudo é encaminhar, é médico de encaminhamento’.” (E10)

Essa entrevistada, por sua vez, demonstrou o seu próprio menosprezo por esse tipo de opinião. Filha de mãe enfermeira que sempre trabalhou em unidade pública de saúde, declarou-se admiradora da saúde pública, vindo daí parte da importância de cogitar MFC como especialidade, pois vincula o exercício da especialidade à atuação no SUS.

Outros quatro entrevistados, também de todas as IES, declararam não terem ouvido falas com conteúdo de juízo de valor negativo. E1 ainda não tinha definido com certeza absoluta, mas estava tendendo a escolher MFC; E6 teve experiência, que considerou muito positiva e transformadora para ela, de disciplinas com inserção na APS nos dois primeiros anos do curso (em outra IES), mas não teve vivência com a prática clínica da MFC e considera que isso pode ter tido muita importância para não ter considerado a especialidade; E7 considerou o internato em MFC, seu último rodízio da graduação, a “cereja do bolo”; e E9 estava em dúvida, no momento da entrevista, se escolheria mesmo clínica médica (como tinha declarado no questionário) ou MFC.

É interessante observar que estudantes de todas as IES, colegas das mesmas turmas, afirmaram vivências opostas em relação às falas de conteúdo de valor negativo sobre a MFC. Isso reforça a possibilidade de que os valores sobre a especialidade sejam produzidos de forma tão inconsciente e naturalizada que os estudantes não reconheçam as mensagens e as fontes, ilustrando o processo de moldagem da subjetividade e identidade profissional acontecendo “por detrás das nossas costas”, como trazido por Silva (2017). No entanto, é relevante ponderar que a heterogeneidade da experiência curricular proporcionada pelas IES também contribui para essa discrepância.

A desvalorização da carreira médica como MFC foi mencionada por cinco participantes, representando mais uma vez todas as IES. Essa desvalorização, vinda tanto de professores quanto de colegas, abrange aspectos como salário considerado pouco satisfatório ou que não aumenta ao longo do tempo de carreira, perspectiva de dependência da atuação no SUS e ausência de progressão funcional.

Tais considerações repercutem de formas diferentes entre os participantes: afastando da especialidade, gerando dúvida, ou sendo criticadas. Neste último caso, as características pessoais e de história de vida prévia à graduação foram relevantes para essa reação dos participantes.

Para E1, sua experiência anterior como estudante de ensino médio da Fundação Oswaldo Cruz e aspiração a um estilo de vida que não seja definido pela medicina são de grande importância para seu processo de escolha da especialidade. A contradição entre afirmar que não lembrava e depois narrar um exemplo corrobora sua afirmação de que desconsiderou esse tipo de fala negativa e que elas não influenciaram para que afastasse a MFC como especialidade possível:

“(...) é, já ouvi, mas assim, não lembro. Acho que eu abstraí. (...) Eu já ouvi de uma menina, que inclusive, ela [silêncio], uma menina, por exemplo, uma vez: “Ah mas médico de família, você vai ganhar dez paus a vida toda”. (...) Mas não considero que isso tenha pesado: “ah, eu vou repensar, então”. (E1)

Para E3, que no momento da entrevista também considerava escolher MFC (já com algum sofrimento relacionado ao julgamento negativo), esse tipo de ponderação – que ninguém fala, mas está ali – a afastou da especialidade por algum tempo, e afasta colegas:

“E aí tem gente que fala: ‘Ah, não, medicina de família não tem como você crescer, não tem como você fazer outras coisas. Você vai fazer só isso’. E isso fica maquinando um pouco. Mas, cada vez menos... Cada vez eu tenho achado isso com menos valor. Mas são coisas que também afastam um pouco as pessoas. Quer dizer, me afastou e eu acho que afasta outras pessoas assim.” (E3)

Já para E9, essas falas surgiram de profissionais formados há mais tempo, e reforçam a dúvida que ele tem entre clínica médica (e a medicina liberal) e MFC (e o papel social do médico):

“quando eu converso com pessoas mais velhas, (...) A maioria diz que não, que medicina de família não é uma carreira boa, que você fica estagnado e... e que uma hora você, é... assim, perde o interesse e fica uma coisa repetitiva... (...) E outras especialidades, às vezes você demora mais, né, você fica mais tempo ralando, mas que

você tem um teto mais alto, vamos dizer assim. (...) Isso reforça um dilema. É... Porque eu vejo as duas coisas (...).” (E9)

E surgem, desde a interação com colegas, conhecimentos regeneradores, criando e esclarecendo significados em contextos em que as pessoas compartilham interpretações da realidade, tal como trazido por Torres (1991) e relatado por E8 ao falar sobre a importância da opinião dos colegas e do compartilhamento de experiências dos estágios:

“Eu acho que qualquer troca informal muitas vezes é muito mais positiva que negativa, nem que seja para, por exemplo, você ponderar e talvez não fazer essa escolha, digamos, sabe? (...) eu acho que é sempre mais valoroso a troca com quem está vivendo.” (E8)

Ficou, portanto, perceptível que há um currículo oculto relacionado ao valor técnico, profissional e social da MFC – aprendido por meio das relações estabelecidas na escola médica com colegas, professores, pacientes –, ensinado em espaços informais, como eventos de confraternização de turma, e formais, como estágios e aulas.

No entanto, essa significação da MFC não fica reduzida ao aspecto econômico, mas abrange também o aspecto técnico. E, ainda, ficou evidente que outros aspectos modulam essa delimitação pelos estudantes, que, mais de acordo com a teoria da produção, resistem às mensagens, e, como grupo heterogêneo que formam, lidam com elas de formas distintas.

Portanto, evidencia-se também a importância da singularidade de cada estudante para que comece a emergir o senso de (in)adequação entre o eu a especialidade, apontado por Burack et al (1997). Conforme destacam Bennet e Phillips (2010), os estudantes de medicina não são um grupo homogêneo, nem o processo de escolha nem o efeito de uma dada intervenção serão os mesmos para todos eles, que também vivenciam a experiência curricular de formas diferentes – inclusive o currículo oculto.

4.2 Modelos negativos de prática médica

À luz do estudo de Burack et al. (1997), os modelos correspondem à dimensão descrita como “os outros atuando em uma dada especialidade”. A respeito dela e das outras duas outras dimensões (o eu e o conteúdo das especialidades), o estudante descobre e compara informações para construir o chamado sendo de adequação.

Surgiram duas unidades temáticas nesta categoria: modelo negativo na APS/MFC e modelos negativos em outros níveis de atenção/outras especialidades.

O exemplo de modelo negativo na APS foi o de um docente supervisor de atividades práticas de uma disciplina do terceiro ano do curso, mas que não era MFC, e não correspondeu ao estereótipo de médico (mal) encaminhador que se poderia esperar a partir da análise das falas negativas. Esse relato foi de um estudante cuja escolha pela pediatria manteve-se ao longo do curso, e essa vivência negativa não parece ter contribuído para que afastasse a MFC como opção. Ele mesmo, com uma bagagem prévia de vida que o fez discordar desse professor, enfrentou essa situação e modificou sua vivência como estudante daquela disciplina – o preceptor para o qual foi transferido foi mencionado como exemplo positivo.

“E aí, no sorteio eu caí em uma das exceções que era uma clínica da família. (...) e o nosso professor foi assim... terrível. Ele, assim, primeiro quis conhecer a gente sabendo nosso posicionamento político. (...) Aí depois a gente foi para a prática com ele, foi lá para a clínica da família acompanhar ele e ele chegava super atrasado. (...) E, além disso, ele começou a fazer... (...) piada homofóbica, assim, sem parar [ênfase].” (E4)

Os modelos negativos de outras especialidades/níveis de atenção foram mencionados por seis estudantes, de todas as IES. Para todos eles havia algum aspecto negativo observado na relação médico-paciente. Para os participantes que relataram esses exemplos de modelos negativos de outras especialidades, tais modelos serviram de exemplo de como não ser, como futuro profissional, ou mesmo de que especialista não ser – por gerar uma imagem profissional não desejável ou por gerar a constatação de que o meio da especialidade poderia ser não desejável, mesmo que a autoimagem fosse outra.

Ao contar o exemplo de um docente de clínica médica tido como modelo positivo por colegas e negativo por ela, que critica o discurso “bonito”, mas superficial, e que, além disso, não se concretiza na prática clínica, E1 chegou a chorar:

“Mas, assim, são pessoas que eu acho muito ruins. Eu estou lembrando de um cara, que ele é professor de clínica médica e todo mundo ama. (...) Nossa, eu fico até nervosa [risos]. (...) E eu acho ele super demagogo, super... Tem todo um discurso de acolhimento, de: “Ah, temos que ouvir o paciente” e no fim das contas só quer

entubar, uma prática que... Só quer prescrever, mas com um discurso bonitinho.”
(E1)

Novamente, aparecem as formas distintas com que estudantes que compartilham a mesma experiência podem lidar com ela – e elaborar análises que chegam a ser diametralmente opostas. Também é interessante a oposição observada por E1, no mesmo docente, entre um ensino teórico de uma medicina centrada na pessoa e uma humanização da prática médica – conforme o currículo formal postula – e uma demonstração prática de desrespeito à autonomia de pacientes, não condizente com a teoria que ele mesmo apresenta, produzindo um currículo oculto que ensina valores e atitudes da relação médico-paciente de forma possivelmente muito mais significativa para os estudantes. É uma ilustração personificada de como o currículo oculto pode ensinar não só valores não previstos no currículo formal, como também opostos ao que está oficialmente planejado, e também foi observado nos outros modelos negativos.

Outro entrevistado também mencionou a falta de profissionalismo no diálogo entre pares de diferentes especialidades do hospital universitário para articular o cuidado conjunto de um mesmo paciente, e de como esses exemplos são daquilo que não quer seguir ao projetar sua própria imagem profissional. No entanto, não pareceu ser um fator preponderante na maneira como construiu seu processo de escolha da especialidade, muito mais influenciado pelos modelos positivos, o que será abordado mais adiante.

“(...) e tem modelos para não seguir, assim... (...) de professores que têm muito conhecimento teórico e prático, mas aí na hora de lidar com o paciente, é rude, ou lidar com os residentes, ou lidar com os outros médicos de outras especialidades, outras equipes, não só na... Na medicina de família eu ainda não vi isso, realmente, mas eu pego muito exemplo da clínica do HUXX, né?(...) que eu não pretendo pelo menos tomar como exemplo, né, para o meu eu profissional futuro, entendeu?” (E8)

Outra estudante, de outra IES, foi explícita ao considerar que os modelos negativos também serviram não para afastá-la de especialidades, mas para emoldurar tipos de atitudes que considera pouco desejáveis para si mesma como profissional, inclusive os que teve durante as disciplinas da especialidade que escolheu – pediatria:

“Contra não, contra na escolha não. Acho que eu tive influência assim, de como não ser. Médicos, pediatras, falando em pediatria mesmo, como não ser com os pais ou com a própria criança, atitudes tanto em consultas, na enfermaria (...). Que eu levo isso, de uma forma que eu jamais faria isso, tentar não fazer isso.” (E6)

Duas delas, por outro lado, narraram que chegaram a descartar especialidades em função de contato com modelos negativos. Os modelos negativos foram importantes para que E2 e E5 tenham afastado especialidades focais, e não MFC, diferentemente do que poderia ser esperado a partir do estudo de Burack *et al* (1997), em que os que mudaram para não-APS valorizaram modelos negativos na APS.

No entanto, E2 mantinha-se indecisa, interessada por MFC, mas muito desmotivada pelo contexto técnico-político do SUS, e E5 escolheu psiquiatria, influenciada por vivência positiva e pelas características curriculares, o que exemplifica a complexidade do processo de escolha da especialidade.

Para E2, formou-se a reflexão de não querer exercer a profissão em um meio caracterizado por aquele tipo de postura, mesmo gostando do conteúdo e da prática da especialidade:

“Já professores que ou não eram tão presentes ou não tinham boa didática ou não eram tão justos ou que durante o atendimento eu não gostasse da relação médico paciente, isso me fazia pensar um pouco, assim: “acho que isso não é para mim”. Mais pela maneira do professor do que pela especialidade em si. Foi assim, por exemplo, com ortopedia. Ortopedia eu adoro, eu gosto muito de ler sobre ortopedia, (...). E eu pensava: “Não é o meu tipo, eu não agiria assim, acho que eu não vou dar conta de ficar no meio dessa forma”. (E2)

Para E5, a vivência do internato foi tão frustrante que a fez descartar inclusive aquela que pensava em fazer quando iniciou a graduação, mas há também uma interação desse fator com as características curriculares.

“Tem muita coisa que a gente não considera (...) porque os professores são péssimos... (...) Clínica, eu odiei meu internato de clínica, odiei os residentes, odiei o rodizio e falei assim: cara, uma coisa que eu não quero na minha vida é clínica. Eu quis me afastar completamente de clínica. (...) Porque o restante da obstetrícia da U.

é um fiasco, não tem condição. Professor A., professor B., etc. Não dá. Eles são péssimos, as aulas são péssimas, quando eles aparecem para dar é horrível.” (E5)

A discussão sobre os modelos será retomada adiante.

4.3 Modelos positivos de prática médica

A noção tradicional de modelos positivos – como pessoas inspiradoras e ideais que são como os estudantes gostariam de ser – ainda apareceu narrada dessa forma. No entanto, a forma como os modelos influenciaram os estudantes parece bem alinhada à encontrada no estudo de Burack *et al.* (1997), em que os modelos possuem características específicas que os estudantes admiram e adicionam a uma lista implícita de aspirações pessoais: nesta pesquisa, conhecimento, relação médico-paciente, medicina centrada na pessoa, equilíbrio emocional, e prática médica que incorpora outras racionalidades.

Embora não sejam definidores únicos, os modelos são uma das dimensões importantes que o estudante utiliza ao longo do processo de escolha da especialidade (BURACK *et al.*, 1997), e é relevante que apenas quatro dos entrevistados tenham mencionado modelos positivos de MFC – uma entrevistada estava tendendo a escolher MFC, um teve a especialidade como segunda opção (mas manteve a escolha pela pediatria), e os outros dois ainda estavam indecisos e cogitando a MFC, mas não como primeira opção.

Para E3, esse contato aconteceu em um estágio extracurricular na APS. Tendo vivido um processo de frustração com a clínica médica – especialidade que cogitava fazer quando iniciou a graduação, embora tenha respondido de outra forma no questionário – ela saiu em busca de outras perspectivas de atuação, por meio de disciplinas optativas e de estágios. A decisão de concorrer a uma vaga de acadêmica bolsista da Prefeitura do Rio de Janeiro foi motivada, entre outros fatores, também por conhecer uma área diferente das que tinha visto até então. A vivência e contato com esse modelo abriram a possibilidade da MFC, mas também dispararam uma crise de insegurança sobre o conhecimento e as práticas que tinha aprendido até então:

“E eu fui fazer, sinceramente, a princípio, porque era estágio, porque dava certificado, tinha bolsa e uma parte também por, tipo assim, “ah, vamos ver o que é”. E foi o que eu fiz ano passado, fiz com o X. também. E achei muito legal, muito legal. A princípio não me via fazendo, mas achei muito, muito legal. Tudo. O X. é muito

sinistro, não é? Caraca! Tipo... E abriu um mundo novo, assim, na minha cabeça. (...) Era uma abordagem totalmente diferente do que eu tinha visto e eu fiquei: 'nossa, eu não sei fazer nada, então'. Eu não sei atender, não sei fazer nada.” (E3)

Para E4, que viveu um processo de confirmação de interesse pela pediatria, a MFC foi conhecida durante a graduação, tanto por disciplinas curriculares quanto por estágios extracurriculares, e, por ter gerado experiências positivas, acabou se tornando uma outra opção de especialidade. Esse participante, no entanto, pondera que teve menos modelos positivos do que esperava. Mencionando exemplos que conheceu em unidades de APS, esses modelos pareceram ter mais importância em dois sentidos: possibilitar identificação com uma área que lhe era desconhecida antes, e servir como inspiração de forma de atuação profissional; enquanto os da pediatria confirmaram o interesse que já tinha:

“Foi até uma coisa que eu chegava a comentar com meus amigos, que eu imaginava que quando eu entrasse na faculdade eu ia ter mais referência nos professores do que eu realmente tive. Mas, sim, tem. (...) Vários professores da pediatria que eles realmente... (...) No trabalho deles, eles são pessoas que me inspiram muito. E tem pessoas como o X., pessoas que eu conheci lá na clínica, pessoas que eu conheci lá no estágio de acadêmico bolsista... (...) Que foram e continuam sendo inspirações, apesar de não ter contato frequente”. (E4)

Para E9, indeciso que tem a MFC como segunda opção, os modelos positivos surgiram na própria IES e em estágios extracurriculares também. Funcionaram tanto como imagem-objeto quanto como inspiração para atuação e, no caso da preceptora MFC, como modelo de equilíbrio emocional que ele almeja ter como profissional:

“(...) professores da reumato, né, professores que eu gostei muito e que eu vejo assim, “pô, se é pra ser o cara que mais sabe de lúpus, eu quero ser igual a essa pessoa!”. Porque ela realmente sabe muito [ênfase]! (...) É... eu fiz um estágio em emergência no CER A. e no Hospital B., e lá eu conheci uma médica também que não é professora, não é preceptora, ela só é médica de lá, mas que eu achava ela fantástica, eu gostava muito do jeito que ela trabalhava, e aquilo foi muito enriquecedor para mim. (...) E aqui na clínica também, tipo, é... Eu acho a C. uma pessoa muito legal, eu

acho que o jeito dela, ela tá sempre tranqüilona, tá sempre... (...) eu gosto disso, eu vejo isso como um exemplo (...).” (E9)

Para E10, o modelo de uma docente MFC com quem conviveu durante uma disciplina do terceiro período foi de grande importância para que tenha passado a considerar a MFC uma das opções de especialidade, especialmente por ter confirmado uma consideração dela própria sobre como um médico ou uma médica devem se relacionar com as pessoas de quem cuidam:

“Então inicialmente sempre pensei em pediatria, depois que eu entrei na faculdade eu continuei pensando em pediatria, mas confesso que a partir do terceiro período, (...) quando eu fui na clínica da família AB, lá no centro, com a professora X. (...) E eu comecei a admirar, assim, a médica que ela era, como ela tratava os pacientes, sentia a diferença de tudo que eu já tinha visto, então... (...) Até porque... ah, eu sempre achei que a medicina... ser médico é muito mais do que ter só uma postura, né, mas eu acho que essa coisa mais próxima, de cuidar de gente, precisa ser de outra forma, né... (...) E eu via isso nela, esse cuidar de gente, mais próximo.” (E10)

Portanto, modelos positivos influenciaram a escolha (ou a possibilidade de escolher) a MFC, de acordo com o encontrado no estudo de Burack et al (1997). No caso de E3, que tinha o estereótipo do MFC como “médico de encaminhamento”, parece ter sido importante para desconstruí-lo (o que foi outro achado importante daquele estudo), ao mesmo tempo em que a atraiu ao apresentar a possibilidade de uma prática médica diferente da que via acontecer no hospital e a fez se frustrar com a clínica médica. Já para E4 parecia não haver estereótipo negativo prévio a ser desconstruído, mas houve a possibilidade de visualizar-se naquela atuação. E, para E9 e E10, foram modelos em que encontraram aspectos que já visualizavam como importantes para si mesmos.

Dos seis estudantes que não mencionaram algum MFC como modelo positivo, somente E1 estava direcionando sua escolha para a especialidade. A ausência de um MFC pessoal e concreto para projetar a si mesmo e “tentar um possível eu” pode ser um fator limitador importante para a escolha da especialidade por estudantes positivos à APS ou indecisos. Mas cabe ressaltar que, de acordo com Bennett e Phillips (2010), simplesmente alterar a composição do corpo docente não é tão importante quanto a qualidade da orientação para os estudantes – ou seja, combiná-los apropriadamente com modelos e orientadores –, pois poderia fazer com que os não positivos à APS se sintam excluídos e pressionados a

mudar, resultando em uma reação contra a APS. E, talvez, em um efeito cascata, gerar mais falas negativas entre colegas.

Já em outras especialidades/níveis de atenção, todos os estudantes mencionaram exemplos positivos. Três entrevistados mencionaram exemplos relacionados à prática pedagógica de docentes que não ensinavam pela prática clínica e estavam envolvidos em funções de organização de disciplinas ou estágios.

Para E1, os modelos positivos apresentavam uma prática relacionada a outras racionalidades médicas, fosse por meio de uma especialidade (homeopatia) ou utilizando conhecimentos de uma (acupuntura) no exercício da sua (neurologia). No caso dela, que criticou o ensino com enfoque biomédico, centrado na prática hospitalar e desconsiderando o contexto da pessoa, esses modelos alinham-se à visão que ela já tinha e ao que ela já valorizava:

“É porque tem um que é um homeopata, assim... doido, doido, doido [risos]. Mas ele é incrível. (...) Então, tem ele, além de que ele foi para a homeopatia mais velho, então eu vejo nele alguém que, sei lá, depois de muito tempo na clínica médica, repensou... (...) Tem um neuro também... (...) É porque ele também, ele faz acupuntura, ele procura também algumas práticas integrativas, ele também tem – eu não sabia disso, mas uma amiga me contou que ele também teve essa história de repensar.” (E1)

Para E2, que afastou especialidades em função de modelos negativos, os positivos surgiram para despertar interesse inclusive pelo conteúdo da disciplina, ainda que não tenha sido definidor para que escolhesse a especialidade relacionada:

“Por exemplo, em GO eu tive duas professoras que eu fiquei, assim, encantada com o modo delas de atender, com o modo de passar a matéria, tudo que elas faziam era muito bem feito. Então, com isso eu me encantei com GO. Eu não faria GO, mas é uma matéria que eu adoro e que toda vez que, agora no estágio, que chega uma paciente com queixa relacionada à GO eu fico, eu gosto daquilo, sabe?” (E2)

E3 mencionou alguns especialistas que foram modelos positivos, mas o mais significativo para ela (em relação ao processo de escolha da especialidade) foi o MFC, conforme relatado anteriormente. Para E4, os modelos positivos da pediatria confirmaram o

interesse pela especialidade, conforme o trecho da entrevista também destacado na página 62. E5 contou sobre uma docente que foi modelo positivo na área em que ela cogitava se especializar quando começou a graduação. No entanto, a experiência curricular a afastou da especialidade, conforme será descrito adiante:

“(...) aquela G.O. que eu tinha cogitado antes da faculdade, que eu não tinha a menor ideia do que era etc. O mínimo contato que eu tive com a parte de demonstrativo, que é sétimo período, eu tive uma professora muito boa que foi a D.(...). Ela é maravilhosa, ela é perfeita, muito, muito boa, muito boa professora, muito empenhada. E aí foi: “ah legal”. A parte de obstetrícia, só que aí era só ela.” (E5)

Para E6, que cogitava radiologia quando começou o curso, foi a descoberta da relação médico-paciente que ocorreu na prática clínica que a fez redirecionar inicialmente seu processo de escolha. A dimensão que parece ter sido muito importante para escolher pediatria foi a do conteúdo da especialidade, mas quando questionada sobre modelos positivos, ela só mencionou docentes pediatras, sendo uma delas adotada como imagem-objeto, mas não ficou claro sobre o quanto ou como elas foram importantes para sua decisão:

“Estou com E. na cabeça, a E. também é uma inspiração, não deixa de ser, mas a F. para mim, no internato, foi maravilhosa. Foi uma pessoa que eu falava, nossa se um dia eu for metade do que ela é...” (E6)

E7 associou o início do interesse pela otorrinolaringologia (ORL) a ter apresentado uma doença otológica durante a graduação, mas mencionou um modelo positivo da especialidade que serviu, para ela, também como imagem-objeto:

Como eu comecei a trilhar a área de otorrino, tive uma professora que era da área de otorrino (...) e eu percebi que ela era muito atenciosa com todos os pacientes dela, muito estudiosa, uma pessoa nova que agregou muita coisa, tem o consultório dela, e tudo mais... já é independente, então eu me espelhei muito nela (...). (E7)

E8, que inicialmente projetava para si a figura do médico generalista, foi mudando suas perspectivas ao longo do curso. Em relação aos modelos positivos, dois aspectos foram

relevantes para ele. O primeiro a surgir em seu relato foi o da excelência técnica dos docentes da clínica médica, que o atraiu para a área:

“A clínica na U. é muito boa. Porque, mesmo os especialistas não sendo só clínicos, por exemplo, o pessoal da reumato, o pessoal da endócrino, o pessoal da cardio, o pessoal da geriatria, são clínicos excepcionais, a maioria dos docentes da clínica médica da U., independente da sua outra especialidade, são clínicos excepcionais. (...) E forçam a gente a raciocinar... Mas acho que o estímulo dos docentes foi, foi... me atraiu para a prática clínica.” (E8)

Depois, o de “modelo de pessoa” – que ele, curiosamente, relaciona como característica necessária para ser um bom profissional, mas depois a coloca como algo à parte do que seria um modelo profissional, como se essa competência não fizesse parte do que um estudante médico também devesse aprender formalmente:

“Eu tenho alguns professores... que eu vejo como modelo de pessoa, talvez, não necessariamente profissional. Mas acaba que, para mim, a boa pessoa acaba se tornando um bom profissional. Eu acho difícil uma boa pessoa se tornar mau profissional, justamente pelo compromisso que ela vai ter com os pacientes, assim... (...) Também me mostraram que assim, você pode ser um profissional excepcional com um currículo extenso também, e continuar sendo uma boa pessoa, e continuar tratando os pacientes com dignidade, etc. Eu acho que o modelo é mais nisso do... de pessoa do que como profissional exatamente.” (E8)

Os modelos de E9 apareceram mencionados no trecho destacado nas páginas 62 e 63. E10 citou algumas especialidades em que teve modelos positivos, sem descrever exemplos ou aprofundar a reflexão sobre a forma como foram importantes para ela.

Em um cenário curricular em que os estudantes tenham a possibilidade de contato com a MFC, os modelos positivos podem não ser categorizados como parte de um currículo oculto. No entanto, em conjunto com as características curriculares, que serão abordadas adiante, a ausência de modelos positivos de MFC parece contribuir para a reprodução “cultural” de um *habitus* médico que interioriza no estudante não só as categorias de percepção, apreciação e cuidado da saúde e do adoecimento, mas também a forma de exercer

a profissão, definidas por especialidades focais em um modelo ainda dominado pelo hospital terciário.

4.4 Estrutura e funcionamento da APS e da MFC na graduação

Embora essa categoria pudesse ser considerada relacionada ao currículo formal, suas unidades temáticas revelam contradições com os próprios currículos formais das três IES, que já passaram por mudanças curriculares nas últimas décadas, mesmo que em profundidades distintas, e a APS (seja como disciplina ou internato específico, seja como nível de atenção em que atividades práticas de disciplinas e internatos deveriam acontecer) figura formalmente em todos eles.

Nesta categoria, foram identificadas duas unidades temáticas: o modelo curricular que oculta a APS e a MFC, e a ausência de docente MFC.

O modelo disciplinar e que valoriza especialidades focais, mantendo a APS e a MFC em segundo plano, e escondendo valores que se traduzem em identidade profissional e influenciando ou até definindo as escolhas de especialidade, foi trazido por sete entrevistados, de todas as IES, entre eles as duas entrevistas que cogitavam MFC como primeira opção no momento da entrevista. A seguir, são destacados os trechos dos que trouxeram maior aprofundamento sobre a importância desse fator para o processo de escolha da especialidade.

Para E1, que negou ter ouvido falas negativas sobre a APS e a MFC, a ausência de crítica explícita é balanceada por essa valorização de outras áreas do conhecimento médico, e de forma mais sutil também acaba gerando uma percepção desvalorizada da MFC:

“É muito assustador isso, pensar que a pessoa se forma e ela vai ter um mês e meio no último ano de contato com atenção primária. Olha isso! Porque muda tudo, muda completamente a sua forma de pensar, não é?(...) Só não ter isso no currículo, só o fato de em um único momento... Sabe, como se medicina de família fosse uma coisa acessória. Lá no último ano você faz um mezinho? (...) Eu acho que, no fundo, a gente vai sendo muito condicionado na faculdade, a pensar na tecnologia, na especialização e não sei o que. E aí, no fundo, por mais que a gente... Se você perguntar para qualquer pessoa da minha turma, se você for lá e perguntar: você acha que medicina de família é menos? (...) Sabe, tipo, você tem que saber menos? Eu acho que ninguém diria que é menos, mas no fundo eu acho que há esse sentimento, essa percepção.”

(E1)

E9, estudante de outra IES, teve experiência na APS no segundo ano e durante quase seis meses de internato. Também afirmou não ter ouvido críticas explícitas, e considera que esse modelo curricular já direciona a escolha, “quase que” naturalmente:

“Eu acho que a gente tem um viés na graduação, isso é claro, que é o viés da especialização, é, de você... Isso desde... Isso não é uma coisa nem falada, mas você vai tendo as matérias, e você, “ah, agora vai ter cardiologia”. Aí vem aquele professor que sabe muita cardiologia e passa aquilo tudo, aí você, ‘puxa, gostei muito de cardiologia, vou fazer cardiologia!’. Que é uma coisa quase que natural, entendeu. Então a... essa divisão, em cadeiras, e disciplinas, e... eu acho que já leva a gente por esse caminho, né.” (E9)

Outras três estudantes, duas delas da mesma IES (onde não tiveram experiência clínica na APS), mencionaram que a ausência de contato com uma área ou especialidade já torna difícil escolhê-la, afinal não se a conhece.

E3 começou a cogitar a MFC ao ter um estágio extracurricular na APS, teve experiência curricular prática na APS no último semestre da graduação, e, se teve algum ensino teórico sobre APS e MFC antes no curso, ele não gerou memória futura significativa:

“Acho que eu estava no sétimo, algo assim. E eu não fazia ideia do que era medicina de família, como especialidade. Eu ouvia em termos de clínica de família, [da faculdade falando]. Em nenhum momento alguém me falou o que é a medicina de família, quais os princípios (...). Eu acho que um dos grandes fatores, eu acho que é bem a formação mesmo. O fato de não falarem que não leva a gente a escolher, a não falarem, a ter uma formação totalmente voltada para o hospitalar, você só vê isso e aí você fala: “então é isso que eu quero”. E tem gente que realmente é preferência, mas a formação não te permite pensar nisso, nesse caminho.” (E3)

E5, que informou no questionário que cogitava MFC ao entrar na faculdade, tinha como opção inicial somente a GO, e conheceu a MFC por meio de atividades do diretório acadêmico no primeiro semestre do curso e de disciplinas sem prática clínica no segundo ano. Sua entrevista foi a de maior conteúdo de frustração em relação ao currículo real que cursou.

Surgiu a reflexão de que a ausência de prática clínica na APS não possibilita que o interesse despertado no início do curso se sustente:

“(...) logo no primeiro período, acabou que eu me envolvi muito com o DAXX (...) E aí ali acabou que eu me interessei muito pela medicina de família (...). Só que aí fui vivendo a faculdade e fui me afastando um pouco, porque acaba que a U., por mais que ela tenha alguns vieses assim, que às vezes te leva a pensar em medicina de família, te leva a pensar nesse tema, te apresenta mais o tema, na prática a gente não teve nada. O que teria, que começaria a parte de ir para o posto etc, o meu grupo, foi aquele grupo sorteado para a Policlínica e aí eu tive zero contato (...). Acabou que eu me afastei um pouco da especialidade e fui me interessando por outras coisas (...). Tem muita coisa que a gente não considera porque a gente não tem contato (...) E a U. teoricamente preconiza no currículo. Mas a gente não teve... (...) A gente teve zero contato com atenção básica, cara.” (E5)

Ainda, para ela, as características curriculares, em conjunto com os modelos negativos, tiveram grande influência para que desistisse da especialidade inicialmente pretendida, como foi mencionado nas páginas 60 e 61.

E6, colega de turma de E5, cursou os dois primeiros anos do curso em outra IES, uma instituição privada do interior do estado do Rio de Janeiro. Foi nesse período que ela teve sua inserção curricular na APS, acompanhando visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde. Foi transformador para ela, por ter ampliado sua visão e compreensão sobre a desigualdade social, a pobreza e a influência delas sobre a saúde das pessoas, mas a ausência de uma prática clínica depois veio à tona. Fã de ciências na escola, cogitou radiologia até o internato, momento em que a relação-médico paciente, vivenciada intensamente pela primeira vez no rodízio de psiquiatria, a fez mudar de ideia. Houve um trecho da entrevista que ilustra didaticamente o processo de escolha da APS por inclusão, ou seja, por interesse por amplas categorias de pacientes, problemas e cenários de atuação, conforme identificado por Burack *et al* (1997):

“Aí, entrei no primeiro internato, foi pediatria, pediatria da U. é bem legal o serviço, eu amei. Falei: ‘nossa’. Nunca pensei em ser pediatra, era uma coisa que eu gostava, mas não pensava para a minha vida. E já era uma opção. Depois de pediatria veio gineco, aí eu falei, ‘cara, amo gineco’ [riso]. Quero fazer gineco. Aí depois veio

clínica que eu sabia que eu gostava. Mas, fiquei naquela, ‘nossa já gosto de pediatria e gineco, mas clínica também pode ser uma opção’.” (E6)

Após mencionar a falta de conhecimento teórico e prático sobre a MFC e a ausência dela no curso (mesmo que para figurar negativamente), quando convidada a dizer se havia algum aspecto importante que não tínhamos mencionado, ela também refletiu sobre a importância dessa ausência:

“Eu acho que... nunca passou pela minha cabeça fazer medicina da família, mas eu acho que por falta de conhecimento. Que, por exemplo, eu gosto muito de tudo e eu gosto muito desse contato médico-paciente, eu acho que, eu gostaria, por exemplo... A gente está tendo a oportunidade de estar falando nisso, eu nunca falei isso para ninguém porque eu acho que nunca passou pela minha cabeça, mas assim, era uma coisa que eu poderia pensar em fazer. Só que a gente não tem contato, falta no internato isso, ir para posto... Acho que teria que ter no obrigatório para a gente ter mais conhecimento, e estar inserido ali dentro, ver como é. Acho que falta, faltou na minha formação e, assim, eu me acho meio leiga assim (...).”

Em relação à ausência de contato com docente MFC, três estudantes afirmaram não terem tido contato com docente MFC – nenhum deles da UFRJ – e três declararam não saber ou não ter certeza, nenhum deles da UNIRIO. Portanto, a UFF foi a única IES cujos alunos entrevistados declararam, todos, não terem ou não reconhecerem nenhum docente como MFC. A importância dessa ausência não foi aprofundada por nenhum deles.

O processo de molde da subjetividade relacionada à identidade profissional surge como também sendo delineado por esse modelo que ainda valoriza o conhecimento focalizado. As capacidades cognitivas e afetivas e as habilidades técnicas adquiridas por meio desse modelo contribuem para a construção de uma autoimagem profissional que direciona o estudante para a escolha de outras especialidades – seja por sutilmente gerar uma visão desvalorizada da MFC, seja por naturalmente despertar interesse por outras áreas, seja por simplesmente não proporcionar que a especialidade seja conhecida pelo estudante.

Diante dessas percepções e da análise delas, emergiu a reflexão sobre a ocultação da MFC e da APS pelo currículo oculto, de forma ainda muito mais intensa do que esperava a pesquisadora, tanto que gerou um incômodo inicial ainda durante a realização das entrevistas. Guardadas as devidas relações, surge a aproximação com as divisões invisíveis trazidas por

Boaventura (SANTOS, 2007), estabelecidas por linhas radicais cujo “outro lado” também desaparece, torna-se inexistente. “Inexistência significa não existir sob qualquer modo de ser relevante ou compreensível. Tudo aquilo que é produzido como inexistente é excluído de forma radical porque permanece exterior ao universo que a própria concepção de inclusão considera como o ‘outro’”. Há uma linha que invisibiliza o ensino de uma medicina social e clinicamente territorializada.

Se em relação às falas negativas pareceu haver maior evidência da teoria da produção de novos significados e valores por estudantes que não são passivos e incapazes de mudanças, aqui parecem ser os docentes e a instituição escolar a resistir a um modelo oficial que propõe maior incursão na APS – não para gerar algo novo, mas para manter um modelo de formação anterior, alinhado a um enfoque biomédico e tecnológico – contribuindo para a reprodução do *habitus* médico mencionado anteriormente.

4.5 A prática da preceptoría como MFC

As possibilidades de trazer à tona o currículo oculto (desocultando-o) que influencia a não escolha da MFC vão ser maiores ou menores (ou mais ou menos potentes) de acordo com alguns fatores que são extrínsecos à prática do preceptor. Aspectos como o momento do curso em que o estágio na APS acontece, e sua duração, e as atitudes docentes em relação à MFC, não estão sob o alcance direto de um preceptor atuante na rede SUS, fora das unidades universitárias.

De acordo com os achados desta pesquisa, revelam-se dois eixos principais para a prática da preceptoría desconstruir o currículo oculto que desfavorece a escolha da MFC: buscar ativamente servir como um modelo positivo de prática médica, e singularizar a preceptoría de acordo com as características, a história de vida e as preferências do estudante.

Conforme afirmado por Burack et al. (1997), modelos positivos parecem influenciar a escolha de carreiras de APS, com frequência ao servir para refutar estereótipos negativos – e, já que experiências negativas foram relevantes para que estudantes mudassem de grande área, desconstruir estereótipos negativos tem uma influência extraordinária, especialmente para os indecisos e positivos à APS, que Bennett e Phillips (2010) consideram que devem ser o foco principal de intervenções direcionadas à formação de MFC.

As características negativas ligadas à MFC identificadas nesta pesquisa foram a incompetência técnica – médico que não sabe medicina, que é encaminhador e que encaminha

mal – e a carreira desvalorizada, com salários ruins, atuação restrita ao SUS e ausência de progressão funcional.

Na prática diária, seja como MFC assistente que também recebe estudantes para o estágio em APS, seja como MFC preceptor, é possível atuar de forma a ressignificar essas crenças sobre a especialidade, especialmente em relação à pecha da incompetência. Ainda mais quando se considera que essa percepção está relacionada à atuação de médicos que escolhem trabalhar temporariamente na APS sem ter capacitação adequada para tal, já que um dos princípios da MFC é a efetividade (COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA, 2003, apud KIDD, 2016), e um dos atributos da APS é atenção para qualquer tipo de problema de saúde (STARFIELD, 2002), com necessidade pequena de encaminhamento a outros níveis de atenção do sistema de saúde.

Se, ao mesmo tempo em que presta assistência aos usuários do serviço, o preceptor precisa estar atento às oportunidades de aprendizado que essa assistência oferece (MONTEIRO; LEHER; RIBEIRO, 2001), nem sempre será possível realizar o raciocínio clínico em voz alta, especialmente nos casos dos preceptores que são médicos assistentes responsáveis por equipes da ESF. Frequentemente, para esse tipo de vinculação, receber o estudante para o período de estágio não gera nenhuma redução nas atribuições, tarefas, metas e tempos do trabalho assistencial cotidiano – o que significa que raciocinar em voz alta e problematizar com o estudante os aspectos pedagogicamente interessantes das consultas nem sempre será possível ao preceptor, sob pena de provocar atrasos, registros incompletos nos prontuários, e sensação de sobrecarga.

Ainda assim, buscar demonstrar uma prática profissional caracterizada pela competência clínica é possível em qualquer um dos tipos de vinculação. E, se o vínculo for especificamente para a preceptoria, uma estratégia potente pode ser a de, na discussão dos casos clínicos, dedicar um enfoque maior às hipóteses diagnósticas e à construção do plano terapêutico – o qual, na maioria das vezes, vai gerar muito menos encaminhamentos a especialistas focais do que costumam propor os internos quando começam o estágio: rinite à ORL, sangramento uterino anormal à ginecologia, síndrome demencial à neurologia.

Um trecho da entrevista de E9 exemplifica a percepção positiva que essa prática resolutive pode gerar:

“(...) logo que eu comecei a rodar aqui na clínica, é... eu, assim, me senti cativado, é... em fazer medicina de família. Primeiro porque eu vi que é uma coisa muito prática, a gente atendia, atende, né, muito ali, e eu gostei muito disso, de sentar ali, e aí tem

aquela lista de pacientes, e você ia chamando e ia resolvendo o problema das pessoas, né. (...) a maioria não precisava encaminhar, não precisava pedir exame, a gente ia examinar, tratamento, e geralmente isso bastava. É... então foi uma coisa que me cativou.” (E9)

Outra estratégia possível pode ser a de abordar intencionalmente a questão da escolha da especialidade e se colocar ativamente à disposição para conversar sobre aspectos da carreira como MFC.

Um dos achados interessantes do formulário aplicado na pesquisa, por exemplo, foi o de que mais da metade dos participantes tinha uma expectativa de rendimentos mensais compatível com o que recebe um MFC no município do Rio de Janeiro atualmente. E, ainda que para a pesquisadora a atuação no SUS seja um fator positivo e significador da prática como médica, nos últimos anos a MFC tem conquistado seu espaço na saúde suplementar brasileira, não estando o especialista tão restrito à atuação na saúde pública como parte dos participantes demonstrou acreditar. Também há diversos caminhos para atuação do especialista, na assistência, na gestão e na academia (ensino, pesquisa e extensão).

Portanto, estar disponível para conversar com estudantes que estão na fase final da graduação e muitas vezes às voltas com dúvidas sobre aspectos relacionados ao estilo de vida e às possibilidades de atuação profissional é uma forma simples de esclarecer algumas crenças socialmente arraigadas que não se reproduzem na realidade da especialidade.

Uma característica relatada nos modelos positivos MFC foi a abordagem centrada na pessoa, outro princípio da especialidade; e os exemplos positivos de especialistas focais também tinham na relação médico-paciente, entre outros aspectos, um motivo de boa avaliação pelos participantes desta pesquisa. Isso sugere que demonstrar essas competências e, se possível, propor estudo e reflexões sobre a consulta, a entrevista clínica e a relação com a pessoa, devem ser parte do enfoque de ensino que o preceptor deve buscar na sua prática com o estudante.

Já o segundo eixo, de singularização do estudante, é ainda mais desafiador para o contexto do preceptor cujo vínculo principal é o assistencial. Perguntar, ouvir, conhecer e refletir sobre o interno, e elaborar possíveis adaptações da rotina do estágio que sejam mais significativas para ele de acordo com suas características, exigem tempo – que, por menor que seja, pode simplesmente não caber na rotina já atribulada da assistência, revelando uma das formas de tensão entre esta e a preceptoria.

Ainda assim, buscar minimamente conhecer as pretensões de carreira do interno pode permitir ajustar pequenos detalhes da rotina do estágio de modo a evitar o efeito da reação contra a APS. De acordo com Bennett e Phillips (2010), no caso dos estudantes não comprometidos com a APS, em vez de tentar convencê-los a escolher a MFC, os educadores devem usar as evidências para demonstrar a importância da APS e ensinar o cuidado colaborativo interdisciplinar.

Esses estudantes identificam características específicas das experiências e dos orientadores especialistas que se moldem aos seus futuros planos profissionais. Assim, provocar maior envolvimento e responsabilização dos casos que tragam questões práticas mais próximas às da especialidade pretendida pelo estudante, problematizando seu futuro papel enquanto especialista focal naquele cuidado, é relevante não só para gerar o aprendizado sobre o papel do MFC e da APS, como sobre ele mesmo como futuro médico que precisará saber se comunicar bem com os outros níveis da rede assistencial. Por exemplo, um estudante que pretende escolher cardiologia pode participar do processo de monitoramento de pessoas com alto risco cardiovascular por agentes comunitários de saúde, ser responsável pelo cuidado de uma delas ao longo do estágio, e aprender a redigir um relatório de contra-referência que um cardiologista deveria enviar ao MFC que referenciou um paciente ao nível secundário ou terciário.

E, mesmo que não seja possível organizar de forma sistemática essa adaptação mais aprofundada, conhecer as áreas de interesse do estudante pode ser útil ao envolvê-lo em atividades (ou etapas da consulta) mais cotidianas do próprio médico e que sejam mais afins à especialidade que ele considera escolher.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a análise das percepções de internos, considerados indecisos ou positivos à APS, sobre a implicação do currículo oculto no processo de escolha de outra especialidade que não a MFC, foi possível compreender que gerar uma valoração positiva da especialidade entre os estudantes, mesmo que aquele sob responsabilidade direta do preceptor não escolha a MFC, pode ser uma forma de alterar a cultura geral negativa que os circunda sobre a especialidade, dada a importância que eles próprios dão às opiniões e experiências de colegas, desconstruindo um currículo oculto que ainda os afasta da especialidade. Individualizar, tanto quanto possível, a vivência do estágio em APS às características e pretensões profissionais do interno, também é essencial.

Persiste o desafio, para os que atuam como preceptores, mas cuja responsabilidade contratual principal é a assistencial, de como conseguir atuar para isso sem prejudicar suas atribuições, muitas vezes acumulando funções e tarefas sem qualquer tipo de contrapartida profissional, seja ela financeira ou acadêmica.

Uma limitação desta pesquisa consiste na obtenção de dados somente por entrevistas. Mesmo adotando-se a entrevista em profundidade, algumas questões não foram claramente abordadas em todas elas, pois nem todos os estudantes apresentavam uma narrativa espontaneamente reflexiva. Esperava-se explorar algumas contradições por meio de grupos focais, em que os participantes incentivam uns aos outros a reabordar questões que poderiam não querer relatar em entrevistas individuais, além de a presença de pares ajudar a reduzir a influência do pesquisador sobre as respostas. No entanto, a limitação de tempo para a execução da pesquisa impossibilitou esta etapa.

Ainda, os participantes foram selecionados de três IES específicas, que alocam seus internos na unidade de atuação profissional da pesquisadora. Os fatores relatados e a forma como os influenciam na escolha da especialidade podem não corresponder ao que vivem estudantes de outras localidades e tipos de instituição.

O estudo, os encontros e as reflexões propiciadas pela execução desta pesquisa foram de intenso significado. Alguns conhecimentos empíricos – tais como as características dos estudantes mais propensos a escolher MFC, a própria ocultação dela na graduação, a importância de atuar como modelo positivo de prática médica e a de individualizar a preceptoria do internato tanto quanto possível – ganharam balizamento teórico, conceitual e metodológico, à luz do recorte do currículo oculto, antes desconhecido.

Se a escolha da atuação como preceptora foi motivada pela percepção da importância da aprendizagem pela prática/pelo trabalho no processo de construção de novos perfis de profissionais de saúde no Brasil, como trazido por Feuerwerker (2001), para a construção de um SUS fortalecido, escrever esta dissertação foi essencial para aprender mais sobre como fazê-lo, e também para, em tempos de reestruturação municipal da APS no município do Rio de Janeiro e de mudança da Política Nacional da Atenção Básica, lembrar dessa motivação e seguir em frente.

REFERÊNCIAS

- AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, p. 136–146, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BENNETT, K. L.; PHILLIPS, J. P. Finding, Recruiting, and Sustaining the Future Primary Care Physician Workforce: A New Theoretical Model of Specialty Choice Process: **Academic Medicine**, v. 85, p. S81–S88, out. 2010.
- BLAND, C. J.; MEURER, L. N.; MALDONADO, G. Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. **Academic Medicine**, v. 70, n. 7, 1995.
- BOELEN, C.; HECK, J. E.; OMS. **Defining and measuring the social accountability of medical schools** World Health Organization, , 1995. Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/59441>>. Acesso em: 5 fev. 2018
- BRASIL. 8.080. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União** Brasília. 19 set. 1990.
- BRASIL. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. **Diário Oficial da União** Brasília. 9 nov. 2001, Sec. 1.
- BRASIL. 610. Portaria Interministerial MS/MEC nº 610, de 26 de março de 2002. **Diário Oficial da União**. 1 abr. 2002, Sec. I.
- BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005. **Diário Oficial da União** Brasília. 4 nov. 2005.
- BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União** Brasília. 28 mar. 2006.
- BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 3 de março de 2010. **Diário Oficial da União** Brasília. 3 mar. 2010, Sec. I.
- BRASIL. 12.871. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Diário Oficial da União** Brasília. 23 out. 2013.
- BRASIL. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. **Diário Oficial da União** Brasília. 23 dez. 2014.
- BURACK, J. H. et al. A study of medical students' specialty-choice pathways: trying on possible selves. **Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges**, v. 72, n. 6, p. 534–541, jun. 1997.
- CAMPOS-OUTCALT, D. et al. The effects of medical school curricula, faculty role models, and biomedical research support on choice of generalist physician careers: a review and quality assessment of the literature. **Academic Medicine**, v. 70, n. 7, 1995.

CAVALCANTE NETO, P. G.; LIRA, G. V.; MIRANDA, A. S. DE. Undergraduate medical students' interest in family medicine: current issues and a research agenda. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 198–204, 2009.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE; OMS; UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978** World Health Organization, , 1978. Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/39228>>. Acesso em: 5 fev. 2018

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3. ed. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CURY, G. C.; MELO, E. M. DE. Ensino baseado em pessoas - A experiência da mudança curricular de 1974 realizada pela Faculdade de Medicina da UFMG. **Cadernos da ABEM**, v. 2, jun. 2006.

DOS SANTOS, L. **A Tendência das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro, RJ de 1998 a 2015: uma avaliação do impacto da expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família**, 2017. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/50/teses/m/CCS_M_854202.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2018

ERIKSON, C. E. et al. The Role of Medical School Culture in Primary Care Career Choice: **Academic Medicine**, v. 88, n. 12, p. 1919–1926, dez. 2013.

FALK, J. W.; GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Medicina de família e comunidade como especialidade médica e profissão. In: **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. 1. ed. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. v. 1p. 846.

FEUERWERKER, L. C. M. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In: **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. 1. ed. Juiz de Fora: UFJF, 2001. p. 126.

FIGUEIREDO, P. H. M. DE. **Escolha da especialidade em medicina de família e comunidade entre alunos concluintes dos módulos do internato em medicina de família e comunidade na Universidade Federal do Pará**, 2013. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_144_%20escolha_especialidade_medicina_paulo_humberto.pdf>

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ISSA, A. H. T. M. **Percepções discentes sobre a Estratégia de Saúde da Família e a escolha pela especialidade de Medicina de Família e Comunidade**, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3106>>

KAUFMANN, J.-C. **A entrevista compreensiva**. Petrópolis; Maceió: Vozes; Edufal, 2013.

KIDD, M. **A contribuição da medicina de família e comunidade para os sistemas de saúde: um guia da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA)**. 2. ed. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

LAMBERT, T. et al. Reasons why doctors choose or reject careers in general practice: national surveys. **British Journal of General Practice**, v. 62, n. 605, p. 851–858, 1 dez. 2012.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. Tese de doutorado—Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2002.

LOBATO, L. DE V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: Origens, componentes e dinâmica. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 1100.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de medicina de família e comunidade**. 3. ed. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

MERHY, E. E.; ACIOLE, G. G. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. **Pro-Posições**, v. 14, n. 1, 2003.

MEURER, L. N. Influence of medical school curriculum on primary care specialty choice: analysis and synthesis of the literature. **Academic Medicine**, v. 70, n. 5, 1995.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento**. 14. ed. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, D. M.; LEHER, E. M.; RIBEIRO, V. M. B. Da educação continuada à educação permanente: a construção do modelo de formação pedagógica para preceptores do Internato Médico. In: **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. 1. ed. Juiz de Fora: UFJF, 2001. p. 126.

OLID, A. S. et al. Medical students' perceptions and attitudes about family practice: a qualitative research synthesis. **BMC medical education**, v. 12, n. 1, p. 81, 2012.

OLIVEIRA, F. P. DE. **Residência de MFC e o desafio das vagas ociosas**. In: 12º CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Belém/PA, 21 maio 2013. Disponível em: <http://sbmfc.org.br/media/Palestras/Palestras%20do%20dia%2031.05.2013/SALA%20C/Tarde/16h00%20as%2018h00_Felipe%20Proen%C3%A7o_Resid%C3%Aancia%20de%20MFC%20e%20o%20desafio%20das%20vagas%20ociosas.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2018

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PAIM BRASIL, V.; DA COSTA, J. S. D. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 1, p. 10–1, jan. 2016.

PAIVA, V. Caminhos da educação brasileira: o caso dos preceptores. In: **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. 1. ed. Juiz de Fora: UFJF, 2001. p. 126.

PUERTAS, E. B.; ARÓSQUIPA, C.; GUTIÉRREZ, D. Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 34, n. 5, p. 351–358, 2013.

SANTOS, B. DE S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos estudos CEBRAP**, n. 79, p. 71–94, nov. 2007.

SENF, J. H.; CAMPOS-OUTCALT, D.; KUTOB, R. Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. **The Journal of the American Board of Family Practice**, v. 16, n. 6, p. 502–512, 2003.

SILVA, T. T. DA. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 3. ed.; 9. reimp. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TORRES, J. **El curriculum oculto**. 8. ed. Madrid: Ediciones Morata, 1991.

WORLD HEALTH ASSEMBLY, 30. **Thirtieth World Health Assembly, Geneva, 2-19 May 1977: part I: resolutions and decisions: annexes** World Health Organization, , 1977. Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/86036>>. Acesso em: 5 fev. 2018

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE QUESTÕES PARA SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DE MESTRADO “O CURRÍCULO OCULTO E A NÃO ESCOLHA DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE POR INTERNOS DA GRADUAÇÃO MÉDICA”

Nome*: _____

Telefone*: () _____

E-mail*: _____

* Esses dados não serão divulgados, destinando-se apenas a compor o banco de contatos para convite para a próxima etapa da pesquisa.

1) Qual sua identidade de gênero?

() Mulher cis

() Homem cis

() Mulher trans

() Homem trans

() Outra: _____

2) Qual a sua idade? _____

3) Qual a cidade onde você passou a maior parte da sua vida?

UF: _____

4) Você tem alguma ideia de onde gostaria de trabalhar depois de completar sua formação?

() Não

() Sim. Onde? _____

5) Qual sua expectativa de renda mensal?

() até R\$ 10.000,00

() entre R\$ 10 e 20.000,00

() acima de R\$ 20.000,00

6) Quando você começou o curso de medicina, você já tinha alguma(s) especialidade em mente?

() Não

() Sim. Qual(is)? _____

7) Você escolheu alguma especialidade?

() Não

() Sim. Qual? _____

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

Tópicos para aproximação

- Especialidade escolhida
- Momento da escolha
- Motivos da indecisão
- Opções de especialidade ao iniciar o curso

Tópicos de aprofundamento

- O processo de escolha da especialidade
- Experiência da graduação
- Modelos de referência
- Experiências de aprendizado na APS
- Contato com docente MFC
- Falas positivas e negativas sobre a APS e a MFC durante o curso

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO FORMULÁRIO PARA OS PARTICIPANTES



Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa de Mestrado intitulada “O currículo oculto e a não escolha da medicina de família e comunidade por internos da graduação médica”, desenvolvida pela discente Débora Junqueira Fonseca Oliveira para obtenção do título de mestra pelo Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis e pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/FM/UFRJ), sob orientação da professora Dr^a Victoria Maria Brant Ribeiro e coorientação da professora Dr^a Elisete Casotti.

O objetivo principal desta pesquisa é analisar como o currículo oculto contribui para que estudantes com características favoráveis à medicina de família e comunidade (MFC) ou indecisos, que estão prestes a se formar, não escolham a MFC. A sua participação neste momento da pesquisa consistirá em responder a um questionário com perguntas sobre informações sócio-demográficas e sobre seus interesses profissionais, para identificação dos estudantes que serão convidados para a próxima etapa da pesquisa. Você provavelmente vai demorar menos de 5 minutos para respondê-lo. Este material será guardado pela pesquisadora por um período de cinco anos, sendo posteriormente destruído, conforme a Resolução nº510/2016 do Ministério da Saúde.

Há o risco de você se sentir desconfortável ao responder às questões, por solicitarem informações pessoais. A sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Seus dados serão mantidos em sigilo. O benefício relacionado à sua participação é indireto e associado à contribuição para a produção de conhecimento sobre educação médica no Brasil. A pesquisadora se compromete a convidar os participantes para a defesa da dissertação de mestrado, quando serão apresentados os resultados da pesquisa. Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não tendo qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo.

Neste termo de consentimento constam os contatos da pesquisadora, das orientadoras de mestrado e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Uma via do termo assinado por mim (pesquisadora) e por você (participante da pesquisa) ficará comigo, e outra via, com você; devemos assinar todas as páginas. O CEP é a instância que tem os objetivos de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e de contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o CEP tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos da proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o CEP do HUCFF/UFRJ – Rua Rodolpho Rocco, 255/ 7º andar, Ala E – Cidade

Universitária/ Ilha do Fundão, de segunda a sexta-feira de 8h às 16h pelo telefone (21) 3938-2480 / fax (21) 3938-2481, ou pelo e-mail: cep@hucff.ufrj.br .

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos sobre o estudo acima citado, os procedimentos, os desconfortos e riscos, a garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Eu receberei uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu e a pesquisadora responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Local: _____ Data: ____ / ____ / _____

Assinatura: _____

Telefone: (____) _____

Pesquisadora responsável: Débora Junqueira Fonseca Oliveira

Assinatura: _____

E-mail: deborajfo@gmail.com; Telefone: (21) 99832-1277

Orientadora: Dr^a Victoria Maria Brant Ribeiro Machado. E-mail: victoria.brantr@gmail.com

Endereço: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina. Av. Carlos Chagas Filho, 373, Edifício do Centro de Ciências da Saúde, Bloco K, 2o andar, Sala 49 Cidade Universitária - Ilha do Fundão - Rio de Janeiro - Brasil - CEP: 21.941-90

Coorientadora: Dr^a Elisete Casotti. E-mail: elisete.casotti@gmail.com

Endereço: Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde Coletiva, Departamento de Planejamento em Saúde. Rua Marquês do Paraná, 303, 3º andar, Prédio Anexo ao Hospital Universitário Antônio Pedro, Centro – Niterói – RJ – CEP: 24033-900. Telefone: (21) 2629-9348

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA ENTREVISTA E DO GRUPO FOCAL PARA OS PARTICIPANTES



Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa de Mestrado intitulada “O currículo oculto e a não escolha da medicina de família e comunidade por internos da graduação médica”, desenvolvida pela discente Débora Junqueira Fonseca Oliveira para obtenção do título de mestra pelo Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis e pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/FM/UFRJ), sob orientação da professora Dr^a Victoria Maria Brant Ribeiro e coorientação da professora Dr^a Elisete Casotti.

O objetivo principal desta pesquisa é analisar como o currículo oculto contribui para que estudantes com características favoráveis à medicina de família e comunidade (MFC) ou indecisos, que estão prestes a se formar, não escolham a MFC.

A sua participação neste momento da pesquisa consistirá em participar de uma entrevista e de um grupo focal, que mediante seu consentimento (e dos demais participantes, no caso do grupo) serão gravados e posteriormente transcritos. O tempo da entrevista não é pré-determinado, mas estimamos que possa variar entre 40 a 60 minutos; a duração do grupo focal é estimada em 60-90 minutos. Este material será guardado pela pesquisadora por um período de cinco anos, sendo posteriormente destruído, conforme a Resolução nº510/2016 do Ministério da Saúde.

Como a entrevista e as discussões do grupo podem desencadear um processo de reflexão e autoanálise, embora não seja o objetivo dessa pesquisa, existe o risco de que você reconsidere suas escolhas profissionais. Há o risco de você se sentir desconfortável ao responder às questões, por solicitarem informações pessoais. Para minimizar os riscos, a pesquisadora se compromete a assegurar um ambiente de privacidade e respeitar os limites narrativos que você definir, bem como o grupo.

A sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Seus dados serão mantidos em sigilo. O benefício relacionado à sua participação é indireto e associado à contribuição para a produção de conhecimento sobre educação médica no Brasil. A pesquisadora se compromete a convidar os participantes para a defesa da dissertação de mestrado, quando serão apresentados os resultados da pesquisa. Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não tendo qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo.

Neste termo de consentimento constam os contatos da pesquisadora, das orientadoras de mestrado e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ. Uma via do termo assinado por mim (pesquisadora) e por você (participante da pesquisa) ficará comigo, e outra via, com você; devemos assinar todas as páginas. O CEP é a instância que tem os objetivos de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e de contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o CEP tem o papel de avaliar e monitorar o

andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos da proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o CEP do HUCFF/UFRJ – Rua Rodolpho Rocco, 255/ 7º andar, Ala E – Cidade Universitária/ Ilha do Fundão, de segunda a sexta-feira de 8h às 16h pelo telefone (21) 3938-2480 / fax (21) 3938-2481, ou pelo e-mail: cep@hucff.ufrj.br .

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos sobre o estudo acima citado, os procedimentos, os desconfortos e riscos, a garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Eu receberei uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu e a pesquisadora responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

- () Autorizo a gravação da entrevista.
- () Não autorizo a gravação da entrevista.
- () Autorizo a gravação do grupo focal.
- () Não autorizo a gravação do grupo focal.

Local: _____ Data: ____ / ____ / _____

Assinatura: _____

Telefone: (____) _____

Pesquisadora responsável: Débora Junqueira Fonseca Oliveira

Assinatura: _____

E-mail: deborajfo@gmail.com; Telefone: (21) 99832-1277

Orientadora: Dr^a Victoria Maria Brant Ribeiro Machado. E-mail: victoria.brantr@gmail.com

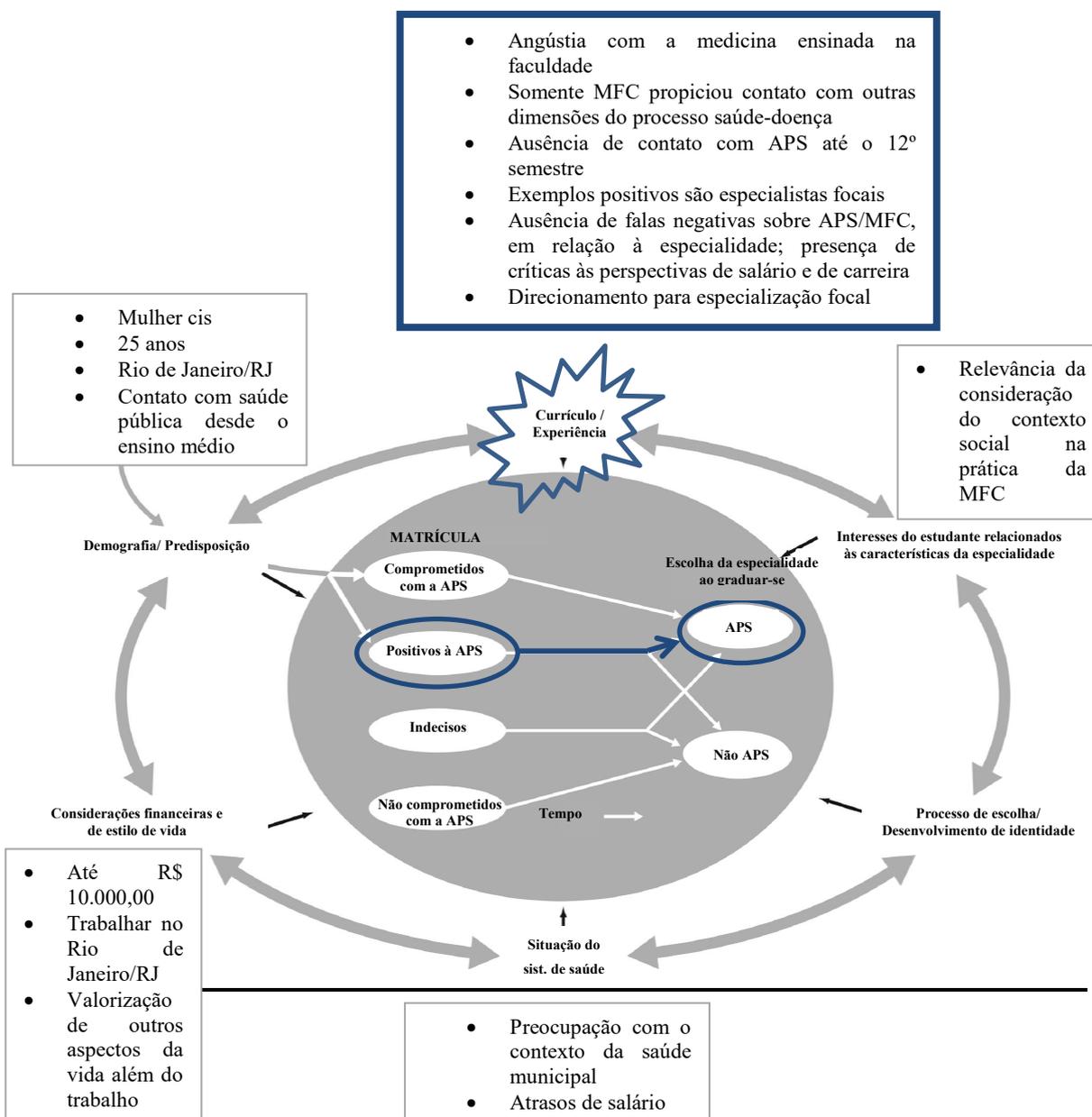
Endereço: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina. Av. Carlos Chagas Filho, 373, Edifício do Centro de Ciências da Saúde, Bloco K, 2º andar, Sala 49 Cidade Universitária - Ilha do Fundão - Rio de Janeiro - Brasil - CEP: 21.941-90

Coorientadora: Dr^a Elisete Casotti. E-mail: elisete.casotti@gmail.com

Endereço: Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde Coletiva, Departamento de Planejamento em Saúde. Rua Marquês do Paraná, 303, 3º andar, Prédio Anexo ao Hospital Universitário Antônio Pedro, Centro – Niterói – RJ – CEP: 24033-900. Telefone: (21) 2629-9348

APÊNDICE E – RESUMO DA ANÁLISE INDIVIDUAL DAS ENTREVISTAS

Entrevista 1

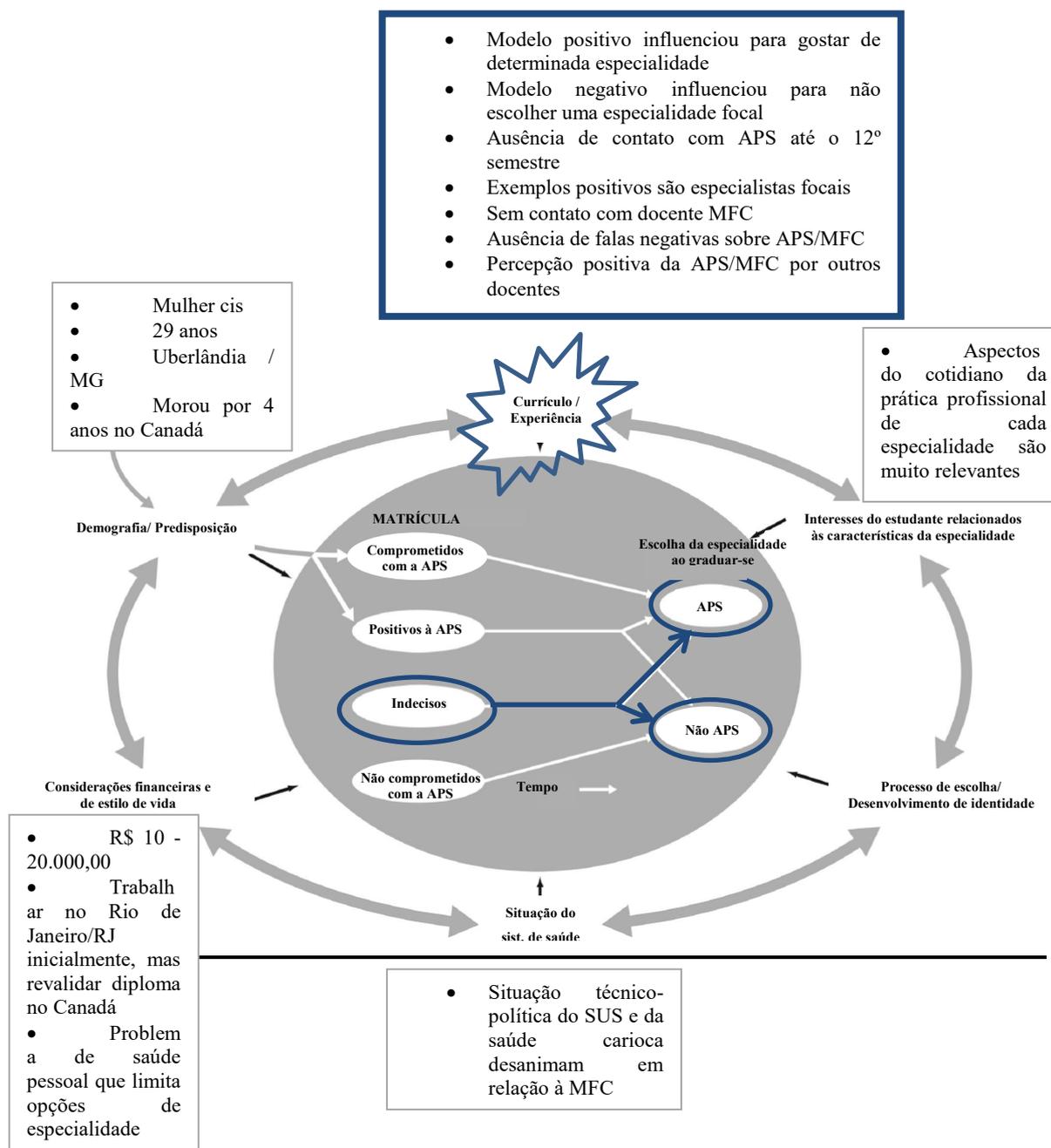


Inicialmente, a atitude da entrevistada estava um pouco cuidadosa, como que buscando se desculpar porque, desde o dia em que tinha respondido ao questionário, seu processo de escolha vinha se direcionando mais para a MFC e isso pudesse invalidar a entrevista. Após tranquilizada sobre essa questão, houve grande abertura, com respostas longas, narrativas de situações vividas que exemplificavam algum ponto, reflexões, choro ao compartilhar uma experiência negativa. Ficou evidente que sua vivência prévia como

estudante de ensino médio da Fundação Oswaldo Cruz, suas aspirações em relação à renda e estilo de vida, e seu entendimento sobre a importância da MFC e da APS estavam sendo muito importantes para sua possível escolha, e ela expressou a opinião de que, se não tivesse se mobilizado para ter experiências extra-curriculares na APS, a graduação a teria levado por outro caminho.

A análise sequencial da entrevista identificou, sucessivamente, as seguintes temáticas: a possível escolha da MFC (afetada negativamente pelo contexto político da gestão da saúde carioca), a vivência prévia e a vivência externa à graduação como fatores relevantes para o contexto da sua escolha, a angústia com a medicina ensinada pela faculdade, a MFC garantindo o contato com a dimensão social do processo saúde-doença, a APS nos currículos formal e paralelo, as consequências de um internato em APS curto e ao final, a exemplificação de um modelo positivo de prática médica para os colegas, a exemplificação de modelo negativo individual de prática médica (com crítica ao discurso bonito e à prática discrepante), exemplificação de modelos positivos de prática médica (profissionais alinhados às práticas integrativas e complementares), especulações sobre outra área de atuação possível, o curso como influência negativa para a escolha da MFC, o contato com docente MFC, a valorização da tecnologia e da superespecialização na graduação médica, a expectativa financeira de colegas, o desconhecimento sobre a MFC e a APS literalmente ocultada na graduação, aspectos da prática da especialidade, retomada da crítica ao discurso bonito com prática discrepante, e reflexões sobre a vida na medicina e além dela.

Entrevista 2

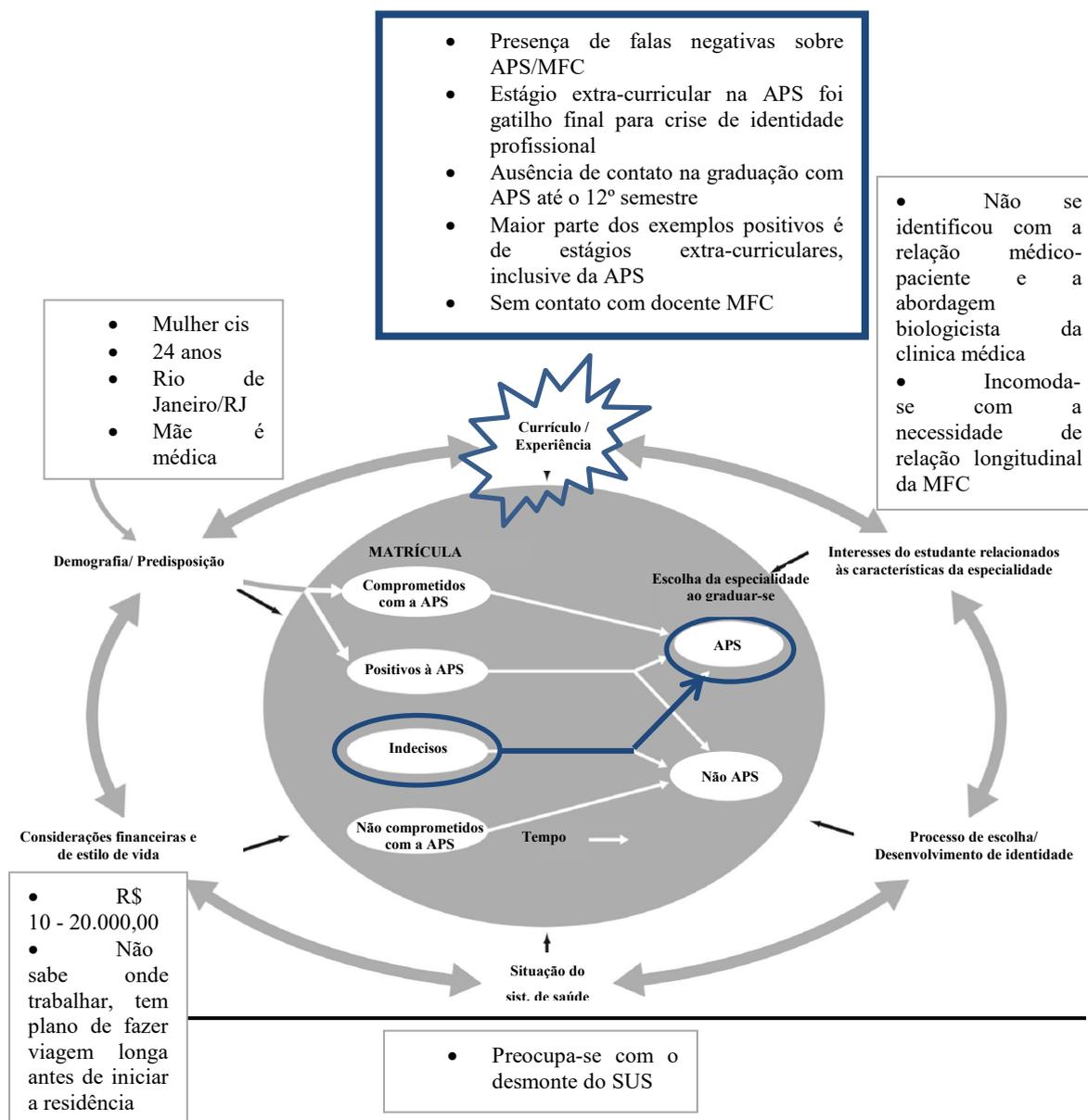


Antes de iniciarmos formalmente a conversa, a entrevistada contou que já participado de outras pesquisas de mestrado e achava importante estar disponível. A atitude da dela foi colaborativa desde o início, mas um pouco controlada – despertou a sensação de estar com uma “entrevistada profissional”; mas compartilhou sentimentos, valores, exemplos concretos, e uma comorbidade pessoal. De modo geral, as respostas foram longas, por isso chamaram a atenção os únicos momentos da entrevista em que as respostas foram curtas e um pouco

reticentes: quando o tema era a situação técnico-política do SUS e a influência negativa disso para a escolha da MFC. Embora ela mesma tenha expressado que a MFC nunca tinha sido sua primeira escolha e agora estava se tornando, ainda estava sendo difícil definir-se por ela – tanto que sua única perspectiva como carreira seria revalidando o diploma no Canadá, onde já tinha vivido antes e tido contato com a APS como paciente. Além disso, as considerações sobre a prática cotidiana de cada especialidade que já cogitou são preponderantes na sua tomada de decisão, inclusive pela questão de saúde pessoal, e surgiram mesmo quando não eram a temática principal.

A análise sequencial da entrevista identificou, sucessivamente, as seguintes temáticas: A indecisão sobre a especialidade, a saúde pessoal como fator limitador da escolha de algumas especialidades, a importância dos modelos docentes positivos para a atração por determinada especialidade, a importância dos modelos docentes negativos para afastar a possibilidade de alguma especialidade, a possível inserção na APS para começar a trabalhar sem especialização, o desânimo de entrar na APS com o desmonte do SUS, a possível escolha da MFC, a APS literalmente ocultada na graduação, vivências pessoais prévias com a APS e a MFC, a opinião de pacientes sobre a APS, a insatisfação docente com o acesso regulado ao nível terciário sendo percebida como crítica à APS, a percepção docente positiva sobre a APS, retomada do peso negativo da situação do SUS, ausência de contato com docente MFC, importância de aspectos da prática cotidiana e do retorno financeiro de cada especialidade, retorno à indecisão sobre a especialidade.

Entrevista 3

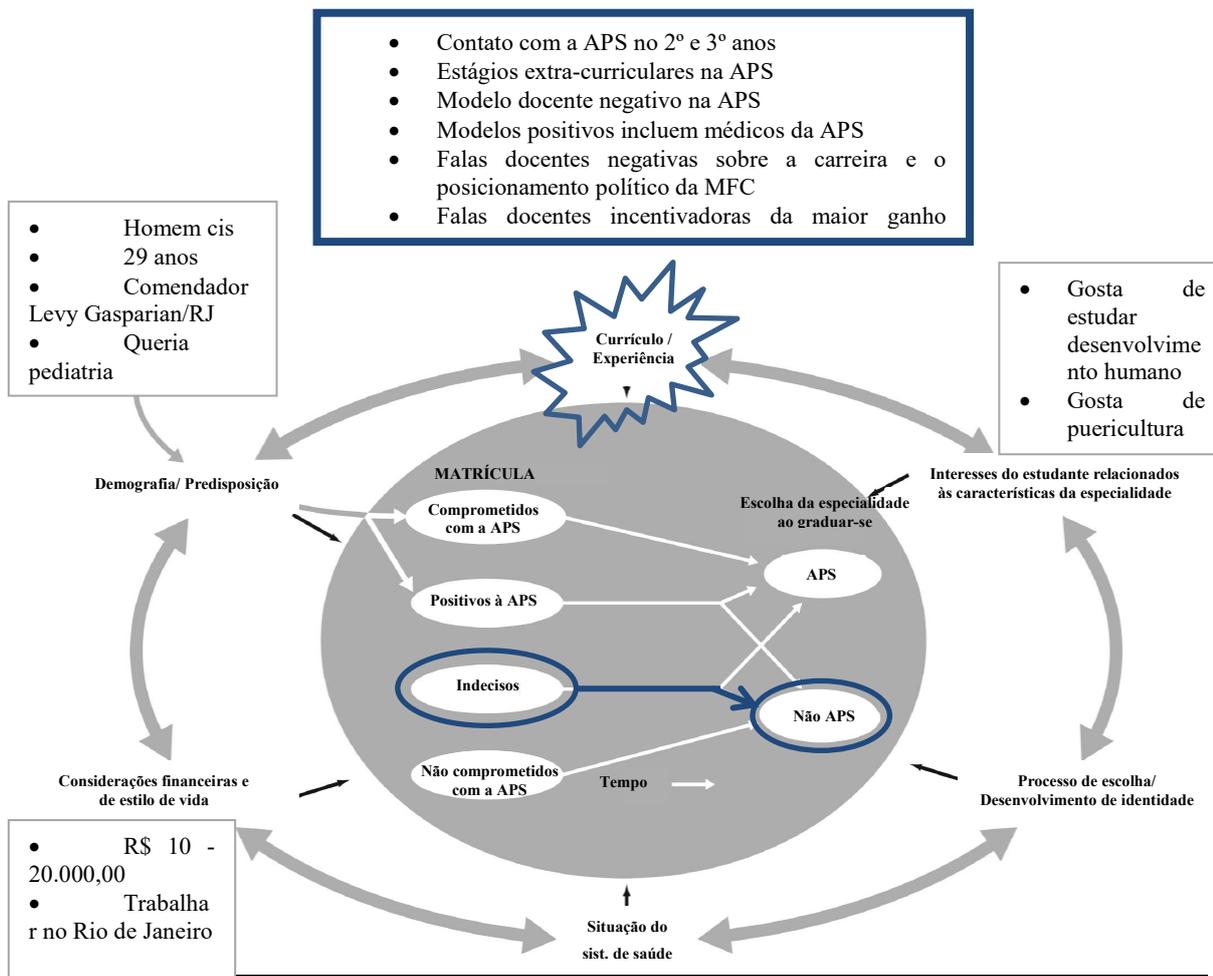


A entrevista começou com a fala sobre a dificuldade de escolher uma especialidade; explicou que estava tendendo, naquele momento, a escolher a MFC – para em seguida reafirmar a dificuldade de decidir e enumerar alguns exemplos de valores negativos atribuídos à especialidade. A fala era levemente acelerada a maior parte do tempo, as respostas foram longas (em geral), e ela declarou ter a expectativa de reconhecimento positivo e por isso se afetar com as falas negativas sobre a APS e a MFC – inclusive da mãe, médica. Também considera que a ausência de contato com a APS durante a maior parte do curso afasta as pessoas de considerarem essa possibilidade, que no caso dela acabou surgindo com a busca de

experiências optativas e extracurriculares que empreendeu após ter se frustrado com a prática que observou na clínica médica – que achava que “ia acabar fazendo”.

A análise sequencial da entrevista identificou, sucessivamente, as seguintes temáticas: A possível – mas difícil – escolha da MFC (influenciada negativamente por valores sobre a especialidade), a pressuposta identificação com a Clínica Médica e a frustração com ela, a APS literalmente ocultada na graduação, a descoberta quase fortuita da APS, a crise de identidade e insegurança com a prática médica durante o estágio na APS, falas negativas sobre a APS e a MFC, a APS literalmente ocultada na graduação, a ausência de contato com docente MFC, exemplificação de modelos positivos de prática médica, a admissão de que a crise viria com qualquer especialidade, a ausência de ensino formal sobre a carreira médica, exemplos de atitudes anti-éticas por currículo oculto, ensino de medicina biologicista por currículo oculto, perspectivas pré e pós formatura, aspectos da prática da especialidade – a longitudinalidade como fator negativo para a entrevistada, o desconhecimento sobre a MFC e a APS literalmente ocultada na graduação, a opinião da mãe (médica), preocupação de a entrevista não ser útil por estar tendendo à MFC.

Entrevista 4

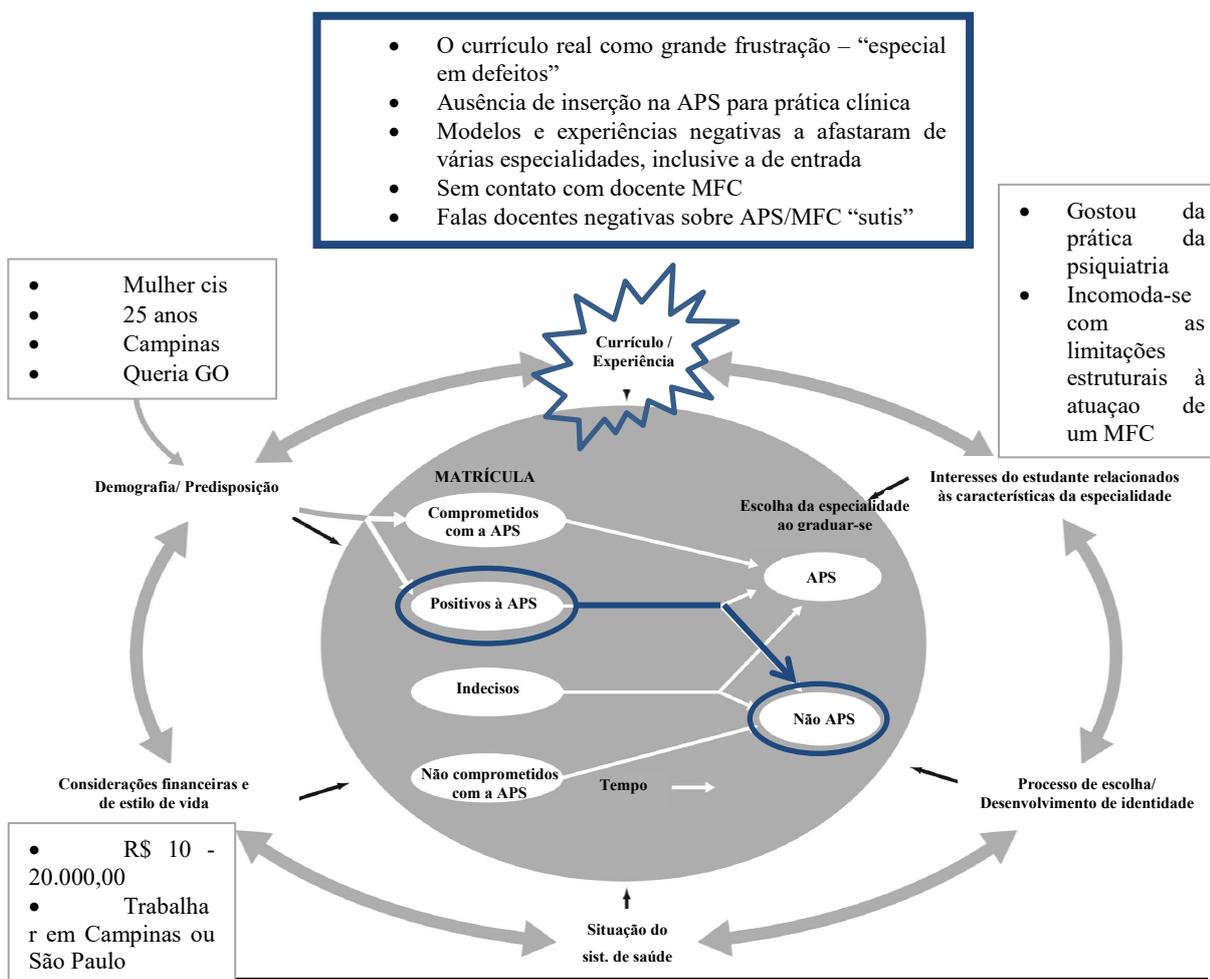


A atitude dele manteve-se aberta durante toda a entrevista, mas com uma certa tranquilidade de já ter uma decisão tomada – que ainda não tinha surgido nas entrevistas anteriores. No início da entrevista ele declarou a escolha pela pediatria, direcionada por uma questão de preferência de estudo pelo desenvolvimento humano, mas colocou que, ao longo da graduação, a MFC tornou-se a segunda opção. Ao longo da conversa, a maior parte das falas foi mais longa, mas em alguns momentos foi preciso questionar de forma mais direcionada para conseguir entender melhor – por exemplo, na primeira sequência em que surgiu a temática de falas negativas sobre a APS/MFC ouvidas durante o curso. A resposta espontaneamente mais longa foi aquela em que ele narrou a situação de exemplo de modelo docente negativo, mas não houve mudança relevante no tom de voz ou na velocidade da fala. Quando comentou que considera o curso uma influência negativa para a escolha da MFC, mencionou que algumas das boas experiências no início do curso são coordenadas por docentes não médicos – para, ao avançar para os anos seguintes, terem contatos negativos

com a APS mediadas por médicos; e correlacionou o interesse que alguns alunos têm por determinadas especialidades à aproximação de docentes por meio de projetos de pesquisa.

A análise sequencial da entrevista identificou, sucessivamente, as seguintes temáticas: a decisão tomada sobre a especialidade (de pediatria), vivências pessoais prévias com a APS, a APS no currículo formal e nas atividades extracurriculares, falas negativas sobre a APS e a MFC, exemplo de modelo negativo individual de prática médica (docente de estágio na APS), contato com docente MFC, exemplos de modelos positivos de prática médica (inclusive alguns MFCs), a decisão tomada sobre a especialidade, a possível inserção na APS para começar a trabalhar sem especialização, aspectos da prática da especialidade escolhida, o curso como influência negativa à escolha da MFC, falas negativas sobre a APS e a MFC (plano de carreira e posicionamento político), a valorização do retorno financeiro por docentes de outras especialidades.

Entrevista 5

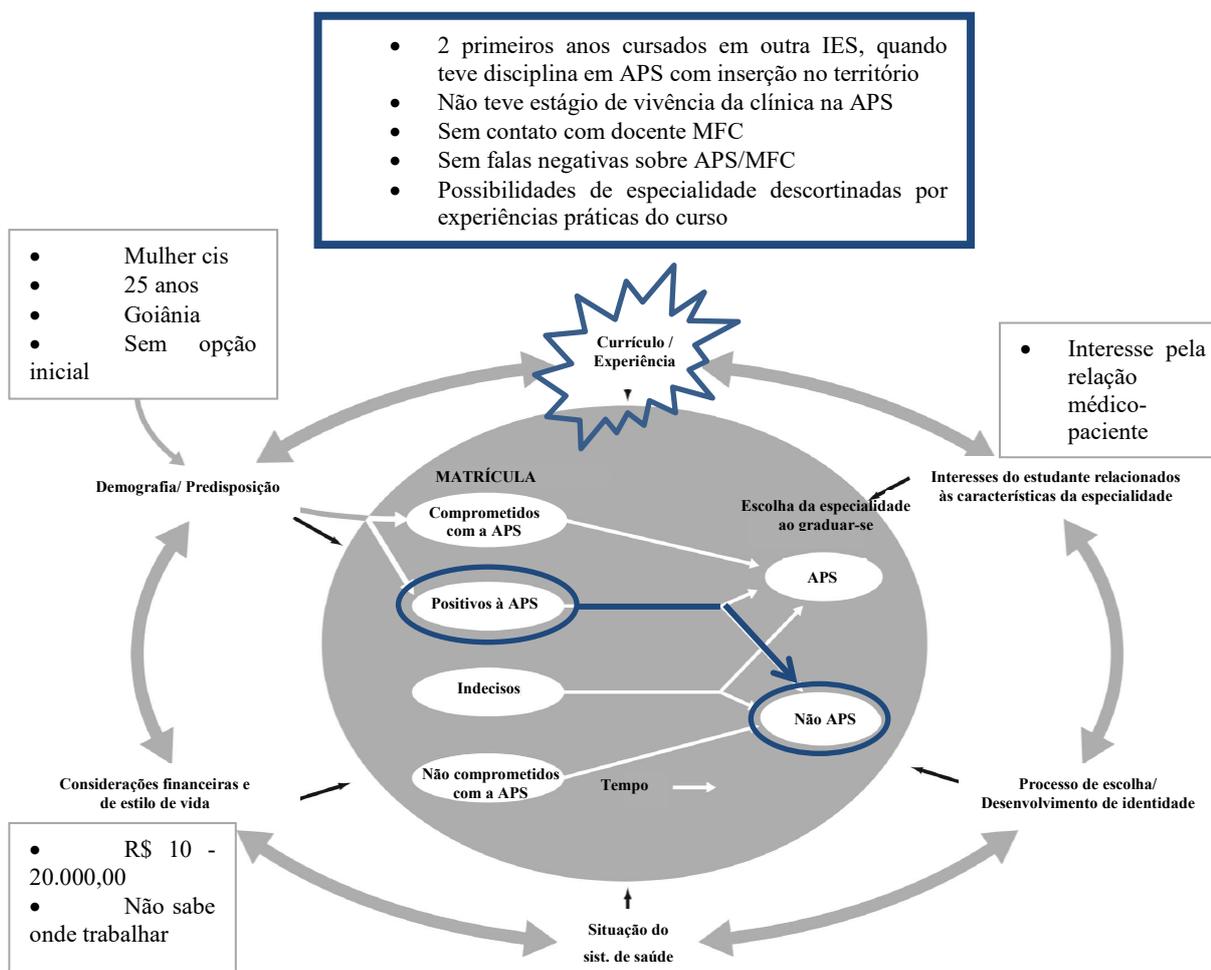


Essa entrevista foi a única realizada no domicílio da participante, o que por si só já pode ter sido fundamental para estabelecer a abertura que ela teve para narrar sua vivência. Foi uma entrevista intensa em diversos aspectos. Objetivos, por ter sido a terceira maior em tempo, a segunda maior em palavras – pouco mais de 300 palavras menor do que a mais “palavreada”, mas durante quase 20 minutos a menos... Portanto, fala mais rápida, várias experiências narradas, respostas longas, idas e voltas às mesmas temáticas por meio de exemplos diferentes vividos em vários momentos do curso. Foi dada como encerrada, mas a entrevistada retomou a fala sobre aspectos importantes e a gravação recomeçou (entre a 19ª e a 20ª sequências), e ela entabulou a maior resposta de toda a entrevista e fez um grande desabafo sobre o currículo real que cursou. Subjetivos, porque cursei a graduação na mesma IES, sofri problemas curriculares semelhantes, fiz críticas parecidas, e desde estudante refletia e me angustiava com essa situação que ela contou tão claramente ter vivido: estudantes que poderiam ter afinidade pela MFC, mas não descobriam por nem ter a chance – que eu tive literalmente por sorte, porque no currículo real a experiência de viver a APS para atuação

clínica era definida por sorteio. A conversa esclareceu que ela nem conhecia a MFC antes de entrar, e o interesse surgiu no primeiro semestre do curso por meio de experiências proporcionadas pelo Diretório Acadêmico e por disciplinas ainda sem inserção clínica. No caso dela, as experiências negativas do curso a afastaram da sua especialidade de entrada (a GO).

A análise sequencial da entrevista identificou, sucessivamente, as seguintes temáticas: a escolha e a aprovação para a graduação em medicina; as primeiras opções de especialidade no início do curso; o desconhecimento sobre a MFC e a APS literalmente ocultada na graduação; o ciclo clínico atraindo para especialidade focal; importância de aspectos da prática cotidiana e do retorno financeiro da especialidade; o internato atraindo para outra especialidade focal; as lacunas do currículo real influenciando a escolha da especialidade; a importância dos modelos negativos para afastar a possibilidade de alguma especialidade; as lacunas do currículo real influenciando a escolha da especialidade; a importância dos modelos negativos para afastar a possibilidade de alguma especialidade; exemplo de modelos positivos de prática médica; a importância dos modelos docentes negativos para afastar a possibilidade de alguma especialidade; o desconhecimento sobre a MFC e a APS literalmente ocultada na graduação; ausência de contato com docente MFC; a APS no currículo formal - somente nos dois primeiros anos do curso; falas negativas sobre a APS e a MFC; exemplo de modelos positivos de prática médica; a decisão tomada sobre a especialidade; a possível inserção na APS para começar a trabalhar sem especialização (e outras possibilidades de trabalho imediatamente após a formatura); as lacunas do currículo real influenciando a escolha da especialidade; o internato atraindo para outra especialidade focal; ensino de medicina biologicista por currículo oculto; as lacunas do currículo real influenciando a escolha da especialidade; aspectos da prática de especialidade; as lacunas do currículo real influenciando a escolha da especialidade; o desconhecimento sobre a MFC e a APS literalmente ocultada na graduação; importância de aspectos da prática cotidiana e do retorno financeiro da especialidade.

Entrevista 6

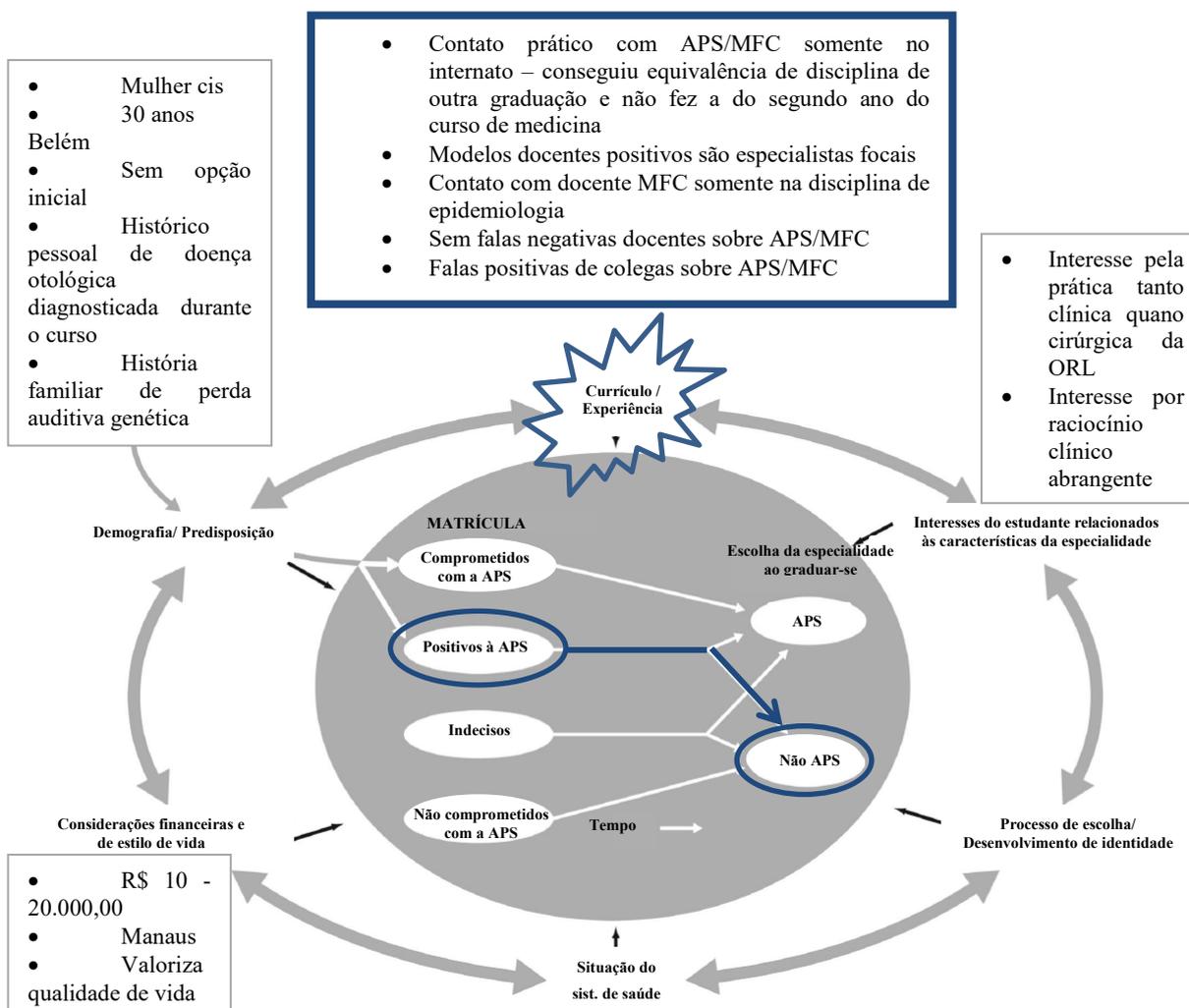


A entrevistada manteve uma atitude muito aberta, até animada, mas com menos aprofundamento – com falas em geral mais curtas, menos narrativas de vivências, menos reflexões. Ela teve uma experiência distinta dos demais participantes, que foi ter cursado os dois primeiros anos da graduação em outra IES (uma instituição privada do interior do Rio de Janeiro). E foi lá que ela teve sua inserção curricular na APS, acompanhando visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde. Foi transformador para ela, por ter ampliado sua visão e compreensão sobre a desigualdade social, a pobreza e a influência delas sobre a saúde das pessoas, mas a ausência de uma prática clínica depois veio à tona. Fã de ciências na escola, cogitou radiologia até o internato, momento em que a relação-médico paciente, vivenciada intensamente pela primeira vez no rodízio de psiquiatria, a fez mudar de idéia. Quando falou, logo no início, que na pediatria decidiu fazer pediatria, na GO cogitou fazer GO, e já gostava de clínica... comecei a me perguntar o que teria faltado para não pensar em MFC. Após mencionar a falta de conhecimento teórico e prático sobre a MFC, e a ausência dela no curso (mesmo que para figurar negativamente), ao final ela respondeu à pergunta (que

não precisei exprimir diretamente, portanto) quando convidada a dizer se havia algum aspecto importante que não tínhamos mencionado.

A análise sequencial da entrevista identificou, sucessivamente, as seguintes temáticas: a escolha da graduação em medicina; a primeira opção de especialidade no início do curso – radiologia ; a descoberta da relação médico-paciente e a desistência da radiologia; o internato atraindo para especialidade focal; exemplo de modelos positivos de prática médica; modelos negativos de prática - como não fazer, mais do que qual especialidade não fazer; a APS no currículo formal - somente nos dois primeiros anos do curso (em outra IES); a ausência de contato com docente MFC; o desconhecimento sobre a MFC e a APS literalmente ocultada na graduação; a importância da inserção no território para a formação humana e social; as lacunas do currículo real influenciando a escolha da especialidade; perspectivas pós formatura.

Entrevista 7

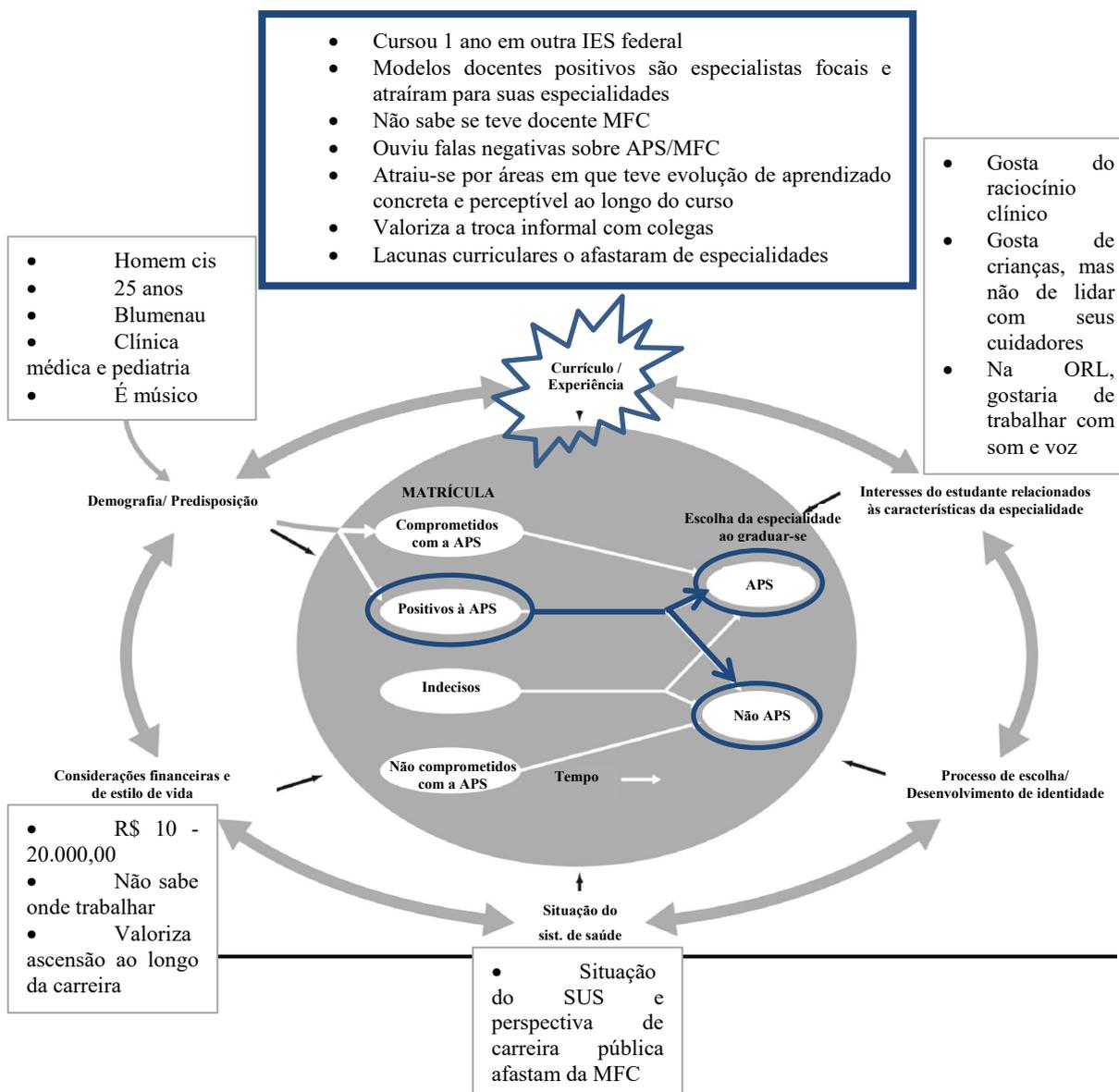


A entrevistada cursou fisioterapia e um mestrado antes do de medicina; conseguiu dispensa da disciplina de prática em APS do segundo ano por equivalência com outra de sua primeira graduação, então só teve experiência prática no internato, que no seu caso aconteceu no 12º período. Logo de início disse não saber por que entrou na faculdade pensando em neurocirurgia, mas que quis manter as opções em aberto por já ter um sentimento de ter feito uma escolha errada antes. Na finalização da entrevista, já conversando sobre o andamento desta pesquisa, surgiu a informação de que seu mestrado tinha sido em neurociências. Na narrativa do surgimento do interesse por ORL, logo no início, também elencou fatores como prática clínica e cirúrgica da especialidade, qualidade de vida, boa experiência do internato – para mais adiante, após ser questionada sobre modelos docentes, contar a vivência de ter sido atendida por uma professora de ORL quando teve uma doença otológica, e só mais adiante também admitir a relação entre seu problema de saúde, a história familiar de perda auditiva genética e o interesse por essa especialidade. Esses são os dois maiores exemplos da sensação

de incompletude que essa entrevista despertou, de relatos que talvez omitiram informações que ela não quisesse compartilhar. Nesses dois casos, acabaram surgindo ao longo da conversa, mas evidenciaram claramente que a falta de aprofundamento também pode estar relacionada a um mecanismo de defesa. Apesar disso, a atitude para a conversa em si foi aberta. A MFC plantou novamente a dúvida sobre a escolha, ao ter contato com uma prática clínica mais abrangente e com qualidade – tinha a expectativa de que essa dúvida surgiria no internato de clínica médica, mas ficou frustrada com os problemas estruturais do hospital universitário. Curiosamente, mas sem ter ficado evidente o motivo, a dúvida é sobre seguir para a clínica médica, e não para a MFC, embora não “feche essa porta”... Embora ela considere que o contato com MFC somente no final do curso não tenha afetado suas possíveis escolhas, declarou que a mudança curricular ocorrida na IES, vivenciada pela turma seguinte à dela, pode aumentar o interesse pela especialidade.

A análise sequencial da entrevista identificou, sucessivamente, as seguintes temáticas: Uma nova graduação e as opções em aberto; o interesse pela ORL e aspectos da prática da especialidade; a indecisão sobre a especialidade retomada pela abordagem abrangente da APS; a não vivência da APS no início do curso por ter creditado disciplinas de outra graduação; o desconhecimento sobre a MFC e a APS literalmente ocultada na graduação; a percepção positiva de colegas sobre a MFC; a importância da APS/MFC para a formação profissional; contato com docente MFC; exemplo de modelos positivos de prática médica (somente especialistas focais); a indecisão sobre a especialidade entre ORL ou clínica médica; a saúde pessoal e familiar como gatilho do interesse pela ORL; a valorização do aconselhamento por amigo médico; o curso com o novo currículo formal como influência positiva à escolha da MFC ; o desconhecimento sobre a MFC e a APS literalmente ocultada na graduação.

Entrevista 8

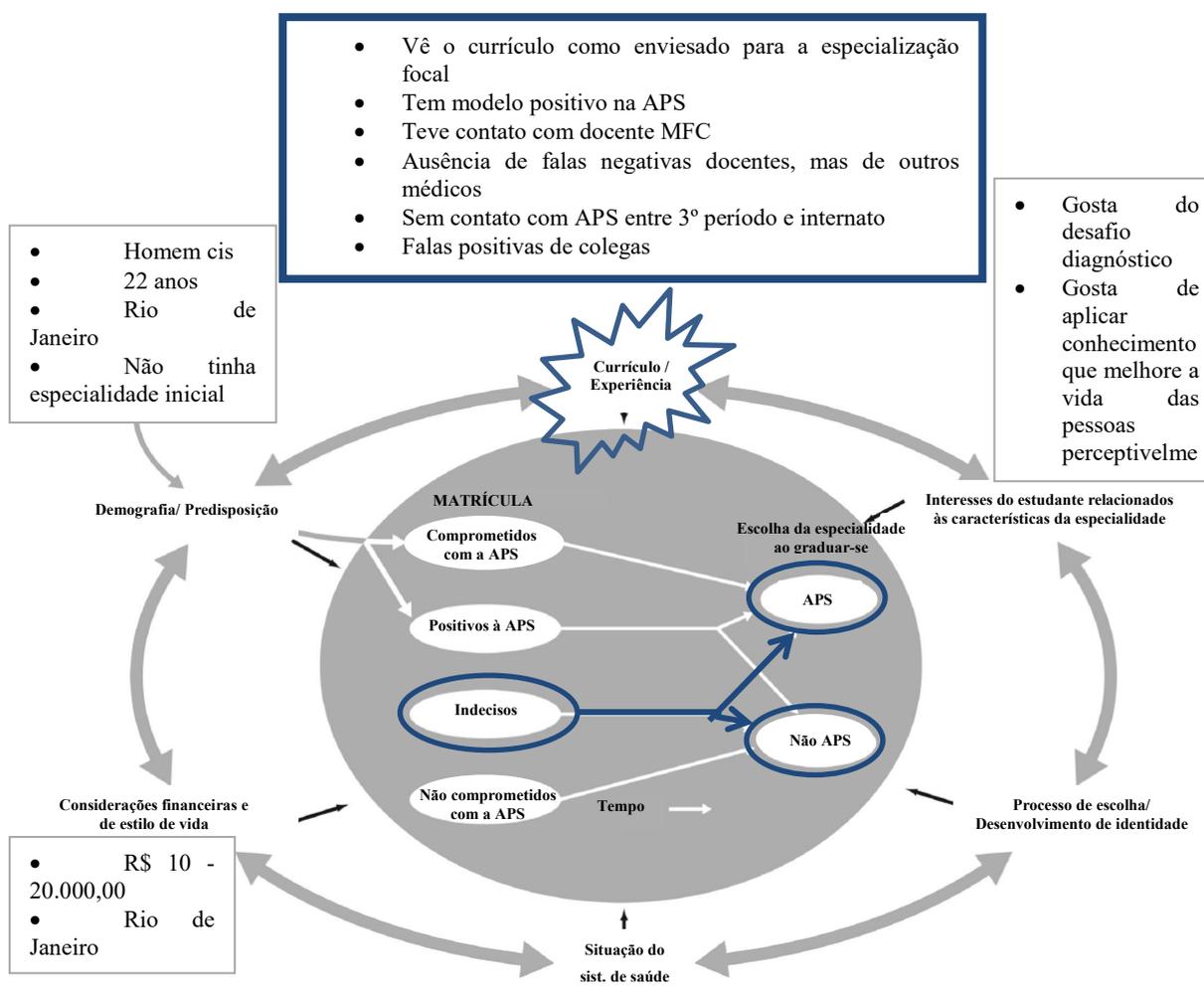


Esta foi a entrevista mais longa. O entrevistado deu vários exemplos para cada situação que queria explicar, narrou experiências e episódios, percepções e reflexões. Aparentava também uma certa “postura de entrevistado”, mas ao ser tão narrativo deixou vir à tona muitos aspectos interessantes. Questionado sobre as vivências do curso que foram importantes para direcionar suas escolhas, mencionou a excelência docente de clínica médica e de pediatria, a valorização dele mesmo por tais docentes, a percepção concreta de uma curva de aprendizado ao longo do curso; e também as lacunas do currículo real como desmotivadores para algumas especialidades. Apreciador de aprender praticando e não somente estudando a teoria, valoriza muito a troca informal com colegas a respeito de campos de estágio, rodízios de internato e especialidades. Natural de Blumenau, ponderou que o

contato com a realidade do município do Rio de Janeiro por meio da APS vivenciada por outros colegas, e não por ele (alta pressão assistencial, contato direto com violência armada), provavelmente o afastou de possibilidade de escolher a especialidade no município. Mas considera-a caso decida voltar para seu estado e estudar em Florianópolis (declarando isso na resposta com mais hesitações, “eu acho” e “talvez”), apesar da associação que faz da especialidade com uma carreira pública e do grande receio que tem de depender de uma, mesmo considerando-se defensor do SUS. Explicitou os múltiplos fatores que está considerando para tentar tomar uma decisão – aspectos da prática da especialidade, perspectivas de trabalho e renda, local onde morar – mas ainda não tinha conseguido chegar a alguma, e declarou cogitar fazer prova para uma especialidade em cada local.

A análise sequencial da entrevista identificou, sucessivamente, as seguintes temáticas: As experiências de vida anteriores à graduação atraindo para "clínica geral" e para pediatria; as opções de especialidade ao longo do curso (clínica médica, pediatria, ORL); a polarização *ORL x MFC* significando a polarização *carreira liberal x carreira pública*; o desânimo de entrar na carreira pública com o desmonte do SUS; a possibilidade de emigrar; a indecisão sobre a especialidade; a excelência docente atraindo para a clínica médica; a valorização de si pelos docentes de clínica médica e pediatria; a importância da curva de aprendizado ascendente vivida concretamente; a APS no currículo formal – prática somente nos dois primeiros anos do curso; ausência de contato com docente MFC; a APS no currículo formal - teoria sobre a gestão da APS, mas não sobre a clínica; a importância das trocas entre colegas para conhecer a realidade da prática; a realidade da prática em APS no município do Rio de Janeiro afastando da MFC no Rio de Janeiro; a possível escolha da MFC (em Florianópolis); falas negativas sobre a APS e a MFC; exemplo de modelos positivos de prática médica (somente especialistas focais); modelos negativos de prática – falta de profissionalismo; as lacunas do currículo real influenciando a escolha da especialidade; a prática da MFC afastando internos indecisos ou comprometidos com outras especialidades.

Entrevista 9

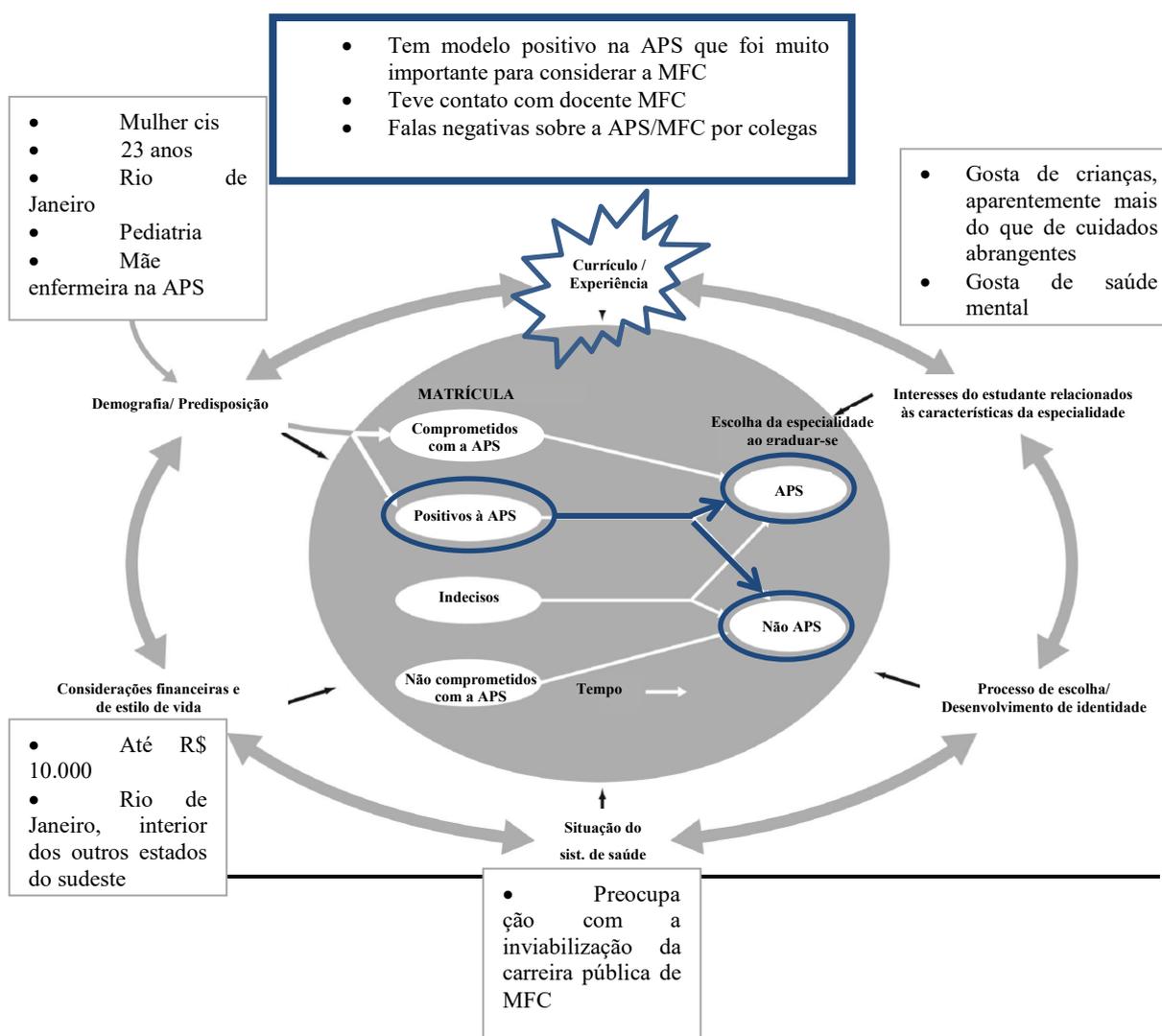


Essa entrevista teve um quê de formal que alinha-se à postura geral do entrevistado – fisionomia séria, voz empostada, fala ritmada e inicialmente pouco emotiva. A primeira resposta já foi a mais longa, começando pela primeira especialidade cogitada (cirurgia, ao acompanhar o pai de um amigo) e culminando na reflexão sobre o papel social do médico formado em uma IES pública e o peso disso em atrai-lo para a MFC. No entanto, ainda via-se em um “dilema” entre a carreira generalista e a superespecializada, entre o papel social do médico e a medicina liberal – que se materializa na dúvida entre MFC e clínica médica, embora ainda não tenha subespecialidade escolhida com clareza. Tem na preceptora MFC um modelo de estado emocional bem equilibrado. Associa as críticas negativas à APS/MFC que ouve de profissionais formados há mais tempo à falta de experiência na época em que cursaram a graduação, e considera o desenho curricular ainda enviesado.

A análise sequencial da entrevista identificou, sucessivamente, as seguintes temáticas: A primeira opção de especialidade no início do curso; o ciclo clínico atraindo para

especialidade focal – o (des)apaixonar-se pela neurologia, interessante na teoria e frustrante na prática de doenças sem tratamento; o ciclo clínico atraindo para especialidade focal – a atração pelo desafio clínico e pela resolutividade da reumatologia; a indecisão sobre a especialidade – a tendência de cursar clínica médica para só depois escolher subespecialidade; a atração pela MFC e pelo papel social do médico; o dilema entre o papel social do médico e a medicina liberal; a APS no currículo formal - somente nos dois primeiros anos do curso; a percepção positiva de colegas sobre a MFC; as falas negativas sobre a APS e a MFC por médicos formados há mais tempo; a polarização entre as práticas superespecializadas x generalistas; o contato com docente MFC; o desconhecimento docente sobre a MFC; a valorização da superespecialização na graduação médica; os modelos positivos de prática médica.

Entrevista 10



A entrevista esclareceu que a especialidade de interesse na entrada era somente a pediatria, com MFC e psiquiatria surgindo ao longo do curso. A atitude geral da entrevistada foi colaborativa, aberta, mas com uma tendência a exemplificações sem aprofundamento espontâneo. No entanto, três aspectos relevantes no seu processo foram mais bem explicados, com respostas mais longas: a importância de uma docente MFC que se tornou modelo de prática ainda nos primeiros anos do curso, a identificação da MFC à prática médica no SUS, o que sempre admirou (e a faz não valorizar as falas negativas), e as dúvidas quanto ao seu próprio interesse pelas características pela prática cotidiana de cada especialidade que cogita escolher. O mesmo processo que narrou sobre si, de buscar onde se encaixar, ela vê nas críticas dos colegas à MFC: se antes do contato prático diziam que “é médico de encaminhamento”, após alguns meses de internato, não se interessarem por simplesmente “não se encaixar ali”.

A análise sequencial da entrevista identificou, sucessivamente, as seguintes temáticas: As experiências de vida anteriores à graduação atraindo para a pediatria; as primeiras opções de especialidade no início do curso; exemplo de modelos positivos de prática médica – um modelo na MFC; o ciclo clínico atraindo para especialidade focal; exemplo de modelos positivos de prática médica; falas negativas sobre a APS e a MFC; exemplo de modelos positivos de prática médica; exemplo de modelo negativo de prática médica; a prática da MFC afastando internos indecisos ou comprometidos com outras especialidades; a APS no currículo formal; contato com docente MFC; docentes que são destaque pela dedicação na função; a valorização pessoal da importância da MFC; a indecisão sobre a especialidade; a valorização da MFC como carreira para a saúde pública e o medo de o desmonte do SUS inviabilizá-la.