

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS**

RESIDÊNCIA MÉDICA: A LÓGICA DE UM PROCESSO DE FORMAÇÃO

PAULO ROBERTO MÜLLER

Porto Alegre, 2010

M958r **Müller, Paulo Roberto**

Residência médica: a lógica de um processo de formação / Paulo Roberto Müller ; orient. José da Silva Moreira. – 2010.

80 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas. Porto Alegre, BR-RS, 2010.

1. Internato e residência 2. Comportamento de escolha 3.

Condições sociais 4. Economia 5. Características culturais I. Moreira,

José da Silva II. Título.

NLM: WF 143

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS**

**PROJETO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE
LINHA DE PESQUISA: EDUCAÇÃO E SAÚDE**

RESIDÊNCIA MÉDICA: A LÓGICA DE UM PROCESSO DE FORMAÇÃO

PAULO ROBERTO MÜLLER

Dissertação apresentada como parte dos requisitos obrigatórios para a obtenção do título de Mestre em Ciências Pneumológicas com ênfase em Educação e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José da S. Moreira

Porto Alegre, 2010

Dedico esta dissertação a meus pais: Roberto e Noely, que sempre me indicaram o caminho da decência.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Waldomiro Manfroi e à Prof^a. Dr. Carmen Machado, do projeto de Pós-Graduação em Educação e Saúde;

Ao meu Orientador, Dr. José da S. Moreira, pela sabedoria e acolhida;

Ao meu Co-Orientador, Prof. Dr. Paulo P. de Albuquerque, por sua disponibilidade e condução crítica. Tornou-se um amigo;

Ao Dr. Eduardo Garcia, orientador inicial deste estudo;

Aos amigos Dr. Clécio Homrich da Silva e Dr^a Elizabeth Kasper, que me instigaram intelectualmente;

A Direção da faculdade de Medicina, da UFPEL, especialmente a Dr^a Sandra Bertoldi, por sua acolhida e colaboração;

À Direção das Faculdades de Medicina e aos alunos do sexto ano da ULBRA e da UFCSPA, que possibilitaram a realização deste trabalho;

À Ianá Marsura, nossa monitora, que partiu prematuramente, aos 23 anos, no decorrer deste estudo;

A Francesco Setineri, que auxiliou de forma fundamental na formatação e processamento dos resultados;

À Vania e à Suzi do departamento de estatística do HCPA e ao Marco, secretário do PPG em Pneumologia ;

À minha companheira, Sonia, e aos meus filhos, Frederico e Elisa, pela paciência e compreensão.

A todos meu muito obrigado e lembrando que, sem eles, este estudo não seria realizado.

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório, que através de revisão bibliográfica e análise de respostas obtidas por questionário, incursiona por um assunto ainda pouco estudado em nosso meio. São analisados aspectos sociais, culturais e econômicos que influenciam a escolha de uma especialidade médica, conhecida por Residência Médica, por parte de estudantes do sexto ano de duas faculdades de Medicina, em Porto Alegre e região metropolitana, no Rio Grande do Sul. Na confecção do questionário foram constituídas cinco grandes áreas de possível influência sobre os alunos, denominados: Tecnicismo/Biologicismo, Remuneração, Altruísmo/Ideologias, Influência Acadêmica e Influência Familiar. Entre os objetivos, correlacionou-se as opções mais pretendidas pelos alunos com as diretrizes e prioridades do MEC para a Residência Médica, bem como foram sugeridas propostas para contribuir no debate de aperfeiçoamento curricular e nas estratégias de maximização dos esforços de qualificação profissional nos espaços de formação e atuação médica. Responderam ao questionário 164 alunos do sexto ano da UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e ULBRA – Universidade Luterana do Brasil. Verificou-se que as áreas mais generalistas da Medicina, são menos pretendidas, em detrimento às áreas de subespecialização, sendo apresentada uma análise sobre este quadro. Existe uma tendência de predomínio de mulheres no curso médico, sendo que as especialidades de Cirurgia e Traumatologia /Ortopedia estão significativamente associadas com homens, enquanto que Pediatria, Medicina Interna e Pediatria estão associadas com mulheres. Encontrou-se uma associação positiva entre ter menos de vinte e cinco anos de idade e optar por Cardiologia ou Radiologia, bem como ter pais com nível superior e renda entre 11 e 20 salários mínimos e optar por Otorrinolaringologia. A grande maioria dos alunos (>96%) são brancos, solteiros e não possuem filhos. Conclui-se que são necessários mais esforços, por parte das instituições governamentais, para atrair a atenção dos jovens médicos, para a área da Atenção Primária.

ABSTRACT

This is an exploratory study that, through a bibliographic review and the analysis of answers obtained by questionnaire, sees into a subject that is still poorly studied in our sphere. We analyze the social, cultural and economic factors that influence the choice of a medical specialty, known as Medical Residency, by students who attend the sixth year in two Medical schools in Porto Alegre and its metropolitan region, in Rio Grande do Sul. Five major areas of possible influence on the students have been established when we conceived the questionnaire, which were: Technicism/Biologicism, Remuneration, Altruism/Ideologies, Academic Influence and Family Influence. Among the objectives, the most desired options by the students were correlated to the guidelines and priorities of MEC (Ministry of Education and Culture) for Medical Residency, and suggestions have been made as a contribution to the debate about curricular improvement and strategies for maximizing the efforts of professional qualification in the medical training and practicing spaces. One hundred and sixty-four students attending the sixth year on UFCSPA – Federal University of Health Sciences of Porto Alegre – and ULBRA – Lutheran University of Brazil – have answered the questionnaire. It has been noticed that the more generalist areas of Medicine are the least desired, to the detriment of the subspecialization areas, therefore an analysis on this scenario is presented. There is a tendency of women predominance in medical school, and the Surgery and Traumatology/Orthopedics specialties are significantly associated with men, whereas Pediatrics and Internal Medicine are associated with women. We found a positive association between being less than 25 years old and opting for Cardiology or Radiology, as well as having parents with higher education and income between 11 and 20 minimum wages and opting for Otorrinolaringology (ENT). The vast majority of students (> 96%) is white, unmarried and has no children. We conclude that further efforts by government institutions to attract the attention of young doctors to the Primary Care area are needed.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	39
Figura 2	40
Figura 3	41
Figura 4	41
Figura 5	42

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	08
2 INTRODUÇÃO	09
3 CONTEXTO PROBLEMÁTICO – CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA DA PESQUISA	14
4 PROBLEMA DA PESQUISA	18
5 A FORMAÇÃO MÉDICA	22
5.1 BREVE RETROSPECTO HISTÓRICO	22
5.2 FORMAÇÃO MÉDICA NA ATUALIDADE LATINO AMERICANA	23
5.3 FORMAÇÃO MÉDICA NOS ESPAÇOS BRASILEIROS	24
5.4 FORMAÇÃO MÉDICA NO RIO GRANDE DO SUL	27
6 MODELO DE ANÁLISE	30
7 OBJETIVOS	33
7.1 GERAL	33
7.2 ESPECÍFICOS	33
8 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	34
8.1 DELINEAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO.....	34
8.2 SUJEITOS/AMOSTRA	35
8.3 ESTATÍSTICAS.....	35
9 RESULTADOS	36
9.1 OS ASPECTOS SOCIAIS, CULTURAIS E ECONÔMICOS INFLUENCIANDO A DECISÃO DE ESTUDANTES DO SEXTO ANO NA ESCOLHA DA ESPECIALIZAÇÃO	36
9.2 A CORRELAÇÃO ENTRE AS ESCOLHAS ACADÊMICAS, O PROJETO PEDAGÓGICO DAS INSTITUIÇÕES FORMADORAS E A POLÍTICA DE FORMAÇÃO PARA PÓS- GRADUAÇÃO MÉDICA DO MEC	42
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
10.1 A CONTRIBUIÇÃO AO DEBATE DO APERFEIÇOAMENTO CURRICULAR E AS ESTRATÉGIAS PARA MAXIMIZAR OS ESFORÇOS DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL.....	48
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS	59

1 APRESENTAÇÃO

A inquietação que deu origem à realização deste estudo teve início em nosso trabalho cotidiano, como professor e preceptor no curso médico, mais especificamente na área de Medicina de Família e Comunidade. O envolvimento diário com os alunos do Internato Médico expôs algumas questões relativas à escolha da especialidade médica que se realiza após a conclusão da graduação, mas que já se insinua fortemente no quinto e sexto anos, momento em que a grande maioria dos alunos já tem uma pretensão de especialidade a seguir. Por que alguns alunos escolhem uma ou outra especialidade? Status social? Possibilidade de ganhos econômicos? Vontade de realizar-se profissionalmente? Ser um médico competente e resolutivo? Por que os alunos, em sua maioria, apesar de gostarem do estágio nas áreas de atenção primária, não manifestavam vontade de seguir carreira em Medicina de Família? Verificávamos que a trajetória dos alunos possibilitava experimentar e perceber os mais variados aspectos relacionados às diferentes especialidades da área médica, e que a escolha da especialidade se dava muito provavelmente após o aluno ser submetido a uma série de influências no âmbito familiar, no ambiente social, nos ambientes de formação e, ainda, considerando as aspirações pessoais, construídas ao longo da vida pregressa que cada um traz consigo. Agora incursionamos por este tema, acreditando na possibilidade de contribuir na compreensão dos fatores ligados a escolha da especialidade Médica.

2 INTRODUÇÃO

Para Sartre (1), "A existência precede a essência"; nenhum ser humano nasce pronto, mas o homem é, em sua essência, produto do meio em que vive que é construído a partir das relações sociais em que cada pessoa se encontra. Assim como o homem produz o seu próprio ambiente, por outro lado, esta produção da condição de existência não é livremente escolhida, mas, sim, previamente determinada. O homem pode fazer a sua história, mas não pode fazer nas condições por ele escolhidas. O homem é historicamente determinado pelas condições, e dessa forma é responsável por todos os seus atos, pois ele é livre para escolher. Segundo Ciampa (2), as alternativas de formação de diferentes configurações de identidades estão diretamente relacionadas às diferentes configurações de ordem social. Ou seja, é do contexto histórico e social no qual estamos inseridos que formamos nossas crenças e onde, conseqüentemente, "emergem as possibilidades ou impossibilidades, os modos e alternativas de identidade".

A ampliação do número de médicos formados no país e a sua relação com a organização do setor de saúde, bem como a adequação do perfil do médico graduado às necessidades de saúde da população, vêm, há algumas décadas, sendo palco de debates no âmbito interno das escolas médicas e no Ministério da Educação. Tal discussão não é nova. Já em 1956, a AMB - Associação Médica Brasileira - cria uma comissão de Ensino, para tratar da expansão do ensino médico no Brasil. Diante deste crescimento acelerado, a AMB encaminhou às autoridades responsáveis o documento "Problemática do Ensino Médico no Brasil", cuja repercussão gerou a criação pelo MEC – Ministério da Educação e Cultura, em 1971, da Comissão de Ensino Médico, com o objetivo principal de "proceder à avaliação da situação do ensino médico no País, suas características e perspectivas, seus aspectos positivos e negativos, a fim de propor medidas para elevar-lhe o padrão e corrigir distorções" (3).

Em 05 de setembro de 1977 é instituída no Brasil, pelo Decreto nº 80.281, a Residência Médica que foi e constitui uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, funcionando em Instituições de Saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada

qualificação ética e profissional, sendo considerado o “curso por excelência” da especialização médica (4). Atualmente, no Brasil, a Comissão Nacional de Residência Médica, através da resolução de 02/2006, reconhece 56 especialidades Médicas. No Rio Grande do Sul temos um contingente anual de aproximadamente 1082 médicos formados por universidades públicas e privadas, e um número aproximado de 875 vagas/ano, para Residência Médica. Além desse déficit anual de vagas para residência, temos ainda que considerar o número de médicos dos anos anteriores que seguem disputando uma vaga para residência, o que agrava ainda mais essa desproporção.

O MEC, em conjunto com o Ministério da Saúde, através de uma ação interministerial, formulou e lançou o Promed em 2002. O Promed (5) é uma proposta de apoio às escolas médicas brasileiras, que queiram, voluntariamente, adequar seus processos de ensino, produção de conhecimento e de serviços às necessidades do sistema de saúde do país – o SUS. O objetivo é estimular as escolas médicas na busca de excelência técnica e relevância social. O projeto reafirma as orientações contidas nas Diretrizes Curriculares dos Cursos Médicos, indicando que os profissionais a serem formados devem ter: competência, postura ética, visão humanística, responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Basicamente, o programa recomenda as seguintes mudanças pedagógicas: enfatizar a Medicina preventiva, valorizando o conceito de saúde em detrimento da doença; valorizar a humanização do atendimento com a formação de uma base ética sólida; incentivar o ingresso dos futuros médicos em ações de atenção básica, dando prioridade ao Programa Saúde da Família; promover a abertura dos serviços médicos universitários à demanda do SUS.

Entre as 92 faculdades de Medicina que o Brasil tinha em 2002 - formando por ano 7.500 médicos, 55 apresentaram propostas de mudanças curriculares na primeira etapa de seleção. A escolha final das 20 escolas foi feita por uma comissão composta por docentes da educação médica, representantes dos Conselhos de Secretários Estaduais (Conass) e de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Tratando-se de um projeto de adesão, a grande participação das universidades significava o interesse que elas demonstravam na proposta de mudanças. Em fins de novembro de 2002, 19 das 20 escolas de Medicina selecionadas pelo Promed oficializaram suas propostas e passaram a receber, a partir de 2003, os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades (6). Ressaltamos que o Promed

não é o único dispositivo que propõe ou implementa mudanças curriculares nos cursos de Medicina no país, bem como foge dos objetivos desse projeto avaliar o impacto deste programa nos cursos médicos do Brasil.

A discussão de que os currículos das escolas médicas devem orientar-se para a formação de um médico generalista não é nova, pois, desde a metade do século passado, vários conclaves internacionais já propalavam esta necessidade (Colorado Springs, EUA, 1952), (Viña Del Mar, Chile, 1960), (Alma-Ata, URSS, 1978) (7). Em 1996, na Carta de Ljubljana (8), a APS - Atenção Primária à Saúde - foi reforçada pelos países europeus, membros da OMS, com o delineamento de princípios que devem integrar todos os sistemas de saúde ou servir de parâmetros em sua reforma: guiar-se por valores, visar à saúde, centrar nas pessoas, focar na qualidade e orientar-se para a assistência primária à saúde. Em 2005, através da portaria interministerial nº 2101, o Governo Federal instituiu o Pró-Saúde (9) - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - para os cursos de graduação em Medicina e outros da área, visando à necessidade de incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo de saúde-doença. O objetivo principal foi potencializar a estratégia denominada Programa de Saúde da Família, ampliando a duração das práticas educacionais na rede de serviços básicos de saúde e reorientando o processo de formação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS .

Em junho de 2007, através de portaria interministerial, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, foi instituído o PET-SAÚDE (10) – Programa de Ensino Tutorial - praticamente um seguimento da lógica e estratégia do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde. A educação pelo trabalho é o conceito-chave do projeto, que atualmente conta com o envolvimento de aproximadamente 105 instituições de ensino superior no Brasil. O objetivo geral do PET-Saúde é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS. Entre os

resultados esperados estão o fomento à integração ensino-serviço-comunidade, a qualificação/fortalecimento da Atenção Básica em Saúde e da Vigilância em Saúde, a constituição de Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica em Saúde e o estímulo para a formação de profissionais de saúde, com perfil adequado às necessidades e às políticas públicas de saúde do país.

A organização Pan-americana da Saúde, em oficina da OMS - intitulada A formação em Medicina orientada para a Atenção Primária à Saúde (11) - realizada em Washington, em 2008, orienta para que as escolas Médicas Latino-Americanas firmem um compromisso especial e sistemático com um processo de mudança no sentido de empreender um caminho conjunto para a instauração de políticas de fomento e atração dos estudantes para a Atenção Primária à Saúde. Na continuidade de aperfeiçoar e adequar a formação na pós-graduação médica às necessidades de saúde no país, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde instituíram, em 2009, o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o SUS, chamado de Pró-Residência (12). Hospitais Universitários Federais, Hospitais de Ensino e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde foram, então, convidados a apresentar seus projetos para selecionar propostas com o objetivo de aprimoramento dos Programas de Residência Médica (PRM) credenciados, já existentes, e abertura de novos, nas áreas básicas e naquelas consideradas prioritárias - (item 2 do anexo 1 do edital): Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria, Geriatria, Cancerologia Clínica e Cirúrgica, Radioterapia, Patologia, Anestesiologia, Medicina Intensiva, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia.

Nesse sentido investiga-se no âmbito desta pesquisa que a escolha de uma especialidade e o local para a residência médica vai expressar um determinado tipo de orientação ou não para o futuro profissional da saúde. Os elementos de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e orientação para atuar em nível primário, secundário e terciário de atenção, resolvendo com qualidade os problemas prevalentes de saúde, se constroem nos lugares de aprendizagem e através das propostas de trabalho interdisciplinares. Percebe-se que alguns professores continuam pouco conscientes do seu papel de educadores e de formadores de opinião. Na sua atuação cotidiana, conscientemente ou não, e com suas falas e atitudes, nossos professores vão construindo um imaginário profissional

para os alunos, influenciando em menor ou maior grau as definições pessoais dos futuros profissionais na área da saúde¹.

Não obstante ao fato de algumas faculdades de Medicina terem discutido com seu corpo docente as novas diretrizes curriculares para os cursos médicos (13), ainda não estão adequadamente sedimentados, junto a alguns preceptores e professores, as orientações curriculares e o perfil do profissional médico que o país necessita formar. Na Atenção Primária, essencialmente, percebem-se algumas deficiências neste sentido, conforme já constatado por Trajman e col. (14).

O tipo de relacionamento humano que passa a existir entre professor e aluno mantém íntima afinidade com a relação médico-paciente, uma vez que o professor - além de atuar como um modelo para o aluno (processo de identificação), por intermédio de suas atitudes, gestos e comportamentos - deve ter em mente que tais processos se repetirão no relacionamento do futuro médico com seus pacientes. Para Tavares (17), a relação professor-aluno deve ser tão valorizada quanto a relação que esse professor estabelece com seus pacientes. Este aspecto é essencial na construção de uma identidade profissional. As condutas e as afirmações feitas pelos professores no dia a dia com os alunos são minuciosamente observadas pelos discentes que, em alguns aspectos e em maior ou menor grau, mimetizam seus orientadores. Nas salas de aula das faculdades de Medicina, já no início do curso de graduação, se inicia o processo de influência no jovem futuro médico; nenhuma das palavras do professor deixa de impregnar o imaginário do aluno com as possibilidades de futuro (tipo e local de trabalho, status auferido, remuneração, etc.).

É neste contexto de aparente liberdade de escolhas, que o acadêmico de Medicina vai definindo sua decisão por uma ou outra especialidade médica. A análise de alguns aspectos que permeiam essa decisão, do estudante de sexto ano de escolas médicas de Porto Alegre e região metropolitana, é nossa tarefa nesta dissertação.

¹ Como já constatado há mais de 50 anos por Kendal e Selvin, citados por Cruz (15), em estudo realizado na Cornell University. Os autores concluíram pela influência objetiva e subjetiva, na decisão por diferentes tipos de Residência Médica. Para Ronzani e Ribeiro (16), essa situação influencia a formação de identidades profissionais já entre os estudantes da graduação, que internalizam algumas crenças ou atitudes a partir de sistemas referenciais fornecidos pela faculdade e pelos professores.

3 CONTEXTO PROBLEMÁTICO – CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA DA PESQUISA

O hospital como local para tratamento de doentes e ambiente onde os Médicos transitam e trabalham é uma instituição relativamente nova, sendo que esta configuração organizacional data do final do século XVIII (18)². A partir do momento que o nosocômio é concebido e passa a ser reconhecido como um local de cura, um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. Nesse momento as orientações médicas começam a ter importância maior nos hospitais, em detrimento aos aspectos religiosos que imperavam até então³.

Constitui-se, assim, nos hospitais, um campo de registros dos procedimentos, curas e rotinas, descrições e acúmulo, ligados diretamente à formação do saber, e é assim que se afirma que a formação normativa de um médico deve passar pela instituição nosocomial. A clínica aparece como dimensão essencial do hospital. Clínica, aqui, significa a organização do hospital como lugar de formação e transmissão de saber⁴.

Neste sentido apresentam-se dois cenários para os estudantes de Medicina, durante a formação:

O **cenário 1** é um cenário de complexidade: blocos cirúrgicos, centros de diagnósticos gráficos e de imagem de última geração e as enfermarias de internação dos grandes hospitais terciários; geralmente bem equipados e aparelhados, onde os alunos são colocados em contato com tecnologias de ponta, e a fala do professor

² A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780. As clássicas descrições de Howard e Tenon são verdadeiras descrições dos fluxos internos dos hospitais, bem como uma caracterização pormenorizada de aspectos estruturais físicos. Antes dessa época, os hospitais eram praticamente instituições de assistência a carentes, bem como um local de segregação e isolamento para pessoas com doenças contagiosas. O personagem central até esta data não é o doente que precisa ser curado, mas o pobre que está morrendo, ou o portador de uma patologia da qual a sociedade necessita se proteger.

³ A figura do médico passa a ter maior significado; o ritmo das visitas médicas é incrementado, e em torno de 1770 define-se que um médico deveria ficar residindo dentro do hospital, para poder ser acionado a qualquer momento. É dessa época, ainda, o ritual cotidiano, que acontece até os dias atuais, das visitas diárias, leito a leito e com o grupo assistencial seguindo uma ordem hierárquica: médico à frente, seguido de seus assistentes, alunos, enfermeiras, etc.

⁴ Segundo Starfield (22), citada por Mello (21) a Inglaterra foi o primeiro país a assumir uma estratégia de saúde voltada para o fortalecimento de uma rede primária de assistência médica. Em 1912 foi instituído o seguro nacional de saúde no Reino Unido e, em 1920, é divulgado um texto oficial referindo-se à organização do sistema de serviços de saúde, propondo um sistema hierarquizado em três grandes níveis: primário, secundário e hospitais de ensino, interligados entre si.

Médico, na maioria das vezes, é altamente tecnicista, biologicista e medicalizada. Esta situação, por sua vez, vem bem ao encontro das ideias pré-concebidas da maioria dos alunos em relação ao trabalho e ao cotidiano do médico competente e de sucesso; e isso é praticamente uma extensão do senso comum da sociedade. Percebe-se, entre os estudantes, que uma linguagem hermética e de difícil compreensão, geralmente, é entendida como sendo de maior rigor científico, portanto, parecendo derivada de uma prática científica mais elaborada, mais atraente, digna, assim, de ser seguida. Rezende (19) refere que em relação aos recursos humanos para a saúde, não podem mais ser vistos apenas os especialistas, detentores de um saber intransferível, utilizadores da incomunicabilidade, através de um discurso hermético. Nesta mesma linha de raciocínio, Bizzo (20) afirma que o rigor científico não precisa ser sinônimo de hermetismo na difusão da ciência.

Conforme Rezende (19), a mistificação do cientificismo, com a centralização da atenção especializada, sofisticada e de alto custo, atraiu para os grandes hospitais, sobretudo para os hospitais universitários (onde se dá grande parte da formação dos médicos), recursos humanos altamente técnicos, já que poderiam dispor, neste local, de métodos semiológicos e terapêuticos dispendiosos e elitizados. Abriu-se, também, desta forma, largo espaço para a infiltração de empresas interessadas em colocar no mercado seus equipamentos (tecnologias duras *). Para Merhy e Franco (23), as corporações industriais, devidamente apoiadas em estratégias de marketing, que envolvem a grande mídia, até as microestruturas de intervenção nos locais de trabalho, vêm conseguindo não apenas colocar seus equipamentos no mercado, mas também formar opinião entre os prescritores, influenciando seu processo decisório, o que induz ao alto consumo dos seus produtos, como por exemplo, recursos diversos de diagnose e terapia. Isso tudo impacta fortemente no processo de produção da saúde, pois as tecnologias mais relacionais (tecnologias leves*) entram em desuso em favor das tecnologias duras - as máquinas e instrumentais, ou seja, há um consumo que vai além do esperado dessas tecnologias. Cria-se, assim, como que, um verdadeiro fetiche em relação à maquinaria, ou seja, forma-se uma imagem nas pessoas de que os recursos tecnológicos (tecnologias duras), incorporados ao projeto terapêutico, estão na associação direta da qualidade da assistência e perspectiva de resultados melhores.

Para Campos (24), as faculdades de Medicina têm estruturado seus cursos dentro da mesma lógica. A maioria dos professores tem formação especializada e tem dificuldade em conservar e, portanto, em transmitir saberes e práticas mais polivalentes. Em conclusão do Congresso da ABEM (25) - Associação Brasileira de Ensino Médico, o ensino é segmentado e, muitas vezes, padece de lacunas básicas importantes, conforme as características aleatórias da composição do corpo docente.

Para Gonçalves (26), como educadores, precisamos acreditar em possibilidades de mudança e, no âmbito de nossa ação profissional, tentar abrir espaços para a emergência de uma nova racionalidade, que favoreçam a reconstrução da sociedade e a reinvenção da cultura. Esse processo somente será viável no desenvolvimento de uma ética de responsabilidade social, que embase ações que visem ao bem coletivo, isto é, que tenham por objetivo a criação de possibilidades de vida a todos, incluindo as gerações futuras. Nessa perspectiva, a escola apresenta-se como o espaço onde uma ação comunicativa, ao ser desenvolvida sistematicamente, coincide com os objetivos de uma educação que visa à formação de indivíduos críticos e participativos.

(*) O termo tecnologias leves e duras é aqui empregado com a significação dada por Emerson Elias Merhy (27) no artigo: Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas.

Já o **cenário 2**, em vários aspectos, é bem diferente do primeiro: aqui visualizamos, na grande maioria das vezes, unidades básicas de saúde com instalações um tanto quanto precarizadas e as dificuldades cotidianas permeando o trabalho de profissionais das mais variadas áreas. Uma vez que essas unidades são, em sua quase totalidade, ligadas às prefeituras municipais e ao estado, encontramos em algumas situações grandes dificuldades operacionais, decorrentes, entre outros aspectos, do despreparo e conseqüente descaso dos gestores, geralmente Secretários Municipais da Saúde. Observam-se problemas e improvisos cotidianos, inclusive, muitas vezes, no próprio ensino e na preceptoria dos alunos, sendo esta, não raro, executada por médicos de carreira, “aproveitados” para essa função, e que, nem sempre, possuem formação e ou perfil para tal atividade.

Desta forma, há uma afirmação e uma representação, tanto dos profissionais como dos usuários dos serviços de saúde, de que o atendimento hospitalar é o lugar de ação predominante; representação esta que faz parte da história passada e

presente das políticas de saúde no país. Para Ronzani e Ribeiro (16) firma-se, então, como concepção definitiva por parte desses atores, que o hospital é o lugar que reúne todas as possibilidades para solucionar os problemas de saúde. Provavelmente o hiato histórico, que é o tempo decorrido desde a instalação dos hospitais em nosso meio, bem como a arraigada tradição na sociedade de que é este o melhor local para se tratar doentes, contribuíram para o fortalecimento de um referencial de resolutividade, tecnicismo e competência, que a entidade hospital tem no imaginário da população em geral, e também, por consequência, na percepção dos alunos que ingressam nas faculdades de Medicina. Compõem-se, assim, as possibilidades de opções de carreiras profissionais em atividade hospitalar, como algo mais aceito e valorizado na sociedade e entre os técnicos da Saúde. Seguindo essa mesma lógica, porém em sentido oposto, temos que a estruturação de atendimento à saúde das populações, em unidades básicas de saúde e em ambulatórios, é um fato bem mais recente na história de nossa sociedade, e, desta forma, não estando ainda claro e sedimentado no imaginário das comunidades, este cenário torna-se possível de ser alocado como centro de tratamento com complexidade tecnológica, competência profissional, resolutividade e cura.

Partimos do pressuposto que as escolhas são profundamente influenciadas, e se dão a partir de "representações" nas quais o imaginário ou modelos de sucesso em Medicina apresentam-se reforçados por professores e outros médicos que gravitam no entorno dos locais de formação, ou seja, a fala e o discurso cotidiano dos educadores médicos, em qualquer um dos cenários descritos, vão, pouco a pouco, contribuindo para a moldagem da "opção" de especialização que os alunos buscarão tentar seguir.

Aqui temos uma dicotomia entre o que é proposto pelas diretrizes curriculares do MEC (13) e o que a academia médica, no seu cotidiano tradicional, juntamente com os cenários de estágios, apresentam para os alunos desenvolverem a prática educacional e formativa. Neste sentido, faz-se necessário aprofundar essa dicotomia para melhor compreender e identificar no problema os seus elementos constitutivos.

4 PROBLEMA DA PESQUISA

Identificar e analisar alguns dos fatores sociais, culturais e econômicos que influenciam a escolha da residência médica, por parte dos estudantes do sexto ano (internato) de escolas médicas de Porto Alegre e região metropolitana, no Rio Grande do Sul.

Em estudo de Ribeiro e col. (29) constatou-se uma tendência de especialização precoce por parte de graduandos, em diversas áreas do conhecimento, que pôde ser verificada no histórico escolar e na análise das provas realizadas pelos alunos. Os dados apontam que a especialização precoce, em período de formação, pode levar ao comprometimento da formação médica geral. Este prejuízo pode se manifestar, inclusive, em área correlata ao da especialidade visada pelo graduando. Fica claro que optar por se dedicar à determinada especialidade desde o período da graduação implica em grandes riscos de uma formação médica restrita e incompleta.

Em um trabalho clássico de White e col. (30), em 1961, foi divulgada uma estimativa mensal de problemas de saúde percebidos pela população em geral, e de como é feita a provisão do cuidado médico com os pacientes. De 1000 pessoas com 15 anos de idade ou mais, 750 sentem, ao longo de um mês, algum sintoma e 250 acabam consultando em um ambulatório de atenção primária; 5 pessoas acabam sendo encaminhadas a um especialista e 9 internam em hospitais (8 em hospital geral e 1 em hospital universitário). Essa situação nos leva a refletir sobre vários aspectos da formação médica, mas um fato que sobressai é que o cenário em que se dá a maior parte do ensino localiza-se exatamente onde menos pacientes são atendidos, ou seja, nos hospitais universitários, altamente complexos e de nível terciário de atenção. Os aspectos que influenciam na opção da especialidade médica a ser seguida, ou da opção por carreiras ligadas à atenção primária ou a outras especialidades médicas, já vem sendo estudados por alguns autores, bem antes que este debate chegasse ao nosso meio (31), (32), (33).

Os estudantes do último ano das escolas também demonstram, em sua grande maioria, desconhecimento de certos aspectos que permeiam o espaço de atuação profissional existente no âmbito do SUS, em áreas privadas e na chamada saúde suplementar, como, por exemplo: em cooperativas médicas e hospitais

confessionais. Aqui vamos encontrar várias nuances que balizam e que de certa forma vão surpreender e até frustrar a prática profissional, quando do ingresso do jovem médico do mercado de trabalho.

Em relação às grandes cooperativas médicas, o processo de ingresso do médico recém egresso de uma residência médica (especialização) se dá após o postulante à vaga aguardar o chamado de sua vez em uma fila de inscritos por especialidade. Aqui deve ser salientado que, em algumas especialidades, pode demorar vários anos para que uma nova vaga esteja disponível. Outro aspecto importante diz respeito à titulação. Geralmente as grandes cooperativas admitem apenas médicos que possuam o título de especialista, emitido pela AMB - Associação Médica Brasileira. Esse título é obtido após a aprovação em uma prova teórica que é realizada anualmente, pela respectiva sociedade médica (ex.: Sociedade de Pediatria, de Cirurgia, etc.), em nível nacional, e que exige, entre outros pré-requisitos, a Residência Médica. Provavelmente esta realidade decorre da necessidade crescente de selecionar médicos em um mercado complexo, saturado e com um número cada vez maior de profissionais super especializados e altamente competentes. O ingresso de um jovem especialista no corpo clínico de um hospital renomado, privado ou público, em uma grande capital, é também alvo de várias observações, e que praticamente não é assunto abordado durante a graduação médica. Tomemos como exemplo um recém egresso de uma Residência Médica de neurocirurgia ou cirurgia cardíaca. Supondo que esse profissional tenha prestado a prova anual de título de especialista e tenha sido aprovado, uma consideração inicial que pode ser formulada é: onde é que este médico vai realizar suas cirurgias? Os grandes centros que realizam essas intervenções já estão, via de regra, com seus quadros completos e, eventualmente (poderíamos dizer: muitos anos), abrem alguma vaga. Para realizar cirurgias deste porte são necessários blocos cirúrgicos e UTIs - Unidades de Tratamento Intensivo de alta complexidade e também a abertura de processos de pactuação com o SUS em nível nacional, processo esse que pode se arrastar por anos e, mesmo assim, não ter credenciamento aprovado. O aspecto econômico, no sentido da remuneração auferida pelas diferentes especialidades médicas, provavelmente desempenha importante papel no momento de decidir pela carreira a ser seguida.

Existem também aspectos de natureza econômica pessoal, que fazem com que projetos governamentais que possam ter um objetivo adequado sejam, até certo

ponto, desvirtuados de seu objetivo inicial, como é o caso da ocupação das vagas nas equipes da Estratégia de Saúde da Família. Se não, vejamos: o número de equipes de Saúde da Família criadas nos Municípios em geral, não é acompanhado no mesmo compasso e proporção pelo número de médicos que concluem a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, ou seja, os especialistas nesta área. Desta forma, os municípios abrem seus editais de contrato para Médicos Gerais, sem a necessidade de especialização. Então os médicos recém egressos das faculdades e que não conseguiram ingressar em algum programa de Residência Médica de sua preferência encontram aí um campo de trabalho fértil, com salários relativamente bons para um recém-formado (algo entre doze e quinze salários mínimos), enquanto estudam para tentar as provas para Especialização/Residência no próximo ano.

O resultado final não é dos melhores. Temos uma estratégia importante da atenção primária (Saúde da Família) que fica sendo subutilizada na sua capacidade e abrangência. Após algum tempo, fica uma espécie de frustração nas equipes, que acabam obtendo resultados aquém dos esperados, com um profissional médico atuando numa área que não era sua intencionalidade, com pouco comprometimento e motivação.

Segundo Campos e col. (24) nota-se, tanto pelos valores dos honorários da tabela da AMB, como pelos salários e normas de remuneração de órgãos governamentais, uma desvalorização do trabalho mais clínico, mais polivalente, mais integrativo, em contraste com uma supervalorização de outros, dependentes de tecnologias "duras", de equipamentos operados por especialistas, em "pedaços" muito específicos do processo diagnóstico ou terapêutico. Provavelmente, estes estímulos financeiros expliquem, em algum grau, o perfil de interesse dos candidatos à residência médica, por algumas especialidades.

Nossa hipótese parte do pressuposto que aspectos sociais, culturais e econômicos, como o status que foi construído no meio médico, nos últimos anos, relativamente a algumas especialidades médicas, influenciam profundamente na decisão da escolha da especialização/residência médica. Estes aspectos já foram analisados por Galli (28), que menciona de que forma, no processo de socialização, o estudante incorpora como próprias as formas de comportamento e os valores dominantes no grupo médico, para chegar a pertencer a esse segmento social. Vendo e escutando seus professores "o estudante entende que ser especialista (de

algumas especialidades) dá mais prestígio; que certas especialidades gozam, entre a população e entre os médicos, de maior reconhecimento que outras; que a “boa” Medicina é a que se faz com o paciente hospitalizado. E aqui se saliente que os hospitais terciários detêm mais prestígio ainda numa escala hierárquica que os hospitais secundários; que a atenção ambulatorial, leia-se: a que se faz no nível primário da atenção, não é gratificante; que o trabalho mais importante do médico é fazer o diagnóstico; que a solução (resolutividade) do problema do paciente escapa de sua responsabilidade, uma vez que nela interferem muitos aspectos (econômicos, culturais, etc.) e, entre estes, o mais importante é a “falta de colaboração” dos pacientes; que os pacientes com patologias crônicas são “chatos”; e que o trabalho médico “é essencialmente tratar situações agudas”.

5 A FORMAÇÃO MÉDICA

5.1 BREVE RETROSPECTO HISTÓRICO

No final do século XVI e início do século XVII, praticamente todos os países na Europa, começaram a preocupar-se com o estado de saúde de seus habitantes. Aqui estamos no auge do Mercantilismo. Na França se organizam estatísticas de nascimento e mortalidade. Neste mesmo período na Inglaterra se processam censos populacionais. Em 1842, Edwin Chadwick publicou o “Inquérito Sanitário das condições da população trabalhadora da Inglaterra” obra que se tornou clássica e em que o autor demonstra a relação entre as doenças e as péssimas condições de moradia, falta de esgoto, de água tratada, erros na remoção e tratamento do lixo, etc. (34). Mas é na Alemanha que vamos encontrar uma prática verdadeiramente voltada para melhorar o nível de Saúde da população, com os programas de Rau, Frank e Daniel entre 1750 e 1770. É a chamada Política Médica de um estado. O que cabe salientar aqui é que um dos aspectos dessa organização médica alemã diz respeito à formação médica; o fenômeno de normalização da prática e do saber Médico. As Universidades e a corporação dos médicos ficaram encarregadas de decidir em que vai consistir a formação dos médicos e como serão expedidos os diplomas (35).

No final do século XIX e início do XX, a Fundação Carnegie dos Estados Unidos encomendou um estudo sobre a situação da educação médica nos Estados Unidos e no Canadá, que foi coordenado por Abraham Flexner (1910). Devido ao nome de seu coordenador, esse estudo resultou em um relatório que ficou conhecido como Relatório Flexner. Segundo Farias (36), o relatório propôs as seguintes alterações: Definição de padrões de entrada e ampliação para quatro anos de duração dos cursos (alguns cursos médicos duravam 2 anos); Introdução do ensino laboratorial; Expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; Vinculação das escolas médicas às universidades e estímulo à docência em tempo integral; Estímulo à especialização médica; Ênfase na pesquisa biológica como forma de superar o empirismo e vinculação do ensino à pesquisa; Controle do exercício profissional pela profissão organizada.

A partir desse momento percebe-se a profunda influência do método Cartesiano e da concepção positivista de ciência, com o conseqüente incremento do tecnicismo e biologicismo no ensino Médico Norte Americano. Chaves e Kisil (37) advertem que qualquer observação sobre o relatório deve considerar o contexto da educação médica nos Estados Unidos, no final do século XIX e no início do século XX: Um grande número de escolas médicas não estava ligado a universidades, e o ensino médico ministrado era considerado de baixa qualidade e insatisfatório.

Mais de 50 anos depois, surge o Relatório Todd, sobre o ensino Médico. Segundo Figueiredo (38), este é um notável documento de 400 páginas, com uma visão de Educação Médica de futuro que versa sobre a educação médica pré e pós-graduada, todos os recursos e as necessidades de um sistema de Saúde. Neste relatório foram, pela primeira vez, enunciados princípios que se tornaram incontornáveis (Lord Alexander Robertus Todd, 1968): A educação médica deve basear-se em dois temas: a flexibilidade e a investigação educacional; O ensino pré-graduado deve ser essencialmente educativo e formativo, bem como deve ser dado relevo às ciências do comportamento; Uma introdução ao método clínico na fase pré-clínica é indispensável e deve-se renovar a aposta na Clínica Geral ou Medicina Familiar como elemento de primeira linha, com um currículo muito bem definido; Os locais de ensino têm de ser estendidos a todos os cenários em que se pratica Medicina, não podendo continuar confinados aos Hospitais.

5.2 FORMAÇÃO MÉDICA NA ATUALIDADE LATINO AMERICANA

A ideia da terminalidade da graduação para o exercício da Medicina na Atenção Básica é defendida em vários ambientes de formação. Esta ideia significa que para a prática na Atenção Básica não é necessário especialização, como a Residência Médica. Esta proposta tem como marco mundial mais recente a Declaração de Edinburg (39) que preconizava para os países em desenvolvimento o compromisso da Medicina como “serviço”, sendo indispensável destacar na formação médica as necessidades das populações em risco e as patologias epidemiologicamente significativas. Para Feuerwerker (40) seu reflexo na América Latina é materializado pelo projeto EMA - Educação Médica nas Américas, que

defende explicitamente que nos países em desenvolvimento a formação médica seja voltada para os “ambientes de trabalho”, principalmente de Atenção Básica, “porque os graduandos em Medicina precisam ingressar imediatamente no mercado de trabalho”, dadas as particularidades e necessidades locais.

Ao examinarmos o projeto para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, elaborado pela Organização Pan Americana de Saúde (11) verificamos que entre os desafios e metas dessa instituição, para a América Latina estão: Criar mecanismos de cooperação entre as instituições de formação e os serviços de Saúde, para que seja possível adaptar a formação dos profissionais de saúde, a um modelo universal e equitativo de prestação de atenção de boa qualidade e que satisfaça as necessidades de saúde de toda a população. Para isso foram criadas algumas metas para serem perseguidas no período 2007-2015. Estas metas refletem em parte alguns dos problemas fundamentais da formação médica nos países Latino-Americanos tais como: a falta de compromisso social de muitas escolas com a atenção a saúde da população; o alto custo da saúde refletido pela elevada proporção de médicos especializados em relação aos médicos generalistas e ou médicos de Família; os precários conhecimentos e habilidades por parte dos egressos das escolas médicas para o trabalho na atenção primária em saúde; a ênfase em um modelo biologicista; a centralização de praticas de aprendizagem em hospitais terciários; a ausência de um enfoque de promoção da Saúde e prevenção das doenças em nível individual, familiar e comunitário desde o inicio da formação Médica, assim como a carência de uma formação integral, a partir de perspectivas técnicas e humanistas.

5.3 FORMAÇÃO MÉDICA NOS ESPAÇOS BRASILEIROS

O movimento da Reforma Sanitária inicia no Brasil, aproximadamente na segunda metade da década de 1970. Esse movimento caracterizava-se por discutir o modelo assistencial da saúde no Brasil: médico centrado, individualista e orbitando quase que exclusivamente em torno do complexo médico-industrial vigente. Segundo Nogueira (41) uma das bandeiras da reforma sanitária era a necessidade de associar a saúde pública e a assistência médica em um só ministério. Neste

momento histórico todos os debates e discussões são profundamente influenciados pela necessidade de restaurar a democracia e combater a ditadura militar em que o país está imerso. A partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (42), em 1986, desenhou-se, então, o projeto de construção de um sistema público de saúde, pautado numa concepção ampliada de saúde e no lema – “Saúde como direito de todos e dever do Estado”. A aprovação da nova constituição em 1988 e das Leis Orgânicas (Lei 8080 e Lei 8142), em 1990, garantiu legalmente o SUS (Sistema Único de Saúde) dentro dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, hierarquização da assistência e participação da comunidade.

Para Nogueira (41), com a reforma universitária de 1968, o conteúdo curricular das escolas médicas ajustou-se ao modelo flexneriano, que tornou obrigatório o ensino centrado no hospital e oficializou a separação entre ciclo básico e profissional. Embora essa reformulação tenha modernizado o ensino médico, ao propor uma formação com base científica, também teve seus efeitos colaterais negativos, imprimindo características demasiado mecanicistas, biologicistas e individualizantes. Segundo Targino (43), a educação varia com o tempo e o meio, e para Pilletti (44), parece prevalecer um aspecto comum: inculcar ideias, sentimentos e práticas.

Não é possível postular uma educação ideal, pois ela toma a forma da estrutura das sociedades. Imagina-se que os homens de cada tempo organizam a sociedade voluntária e conscientemente para realizar fins determinados (45). De acordo com um estudo da Cinaem (46) - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, os recém-graduados em Medicina no Brasil terminam o curso com apenas metade dos conhecimentos que deveriam ter, e a residência médica passou a ser a continuidade natural da graduação.

Porém, quando vamos observar a opção para a residência Médica há uma tendência a reproduzir este modelo tecnicista e de super-especialização. Em pesquisa da Fundap (47), verificou-se que as áreas menos procuradas pelos graduados eram exatamente aquelas das "especialidades gerais". Não existiam, até aquele momento, por parte das escolas, dos hospitais ou dos governos, políticas que priorizassem a formação desta ou daquela especialidade. Para Padilha e Feuerwerker (48) há uma necessidade de mudar a educação dos médicos e dos profissionais de saúde. As publicações sobre educação médica contêm inúmeras referências a temas como falta de preparo dos docentes, baixa produção de

conhecimento, currículos herméticos com carga horária excessiva, teoria desligada da prática, ciclos básico e clínico totalmente dissociados, ênfase nas especialidades com utilização maciça de tecnologia, gerando, em seu conjunto, profissionais médicos que irão ter uma prática profissional impessoal, fora de contexto e longe de atender as necessidades da população por atenção à saúde.

Em estudo realizado em 1999 pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Medicina da Unicamp (49), envolvendo 14 faculdades públicas de Medicina no Brasil, mostrou que 86% da carga horária dos estágios práticos dos cursos médicos se desenvolvem dentro de Hospitais Universitários, enquanto que apenas 14% da formação médica ocorre em centros de saúde ou em outras modalidades de serviços do SUS, em espaços externos às Faculdades. Pode-se afirmar que esse percentual (14%) tem peso qualitativo e quantitativo pequeno, na composição curricular. Durante quase toda a fase de formação clínica, incluindo a de internato, os alunos são treinados dentro dos denominados Hospitais Universitários. Que lógica presidira a organização destes Hospitais Universitários? Que responsabilidade assistencial estariam assumindo? E a que lógica assistencial obedeceriam? Enfim, que imaginário estariam conformando entre os futuros médicos? De qualquer maneira, a lógica que os estrutura é a da super especialização, com todas as consequências daí decorrentes. Estes serviços valorizam uma clínica centrada em "procedimentos tecnológicos" e pouco cultivam aquela clínica trabalho-humano centrada (50)(51)(52).

Em quase todos estes serviços ocorre um enfraquecimento das equipes mais generalistas. Além do mais, cada uma destas disciplinas estrutura-se segundo uma lógica inadequada. Ao estruturar cursos, estes professores-especialistas procedem como se todos os alunos fossem ser especialistas na área em que o aluno está passando naquele momento. Como ensinar cirurgia geral, pediatria, clínica médica, psiquiatria e saúde pública em serviços estruturados para o atendimento especializado? É verdade sim que o Brasil precisa de hospitais especializados. O que se advoga, seria a inadequação destes hospitais para o ensino de graduação de Medicina, com a intensidade e peso na grade curricular, como posto hoje. São serviços ótimos para residência médica em algumas especialidades, pós-graduação e realização de pesquisa de ponta. Mas não estão servindo para formar médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral. Neste sentido, e somente neste sentido, deve-se proceder a um deslocamento dos espaços práticos de ensino da

graduação médica. Precisamos formar profissionais de saúde, saindo do intramuros, treinando-os também em centros de saúde, ambulatórios, hospitais-dia, em domicílios, na comunidade, em escolas etc. É necessário apostar na expansão dos espaços de ensino.

De que médico necessita o sistema público de saúde? O essencial nesta discussão - generalistas ou especialistas, é a proporção; o equilíbrio - conforme necessidades sanitárias e disponibilidade de recursos. Até mesmo porque ambos os tipos de profissionais são necessários ao SUS, desde que distribuídos adequadamente.

Fundamental é discutir a capacidade de produzir saúde por parte dos médicos formados no modelo atual. São potentes para promover a saúde, ou seja, para prevenir, curar e reabilitar doenças? São capazes de se integrar a variados modelos de serviço, conforme variem as necessidades de saúde? Sabem trabalhar em centros de saúde, hospitais gerais, em atenção domiciliar, etc., utilizando-se do que houver de mais moderno, eficaz e acessível em tecnologias médicas e/ou sanitárias?

A crise contemporânea da clínica explica-se em grande parte pelo fato de tanto o ensino, quanto a assistência e a pesquisa, terem se centrado quase que exclusivamente na última modalidade de serviço acima citado, ou seja, nas tecnologias. Segundo Ribeiro (53) procede-se como se a especialização fosse toda a Medicina, como se o atendimento especializado fosse toda a assistência. O resultado é uma crise de eficácia da clínica, somada, paradoxalmente, a uma outra crise denominada de custos crescentes - para mesmos resultados se gasta cada vez mais dinheiro, consultas, exames, etc.

5.4 FORMAÇÃO MÉDICA NO RIO GRANDE DO SUL

Seguindo o compasso nacional, é a partir de 1920 aproximadamente que inicia em nosso estado uma preocupação governamental com as doenças que afligem os grandes conglomerados populacionais, valendo citar: malária, esquistossomose, doença de Chagas, verminoses, tuberculose, lepra, desnutrição, etc. Segundo Luz (54) essa visão da saúde inicia com a reforma Carlos Chagas de

1921 e a criação do então Departamento Nacional de Saúde Pública. Inicia-se o combate às endemias rurais, a preocupação com a higiene industrial, os serviços de higiene materno-infantil, bem como o saneamento urbano e rural, que é então a principal ocupação dos recém criados Centro de Saúde. Em Porto Alegre, em 1941, é inaugurado e passa a funcionar o Centro de Saúde Modelo. Aqui se verifica uma prática médica claramente higienista nos centros de Saúde – preocupados em controlar as doenças infecto contagiosas, com a aplicação de vacinas; e uma visão de que a prática curativa das doenças deve ser realizada nos hospitais. Desenha-se então a ideia de Medicina Básica, sem tecnologias, para os postos de saúde e a Medicina curativa, baseada em procedimentos invasivos (cirurgias), exames e tecnologias de ponta, bem como equipamentos - para os hospitais. E este é o imaginário de assistência a saúde que passa a preponderar na sociedade em geral.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre foi fundada em 1803. A tradição que a Santa Casa de Misericórdia tem no campo de ensino é centenária. Foi neste hospital que surgiu a primeira escola de Medicina do Rio Grande do Sul, em 1898: a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que passa a funcionar junto ao HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre a partir da criação deste em 1970. Em 1953 foi criada a hoje denominada UFCSPA - Universidade Federal de ciências da Saúde de Porto Alegre. Entre 1956 e 1969 são inauguradas mais sete faculdades de Medicina no Rio grande do Sul (55), e em 1996 inicia a faculdade de Medicina da ULBRA - Universidade Luterana do Brasil a mais jovem com turmas de médicos já formadas. Note-se que sempre as faculdades são criadas junto a grandes hospitais e com uma forte inclinação do curso médico, para funcionar dentro das estruturas operacionais e departamentos do hospital.

É somente na década de 70, aproximadamente, que os municípios do Rio Grande do Sul passam a investir em postos de saúde e ambulatórios, dentro do modelo conhecido hoje, com atendimento médico integral, isto é, promovendo o atendimento centrado nas necessidades dos indivíduos, família e comunidade. A partir de 2002, com o PROMED, avançam as discussões sobre a importante transformação que necessita ser dada aos cursos médicos para que os mesmos consigam introduzir novos cenários na formação dos profissionais, para além dos horizontes hospitalares.

Segundo Mattos (56), se o ensino médico brasileiro ocorre preferentemente em hospitais universitários, significa que nossos estudantes têm sido orientados a utilizar recursos tecnológicos sofisticados, muitas vezes desnecessários, como forma de compensar as deficiências de sua formação profissional e este é o viés do modelo vigente. Além disto, e nesta lógica, os alunos têm contato mais frequente com problemas menos comuns ou menos prevalentes dentre os que afligem as pessoas no decorrer de suas vidas.

Entre os primeiros estudos acadêmicos Brasileiros que encontramos na literatura sobre escolha de especialização Médica está o de Cruz (15) em 1976, na Cidade de São Paulo.

6 MODELO DE ANÁLISE

O estudo tem por baliza alguns aspectos do Individualismo Metodológico (57), principalmente aqueles que consideram a realidade como um processo em constante transformação, contraditório e dialético, onde a construção histórica é permeada por valores sociais, políticos, culturais, educacionais, econômicos, étnicos e de gênero e está relacionado com a RCT – Teoria das escolhas racionais e com a escola da análise estratégica. Trata-se de uma corrente de análise social que se desenvolve nos anos 70 (sec.XX), tendo como principais representantes – Raymond Boudon e Paul Lazarsfeld. É citada como a metodologia por excelência para tratar de temas relativos à dificuldade da mudança social. O foco da análise sociológica é o indivíduo, e por isso a realidade social é a justaposição de ações individuais. O indivíduo, e sua capacidade estratégica, é entendido como um ator, um agente consciente e responsável, portador de racionalidade, ainda que limitada. Mesmo sujeito a constrangimentos institucionais, o indivíduo é detentor de uma certa margem de autonomia, que lhe permite estabelecer táticas, para satisfação de seus interesses. Grande parte dos postulados do Individualismo Metodológico são resultados da interpretação de fenômenos aparentemente contraditórios.

Em função disso é preciso considerar, ao analisar a realidade de um dado fenômeno, que existem diferentes maneiras de avaliar um comportamento - tal como o das escolhas profissionais. A racionalidade dos indivíduos (internos de Medicina) em fazer a melhor escolha (Residência Médica) a partir de determinados valores (econômicos, sociais, culturais, etc.) pode muitas vezes não estar em sintonia com a realidade e as necessidades de saúde do país.

É potencialmente difícil mobilizar as pessoas para produzirem bens coletivos ou fazerem escolhas socialmente desejáveis, como em uma profissão, ou neste caso - uma especialidade profissional. Os aspectos pessoais que interferem nesta decisão, na grande maioria dos casos, não consideram aspectos sociais, e, mais especificamente nesta questão, que é a distribuição de vagas por Especialidade Médica, socialmente necessárias para uma adequada organização da rede de assistência médica integral no Brasil, menos ainda. Geralmente, o sextanista de Medicina faz sua opção pensando no seu futuro local de trabalho, no status

profissional auferido, na remuneração que será percebida, etc. Note-se que todos estes aspectos são de ordem pessoal, e não consideram os aspectos coletivos.

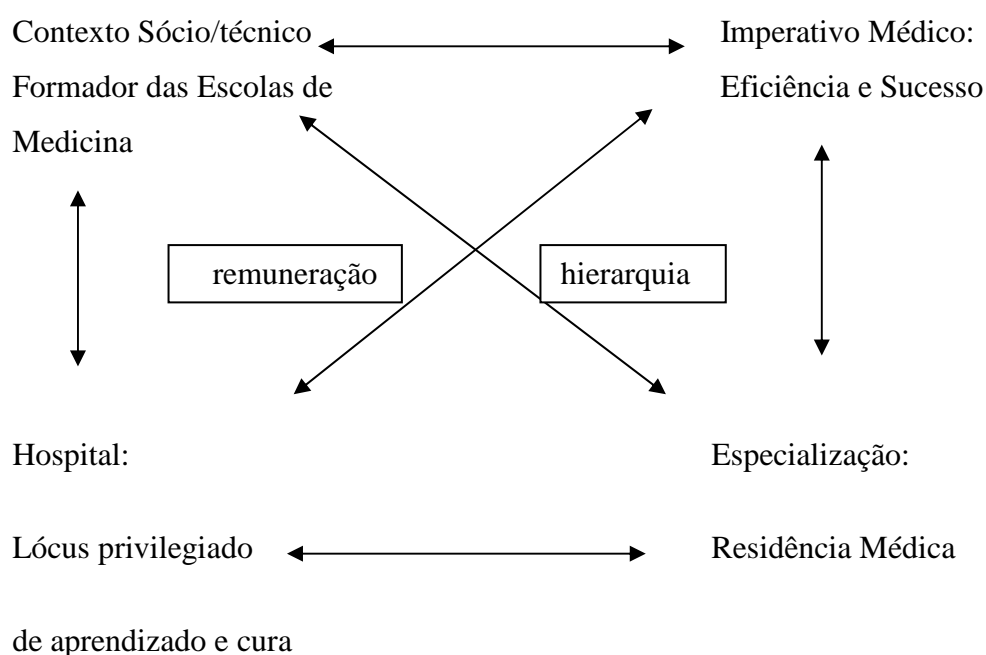
São constantes os debates e ações, em busca de um modelo para formação de um novo profissional formado, logicamente, por uma nova escola médica.

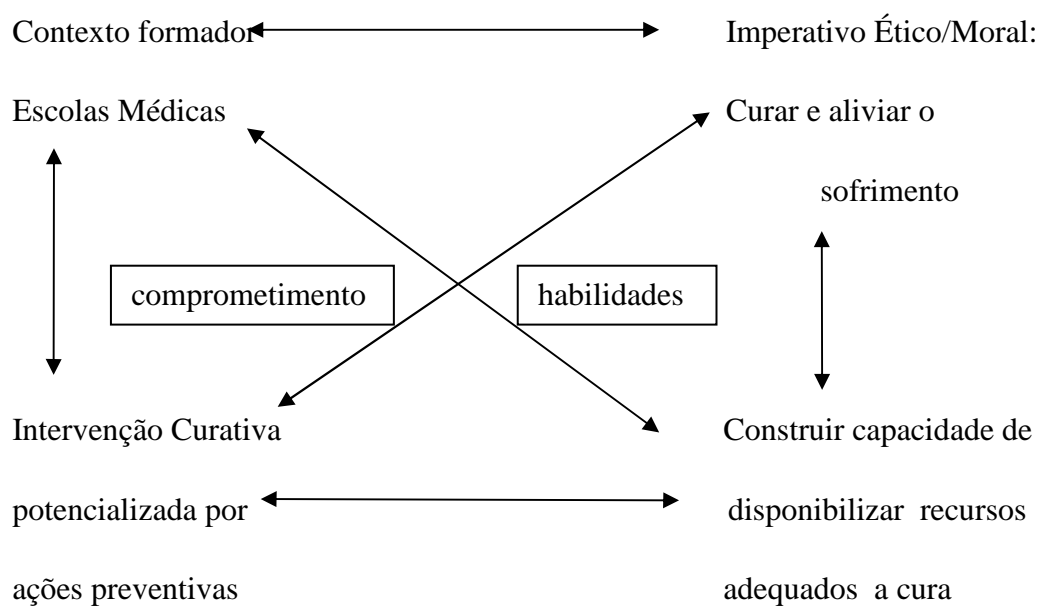
Uma escola, que mais do que apenas voltada para a obtenção de um grau de excelência, possa produzir um profissional comprometido com outros valores, como a defesa da vida individual e coletiva, e que mais do que um *expert* em certos procedimentos tecnológicos seja também um cuidador, isto é, capaz de buscar não somente a melhor resolução técnica possível para os problemas de saúde como, também, implicado com a inclusão de seus usuários ou clientes no mundo de cidadania, de modo permanente e solidário(58).

Embora existam medidas governamentais que estimulem um sistema de saúde mais voltado para a atenção primária, como o ESF, por exemplo, outros aspectos: sociais (status médico), econômicos (outras áreas da Medicina remuneram melhor), influências familiares, influências acadêmicas, etc., ainda direcionam os nossos egressos das escolas médicas para outras especialidades.

A seguir apresentamos os dois modelos pelo qual se pode ter uma ideia de como se constroem as escolhas e como vão impactar na formação dos especialistas (Médicos Residentes).

Modelo 1 - Atual: Tecnicismo/Biologicismo



Modelo 2 – Utópico: Altruísmo/Academicismo/Ideologia

7 OBJETIVOS

7.1 GERAL

- Identificar, em dois cursos de Medicina do Rio Grande do Sul, aspectos sociais, culturais e econômicos que influenciam a decisão de estudantes do sexto ano (internato) na escolha da especialização/residência médica.

7.2 ESPECÍFICOS

- Verificar a partir das escolhas acadêmicas, aquelas que estão mais correlacionadas ao projeto político pedagógico da instituição formadora e das políticas de formação para pós-graduação médica do MEC.
- Sugerir propostas que possam contribuir no debate do aperfeiçoamento curricular e nas estratégias que maximizem os esforços de qualificação profissional, nos espaços de atuação e formação médica.

8 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

8.1 DELINEAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO

Trata-se de um estudo analítico, tipo exploratório/ensaística (59)(60). Dado que se trata de um estudo exploratório, todos os alunos das turmas foram convidados e considerados como “informantes qualificados”, e partir daí, incluídos no estudo como foco de análise. A estratégia foi a utilização de uma base de dados obtido a partir de preenchimento de questionário, pesquisa bibliográfica e análise do conteúdo das respostas obtidas, após a construção de categorias analíticas. O questionário aplicado, com perguntas fechadas e abertas, teve quatro etapas em sua confecção: montagem do questionário com base no GQ Graduation Questionnaire, versão 2008 da AAMM - Association of American Medical Colleges (61). Na composição do questionário montou-se uma parte inicial com questões objetivas e fechadas, que abordam questões mais gerais: gênero, cor, faixa etária, aspectos econômicas, sociais, etc. Para a enquete mais específica e central do instrumento foram criadas cinco categorias: Tecnicismo/Biologicismo; Remuneração; Altruísmo/Ideologia; Influência Acadêmica e Influência Familiar, contidas em cinco frases estruturadas, com respostas em escala de Likert, e uma questão final aberta, para livre expressão, que gerou a criação de categorias de análise.

A versão inicial foi aplicada como piloto em 6 alunos da ULBRA. A segunda versão, com algumas alterações, foi aplicada em 37 alunos da UFPEL – Universidade federal de Pelotas, operacionalizando a validação interna. Na sequência o instrumento foi preenchido por alunos do sexto ano (internato médico) do curso de Medicina da UFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, entidade pública e Federal e da ULBRA - Universidade Luterana do Brasil, que é confessional luterana e particular. As secretarias das faculdades de Medicina das referidas instituições forneceram as listagens de alunos regularmente matriculados no sexto ano (internato Médico) e, juntamente com as comissões de formatura das turmas médicas, obtivemos a informação das datas, nas quais as turmas se reuniram. Naquele momento, todos os alunos foram convidados, de forma

presencial e individualmente, pelo pesquisador, a responder o questionário de forma espontânea. Aqueles que não responderam por qualquer motivo ou alegação foram considerados como perda.

A pesquisa obteve aprovação em comitê de ética em pesquisa CEP – ULBRA 2009 - 309H e para a realização dos trabalhos foi obtida a autorização da direção das Faculdades de Medicina, envolvidas no processo, em todas as etapas do mesmo. O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e assinado por todos os alunos envolvidos no estudo (62).

8.2 SUJEITOS /AMOSTRA

- Estudantes do sexto ano de Medicina, de duas Universidades - uma pública e outra particular - de Porto Alegre e região metropolitana.
- Tamanho de Amostra e Poder: Foram analisados os questionários que estavam corretamente preenchidos. O questionário de pesquisa foi aplicado em 79 alunos (84,04%) de um total de 94 alunos da UFCSPA e em 85 alunos (82,52%) de um total de 103 alunos da ULBRA. No total, 164 alunos responderam de forma adequada ao questionário.

8.3 ESTATÍSTICAS

Foi utilizado o programa Le sphinx plus, versão 4.5 – 2003, para programar o questionário, formatar, tabular resultados e também para processar os dados do instrumento e análise estatística. Utilizou-se ainda o programa SPSS versão v-14.0 para processamento de dados. O teste do qui-quadrado foi utilizado ao nível de 5% de significância para avaliar a associação entre variáveis (63) (64).

9 RESULTADOS

9.1 OS ASPECTOS SOCIAIS, CULTURAIS E ECONÔMICOS INFLUENCIANDO A DECISÃO DE ESTUDANTES DO SEXTO ANO NA ESCOLHA DA ESPECIALIZAÇÃO

Ao analisar o conjunto total de alunos, em relação ao gênero, verificou-se um predomínio do sexo feminino - 67,1% de mulheres, em relação ao masculino - 32,9% - isso na faculdade particular, onde há mais do que o dobro de mulheres em relação aos homens. Já na escola pública encontramos uma distribuição praticamente homogênea, com um número de mulheres - 48,1% praticamente igual ao de homens - 51,9%. Dos indicadores relativos às origens sociais e demográficas dos alunos, o que expressa de modo mais contundente as mudanças em sua composição é a divisão por sexo. A distribuição de alunos por gênero nas faculdades de Medicina não foi sempre assim. Percebe-se um nítido crescimento do número de mulheres nos cursos médicos. Até a década de 1960, em estudo realizado em arquivos da Faculdade de Medicina da UFRGS por Coradini (65), a presença de alunos do sexo feminino é extremamente marginal, mas não inexistente – 0,65% entre 1900 e 1930; 1,8% na década de 40 e 5% na década de 50 e 60. Já para a turma com ingresso na década de 80, quase a metade (42,06%) dos alunos é do sexo feminino. Portanto, a “feminização” é um fenômeno que ocorre a partir das décadas de 1970 e 1980.

Em estudo realizado por Dal poz e Varella (66) sobre recursos humanos em saúde no Mercosul, algumas tendências podem ser claramente observadas e percebe-se que a participação feminina na força de trabalho em saúde continua aumentando. No período entre 1970/1980, a participação feminina cresceu de 40 para 60% do total da força de trabalho em saúde. Esse processo repercute fortemente no nível de remuneração dos profissionais, pois, historicamente, a mão de obra feminina ainda tem sido menos remunerada relativamente. Nosso estudo encontrou uma associação significativa entre especialidades e gênero ($p < 0,001$), sendo que Cirurgia e Traumatologia/Ortopedia estando mais correlacionadas com homens e Dermatologia, Medicina Interna e Pediatria estando mais correlacionadas com mulheres.

Em 1993, na região sul, conforme registro do CRM – Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, tínhamos 76,56% dos médicos homens e 23,44% dos médicos mulheres.

Em relação a faixa etária e opção de residência encontrou-se uma associação positiva entre ter idade menor que 25 anos e opção por cardiologia (R aj.=2,0) e radiologia (R aj.=2,4).

A questão racial mostrou que a grande maioria dos alunos de Medicina são brancos – mais de 96%, com uma parcela muito pequena de negros e amarelos. Na universidade pública a discrepância ainda é maior, indicando que no curso médico, o acesso da população afrodescendente ainda é muito discreto, e não reflete a formação étnica do tecido social Brasileiro, embora existam movimentos governamentais para ampliação do acesso desta população a universidade.

Em aproximadamente 50% dos alunos, o grupo familiar é composto de quatro pessoas e a maioria dos alunos da escola particular provém do interior – 56%, enquanto na escola pública, a maioria dos alunos – 48% é da capital e região metropolitana. Em torno de 10% (8,3% na escola privada e 12,7% na escola pública) dos alunos procede de outros estados. O teste do qui-quadrado mostrou uma associação positiva entre a escolha da residência em Pediatria e ser procedente da capital e região metropolitana (R aj.= 2,8). A outra associação positiva encontrada foi entre optar por Ortopedia/Traumatologia e ter procedência de fora de do Rio Grande do Sul (R aj. = 2,1).

Em relação ao estado civil, verificou-se que mais de 96% dos alunos nas duas escolas são solteiros. Percebe-se o contraste com estudo realizado por Cruz (15) em São Paulo, também em faculdades da capital, porém, no final da década de 70, o índice de casados encontrado foi de 37%. Podemos verificar que em aproximadamente três décadas (1980-2010) houve uma alteração de comportamento em relação ao status marital, com um possível adiamento do casamento, para além da terceira década de vida. Análise semelhante pode ser feita em relação à existência de filhos, já que encontramos mais de 98% dos alunos, descrevendo a ausência de prole. Fenômeno bem atual e já bastante descrito é o adiamento da maternidade, por parte das jovens médicas que, nesta fase da vida, entre os vinte e trinta anos de idade, priorizam a carreira profissional.

Um pouco mais da metade do conjunto total dos alunos pratica esportes – 55%, sendo que futebol, academia de ginástica e corrida, as três modalidades mais

citadas na escola particular (75%) e futebol, academia de ginástica, corrida e natação perfazendo 88% da preferência dos alunos da escola pública. Em torno de 60% dos alunos refere não ter credo religioso, e dos que professam alguma religião, mais que 75% são católicos e o segundo credo mais citado é o espiritismo – em torno de 12%.

Mais de 98% dos alunos gostam de música, sendo que Rock, MPB e pop são os três estilos musicais mais citados. Em torno de 80% dos alunos das duas escolas referiu ler até seis livros não técnicos por ano, o que produz uma média de um livro lido por bimestre, fora da área da Medicina. Romance, ficção e humanidades são os três estilos literários mais citados - 80%. A média baixa de leitura de livros não técnicos provavelmente está associada à crescente carga de textos técnicos, que cada vez mais o acadêmico de Medicina necessita ler. Esse fator contribui também para uma compreensão menos elaborada de aspectos sociológicos, antropológicos, etc. que são também fundamentais para a prática de uma Medicina mais integral.

Os pais de mais de 85% dos alunos das duas escolas possuem nível superior de instrução, sendo que aproximadamente a metade daqueles, possui pós-graduação. Este percentual contrasta com o estudo realizado por Coradini (65), realizado entre alunos da escola de Medicina da UFRGS, onde menos de 50% dos alunos tinha pais com nível superior. Para este autor, pode-se inferir que a ampliação da escolaridade dos pais e o fato de exercerem profissões mais bem remuneradas traduzem-se em maiores investimentos na educação dos filhos desde antes do ingresso no curso superior. Observa-se uma transição onde a ocupação de espaços sociais privilegiados, como os bancos acadêmicos na faculdade de Medicina, passa de uma espécie de determinismo econômico ou político, para um acesso mais ampliado, provavelmente porque o acesso cultural, no sentido de acesso ao conhecimento, nos dias atuais está relativamente mais universalizado. Observou-se uma associação positiva entre o nível de instrução superior dos pais e a opção de residência em otorrinolaringologia. (R aj.=2,4).

Em relação à presença de familiar na Medicina, 50% e 60% dos alunos da escola pública e privada, respectivamente, possuem familiar médico. Os pais de 25% dos alunos da escola pública são médicos e 46% na escola privada. Coradini (65) descreveu uma média histórica, onde aproximadamente 25% dos alunos de escola médica pública em Porto Alegre são filhos de Médicos. A Medicina é a primeira graduação em mais de 96% dos alunos nos dois grupos estudados. Em

relação à acessibilidade, mais de 98% dos alunos das duas escolas possuem comunicação com internet em alta velocidade e mais de 80% dos alunos da escola particular possui automóvel, sendo que este índice cai para 46% na escola pública. A renda familiar citada por 94% dos alunos da escola privada é acima de 10 salários mínimos, sendo que 49% referiram renda familiar maior que 30 salários mínimos. Na escola pública 82% referiu ter renda familiar acima de 10 salários mínimos, porém somente 19% auferem mais de 30 salários mínimos/mês. Encontrou-se uma associação positiva entre a faixa de renda familiar de 11 a 20 salários mínimos e a opção de residência em otorrinolaringologia ($R_{aj.} = 2,4$).

O aspecto de influência por nós denominado **Tecniscismo/Biologicismo** foi apontado como concordante por mais de 94% dos alunos da escola particular, com 67% concordando muito e 26% concordando pouco. Na escola pública este aspecto ficou na faixa de concordância por mais de 87% dos alunos, com 46% concordando muito e 41% concordando pouco. Este resultado é coerente com a resposta assinalada pelos alunos, já que a categorias afinidade técnica foi a mais citada entre todas.

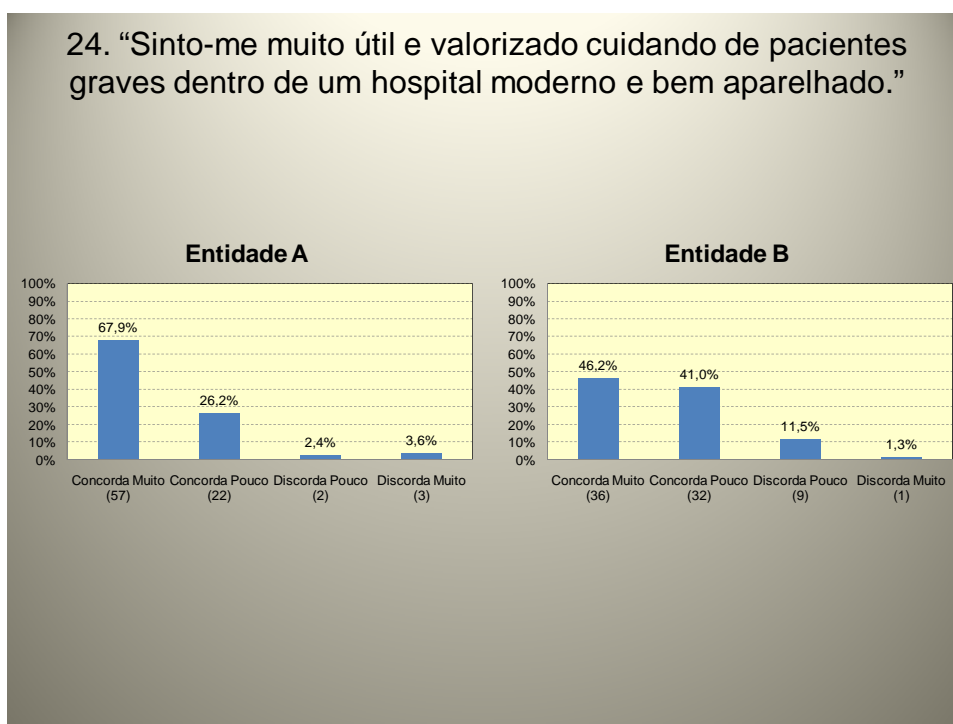


Figura 1

O aspecto de influência **Remuneração** obteve mais de 84% de concordância na escola particular e mais de 82% na escola pública, apontando para uma ideia bastante homogênea entre os formandos, em relação à expectativa de ganhos econômicos. A remuneração foi a segunda categoria que influencia a decisão pela especialidade mais citada entre os aspectos descritos pelos alunos.

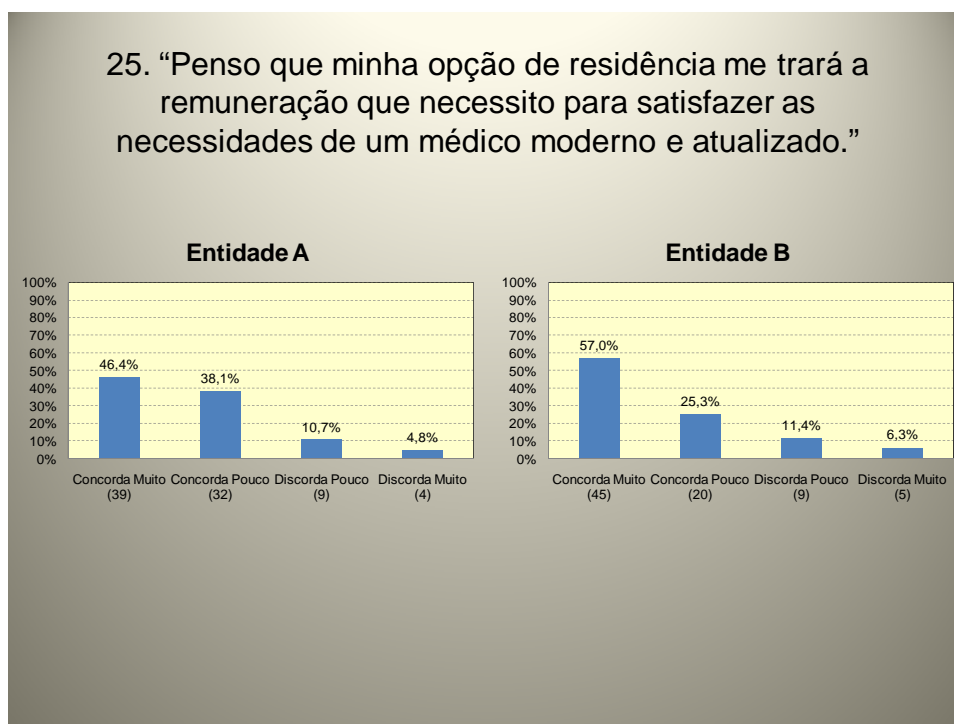


Figura 2

No aspecto **Altruísmo/Ideologias** encontramos uma distribuição entre concordantes e discordantes, mais homogênea com 65% dos alunos no campo concordante, porém 33% discordando deste aspecto, na escola particular. Já na escola pública - 63% na faixa de concordância e em torno de 36% na faixa da discordância. A categoria altruísmo influenciando a decisão de residência é bem menos citada entre os alunos das duas escolas, aparecendo com aproximadamente 5% nas duas escolas.

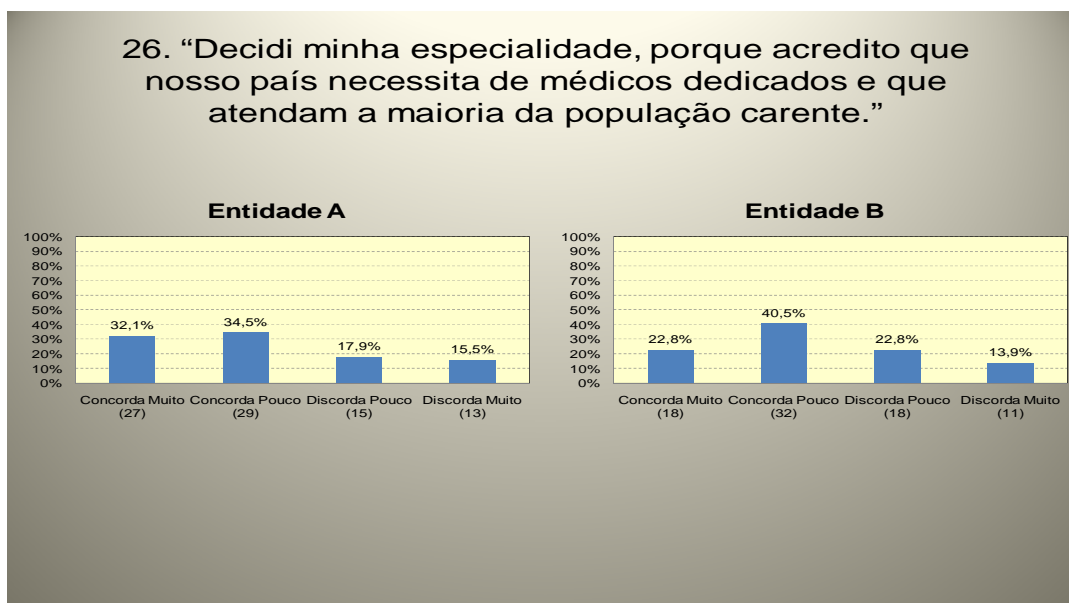


Figura 3

No aspecto **Influência Acadêmica** marcadamente os alunos das duas escolas concordam com essa influência, com mais de 76% na escola privada e em torno de 60% na escola pública. Porém em torno de 40% dos alunos da escola pública discordam desta influência. A influência acadêmica é a categoria menos citada pelos alunos da escola privada, e timidamente citada na escola pública com aproximadamente e somente 6,5% dos alunos

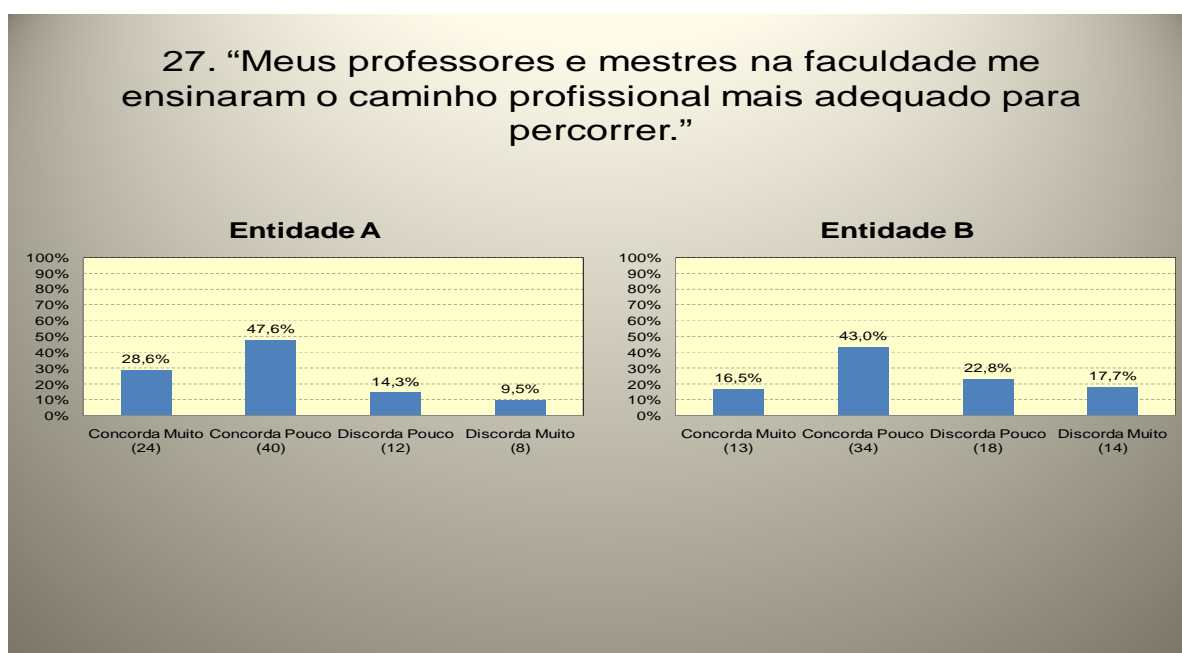


Figura 4

Já no aspecto **Influência Familiar** mais de 89% dos alunos na escola particular concordam e se julgam influenciados por esse aspecto e mais de 62% na escola pública. A alta influência na escola particular justifica-se pelo fator de profissão dos progenitores, já que quase 50% são filhos de médicos. Porém encontramos apenas 3,4% dos alunos na escola privada e 0,4% de alunos da escola pública relatando esta categoria de influência.

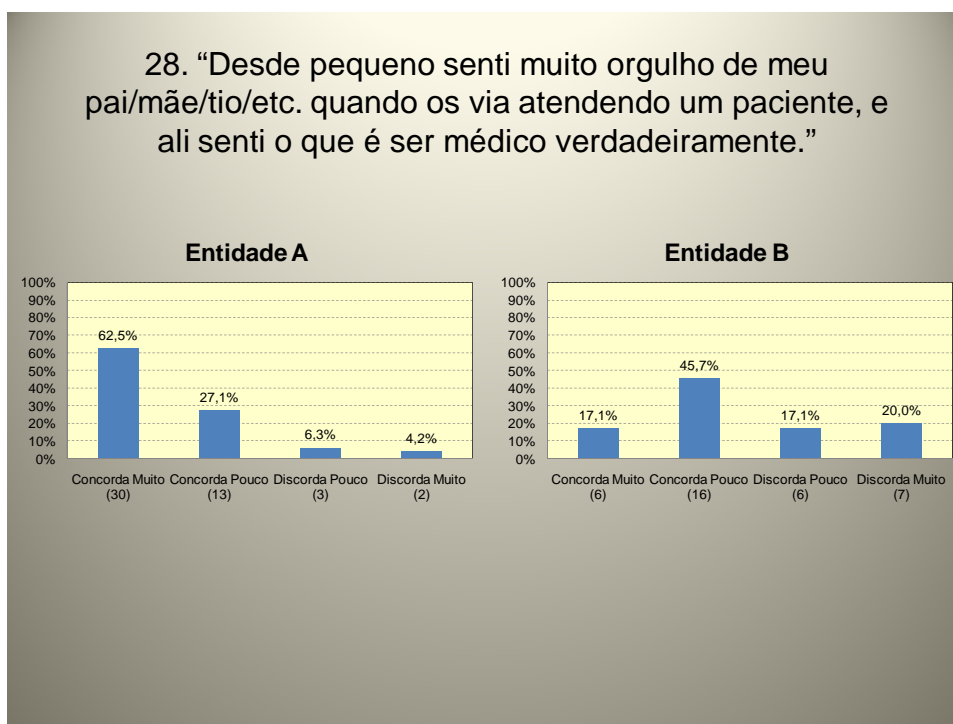


Figura 5

9.2 A CORRELAÇÃO ENTRE AS ESCOLHAS ACADÊMICAS, O PROJETO PEDAGÓGICO DAS INSTITUIÇÕES FORMADORAS E A POLÍTICA DE FORMAÇÃO PARA PÓS-GRADUAÇÃO MÉDICA DO MEC

Os projetos pedagógicos:

Curso de Medicina da ULBRA:

Tem como objetivo geral formar médicos generalistas com competências, conhecimentos, habilidades, valores e atitudes que lhes permitam atender às necessidades e preocupações pessoais de seus pacientes quanto à saúde no seu conceito mais amplo, englobando a família e a comunidade, estando apto a desenvolver formação especializada se assim o desejar. Procura atender às demandas sociais através de uma adequada inserção de suas práticas educativas e de atenção em saúde às políticas Públicas de Saúde de nosso país.

Curso de Medicina da UFCSPA:

Tem como objetivo formar médicos com conhecimentos, competências e habilidades que lhe permitam atuar em todos os níveis de atenção à saúde de forma integral e comprometida com o corpo social em que se inserem. O curso está estruturado para possibilitar o desenvolvimento do espírito crítico e reflexivo, da capacidade de auto aprendizado, bem como o desenvolvimento de atitudes e habilidades que possibilitem o desempenho profissional competente e ético. Fundamenta-se em uma perspectiva humanista, preconizando o trabalho em equipe, tal qual na organização do sistema de saúde vigente no país e nas perspectivas de trabalho da área. O aluno tem caminhos abertos ao longo do seu curso e poderá fazer as escolhas próprias, pessoais e dentro do contexto configurado pela realidade sócio-político-econômica do país. O profissional egresso deverá ser capaz de promover a melhoria da qualidade de vida de seus pacientes e da sua comunidade.

As diretrizes curriculares do MEC para a graduação em Medicina refletem o projeto pedagógico que os cursos de medicina devem possuir no Brasil:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico - com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

No art. 5º refere ainda que "A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas, entre outras:

I – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;

XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

No art. 7º, parágrafo 1º refere que: O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e

Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área.

No art. 12º refere, entre outras, que: A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;

VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

As áreas de residência médica definidas como prioritárias pelo programa Pró-residência do MEC são: Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria, Geriatria, Cancerologia Clínica e Cirúrgica, Radioterapia, Patologia, Anestesiologia, Medicina Intensiva, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia.

Percebe-se que há uma concordância de pressupostos político-pedagógicos entre as universidades estudadas e o que o MEC preconiza. Porém, o que queremos enfatizar neste ponto, é o descompasso que existe entre este aspecto teórico/ideológico que está dado pelo MEC e pelas universidades, e a distancia que existe entre esta concepção teórica e a pratica cotidiana atual dos alunos quando vão decidir por sua Especialização/Residência Médica.

Em nosso estudo a opção de residência mais procurada foi a cirurgia geral com 40% dos estudantes demonstrando interesse, seguida pela Medicina Interna/Clínica Médica com 31% da preferência. Importante ressaltar que dentro destas opções está contido o propósito de muitos acadêmicos: após concluir a residência em uma destas grandes áreas, seguir nas subespecialidades, como por exemplo: Urologia ou Proctologia, após a residência em Cirurgia Geral e Gastroenterologia ou Cardiologia, após a residência em Medicina Interna.

Em estudo de Hauer e col. (67), experiência educacional e estilo de vida foram fortemente relacionados à escolha da especialização em clínica médica. Ao somarmos os percentuais, de Cirurgia e Medicina Interna, já temos 70% dos alunos com sua intenção delineada, e em especialidades com forte dependência de centros de atenção terciária – Hospitais, e atuação discreta em atenção primária. A Ginecologia/Obstetrícia na entidade A, com 13% e a Pediatria na entidade B com 10%, vem a seguir, em terceiro lugar. Estas especialidades têm uma possibilidade maior de atuação na atenção primária, pois tem mais possibilidades de dividir sua atuação profissional entre atividades em hospitais e atenção básica. Exemplifica-se

com a puericultura no caso da Pediatria e o pré-natal no caso da Obstetrícia. Na sequência várias especialidades são citadas perfazendo a pequena parcela de 20%.

Cabe aqui lembrar as recomendações da II Conferência de Edinburgh (68), que refere, entre outras, da necessidade de haver formulação de políticas que promovam o equilíbrio e a correta distribuição da formação entre especialistas e generalistas.

Na opção pela especialidade mais intimamente relacionada com a atenção primária – Medicina de família e Comunidade encontramos apenas dois alunos oriundos da escola pública e nenhum aluno da escola privada com esta escolha. Ao analisarmos a segunda opção, verificamos tres alunos com esta intenção na Faculdade Federal, e somente um aluno da escola privada. Estes números geram percentuais praticamente desprezíveis se comparados com as outras opções dos alunos e se formos avaliar as necessidades de matriciamento assistencial do país. Em estudo de Bland e col. (33), que analisou fatores determinantes na escolha de especialidades ligadas a cuidados primários nos EUA, os autores encontraram as seguintes características associadas aos estudantes: ser do gênero feminino; com idade mais avançada; estar casados; ser filhos de pais não médicos; ter expectativas menores de ganhos financeiros; estar interessado em diversos pacientes e problemas de saúde; ter menor em prestígio, alta tecnologia e áreas cirúrgicas. Outros fatores incluem ainda a exposição precoce dos alunos com professores da prática de família, além de exposição maior em estágios em atenção primária. Verificou-se ainda, que os estudantes possuem, em geral, uma falta de compreensão sobre as especialidades como fator de confusão para a decisão e escolha da carreira, bem como existe uma imagem distorcida das especialidades de Atenção Primária à Saúde, na forma como eles aprendem nos contextos acadêmicos atuais. Os alunos são influenciados ainda pela cultura das instituições em que fazem sua formação/treinamento, e um fator importante de influência é a representação relativa que o departamento de Atenção Primária exerce no contexto da faculdade. Por outro lado, a cultura institucional e a composição do corpo docente são largamente determinadas pela missão de cada escola. Existe uma associação forte e consistente, nos EUA, frequentemente encontrados entre escolas públicas e um número maior de médicos especializados em cuidados primários. O fato é que a Medicina de Família vem sendo cada vez mais menos pretendida no Brasil e no Mundo. Em porto Alegre, no GHC – Grupo Hospitalar Conceição, atualmente o

maior pólo formador de Médicos de Atenção Primária, a procura pela especialidade caiu 70% nos últimos dois anos, com apenas 5 alunos ocupando as 22 vagas para residência disponíveis em 2010. Em outro serviço com tradição na formação desta especialidade – O Centro de saúde Escola Murialdo, a procura pela residência em MFC caiu em 2010: das 7 vagas ofertadas – uma foi ocupada.

Em contraposição, neste mesmo momento, nas outras especialidades que foram apontadas como prioritárias pelo Pró-Residência do MEC, o GHC, teve todas as suas vagas ocupadas em 2010: Cancerologia Clínica: 6 vagas – 2 R1, 2 R2, Cancerologia Cirúrgica: 3 Vagas - 1 R1, 1 R2, 1 R3; Terapia Intensiva: 4 Vagas - 2 R1, 2 R2; Neurocirurgia: 5 Vagas - 1 R1, 1 R2, 1 R3, 1 R4, 1 R5; Ortopedia e Traumatologia: Vagas - 3 R1, 3 R2, 3 R3 (R = Residente).

Segundo Mackean (69) no Canadá, na década de 1980, cerca de 40% dos graduandos em Medicina escolhiam Medicina de Família como primeira opção de residência. Em 1996, este número caiu para 32% e para 24% em 2003. Carga de trabalho excessiva, remuneração insuficiente e dificuldade em redirecionar a carreira estariam no centro da questão. Para Demarzo (70), o surgimento recente da especialidade, o histórico da baixa inserção do ensino na AB, sua caracterização exclusivamente pública e comunitária e os potenciais conflitos de campo profissional pouco favorecem a imagem da Medicina de família acadêmica e socialmente. Segundo Jordan (71) deve-se salientar que no Canadá historicamente tem se mantido uma divisão de vagas para residência Médica, com 50% para Medicina de Família e 50% para outras especialidades. E mais, o governo Canadense estimula e premia as Escolas Médicas que tiverem estudantes do ultimo ano ocupando vagas em residência de Medicina de Família. Internacionalmente a alta qualidade e o excelente custo benefício do sistema de saúde canadense tem sido atribuído em grande parte, ao forte embasamento e bom treinamento dos Médicos de Família, que promovem e coordenam cuidados de saúde para a população daquele País.

Já em Cuba, segundo Gómez e col. (72), entre as explicações para a diminuição da escolha na carreira de Medicina de Família, estão: a crescente dependência de tecnologias de atenção terciária; o financiamento desproporcional com mais recursos aplicados na atenção terciária; o baixo reconhecimento profissional dos Médicos de Família e poucas oportunidades de formação nesta especialidade; Educação Médica formatada para a formação de especialistas para atuar em hospitais.

No geral, para Campos (73) e Ronzani (74), o médico do PSF tem uma autoimagem profissional positiva e grande identificação com sua clínica. Está, porém, sujeito a alguns ressentimentos comuns ao manifestado em outros países, assim como a outros de ordem local: excesso de carga de trabalho; baixa remuneração e baixo status social e profissional; precariedade de vínculos trabalhistas; baixa integração com os demais níveis de complexidade; dificuldade de trabalho em equipe multiprofissional e na delimitação dos próprios papéis. Para Mello (21) não seria extremado dizer que, de um ponto de vista externo, a AB é vista como um local de baixa complexidade médica, com profissionais mal treinados e desestimulados na profissão.

Bodenheimer (75) e Phillips (76) relatam que nos EUA, após um crescimento significativo de médicos de família na década de 1990, a opção pelas áreas básicas vem caindo progressivamente desde 1998, prevendo-se uma crise real na Medicina primária caso não se consiga atrair os estudantes para carreiras da AP. Segundo Reuben (77) e Bodenheimer e col. (78), entre as principais causas, estão a remuneração e a sobrecarga de trabalho, influenciadas ainda pelo esforço necessário para manter a integralidade do cuidado, se comparadas à recompensa financeira da clínica centrada em procedimentos.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

10.1 A CONTRIBUIÇÃO AO DEBATE DO APERFEIÇOAMENTO CURRICULAR E AS ESTRATÉGIAS PARA MAXIMIZAR OS ESFORÇOS DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

A primeira consideração a ser feita diz respeito à natureza e o formato do trabalho de pesquisa: seus limites não possibilitam fazer afirmações de cunho mais geral, mas ficam expostos pontos para reflexão e discussão. Os dados apontam para uma realidade que devem ser tomadas em seu sentido restrito e como elementos fundantes das opções acadêmicas necessárias para aquele que como gestor, organiza o trânsito acadêmico de jovens profissionais em processo de formação.

Conforme artigo publicado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Unicamp (49) há uma tendência na Medicina de fechamento à saúde pública; alunos e professores subestimam a necessidade de incorporação destes saberes para o exercício de uma boa clínica. O mesmo acontece com a dimensão subjetiva. Os médicos foram progressivamente se desobrigando desta responsabilidade, em consequência perderam resolutividade, humanidade e prazer de trabalhar. O ensino em saúde pública não pode mais ser visto apenas como ponto de contato de alunos com a miséria e com o social. Inevitavelmente, portanto, é necessário que se proceda a um deslocamento do eixo sobre o qual é realizada a formação de profissionais da saúde: a maior parte do ensino de graduação não pode continuar encerrada nos especializados Hospitais Universitários.

Urge ampliar os espaços onde ocorre a formação clínica dos alunos, como já preconizado na II Conferência Mundial de Educação Médica em Edinburgh (68), que nas suas recomendações preconiza a integração da escola médica com os sistemas de saúde: “A boa educação médica demanda uma parceria com o sistema de atenção à saúde. Um médico contemporâneo não pode ser treinado apenas em Hospitais Universitários”, assim se reconhece a necessidade de diversificar os cenários de aprendizagem, com o objetivo de proporcionar aos estudantes a

oportunidade de visualizar a ampla gama de serviços existentes e também as diferentes formas de abordar os problemas de saúde e de doença: a promoção, a prevenção, o diagnóstico/ tratamento bem como a reabilitação nos diferentes modos de apresentação das doenças. Para que este deslocamento dos cenários de ensino ocorra de fato, existe a necessidade de as escolas articularem-se com o SUS. Procurar municípios e serviços estaduais para realização de acordos e contratos, que permitam a utilização de hospitais gerais, centros de saúde, hospitais-dia, ambulatórios, serviços de vigilância, etc., como campo permanente de estágio para os acadêmicos (49).

Conforme Padilha e Feuerwerker (79) pode-se dizer que existe quase uma exigência social de que se mude o processo de formação de médicos, para que se produzam profissionais mais adequados às necessidades da população. Profissionais com boa cultura médica social, sensíveis ao sofrimento humano, capazes de prestar atenção integral e humanizada, que trabalhem em equipe e considerem o contexto em que vive o paciente e os recursos disponíveis ao tomarem suas decisões.

Mello (80), refere que a escolha da carreira médica é condicionada por variáveis complexas e inter-relacionadas, incluindo aspectos pessoais, profissionais, acadêmicos e ideológicos. Neste momento, particularmente sensibilizado pelo cenário internacional, parece fundamental desvelar os sentimentos, motivações e expectativas pessoais e profissionais do médico de família no Brasil, de maneira que esta especialidade consiga exercer um poder de atração que supere o “idealismo” e a “militância”. É preciso que mais estudos analisem os aspectos que fazem com que certas especialidades Médicas, entre as assinaladas como prioritárias pelo Pró-Residência, tenham as vagas totalmente preenchidas nos programas de Residência Médica, enquanto outras especialidades, como, por exemplo, Pediatria e Medicina de Família, estão, neste momento, com sérias dificuldades para a ocupação das vagas disponíveis.

Essa situação pode ser modificada, na medida em que houver uma definição na distribuição e na quantidade de vagas para Residência Médica, que considere de forma mais importante a integralidade da saúde de toda a população, bem como os aspectos epidemiológicos e as evidências disponíveis, que apontarão claramente onde devem ser feitas as intervenções necessárias no país. A partir deste ponto as escolas Médicas precisam trabalhar com seus alunos em um novo paradigma, onde

o fazer médico cotidiano fica conectado com o tecido social em suas demandas e necessidades. Por outro lado e na mesma lógica, o Médico recém egresso da Residência Médica encontrará um local de reconhecimento técnico e profissional mais adequado para trabalho e desenvolvimento pessoal. Importante ainda salientar, que em um país que funciona sob a lógica de livre mercado, é necessário que os setores governamentais estimulem e promovam equalizações, nas áreas onde ainda persiste a baixa procura por parte dos alunos.

Entendemos ainda como importante a origem socioeconômica dos alunos e o seu imaginário de status e remuneração; os aspectos e influências familiares; os cenários em que ocorrem as práticas no cotidiano de formação do aluno; entre outros. Ainda é muito tímida a influência que as diretrizes curriculares propostas atualmente tem sobre o cotidiano e prática de professores, bem como na formação dos discentes. Ainda são pouco conhecidos em nosso meio, os mais variados aspectos: sociais, culturais e econômicos que podem interferir na decisão dos estudantes em optar por determinada especialização/residência médica.

É este desafiante caminho, complexo, multifacetado, que está posto hoje para as escolas médicas e seus jovens médicos em situação de formação profissional e iniciando a Residência Médica.

REFERÊNCIAS

- 1 Sartre J P. **O existencialismo é um humanismo**. Os pensadores. (s.c.): Nova Cultural, 1987.
- 2 Ciampa AC. Identidade. In: Lane STM, Codo W (Org.). **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense; 1984. p. 58-75.
- 3 Brasil, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. documento n. 1. "Expansão da Rede Escolar". In: Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Superior. Documentos do Ensino Médico, 3a. ed., Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 1989.
- 4 Brasil, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Ensino de Pós-graduação destinada a Médicos (Residência Médica). Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12498&Itemid=820. Acesso em 24 de out. de 2008.
- 5 Ministério da Saúde; Promed- Programa de Incentivo às Mudanças curriculares para as Escolas Médicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 6 Oliveira NAI, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino Médico Brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed, **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, jul./set. 2008; 32(3).
- 5 Ferreira JR. Das diretrizes curriculares ao Pró-Saúde; Seminário Internacional - Os desafios do ensino da Atenção básica - graduação em Medicina; 18 a 21 de julho de 2007, Ministério da Saúde; Brasília; 2007.
- 8 Ljubljana; The Charter on Reforming health care. **Br Med J**, 312(7047):1664-65, 1996.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.101, de 03 de novembro de 2005. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 1.507 de 22 de junho de 2007 Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 de junho de 2007.

11 Organización Pan-americana de la Salud; La formación en Medicina orientada hacia la Atención Primaria en Salud; Area de Sistemas Y Servicios de Salud. Proyecto de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Washington, DC, 2008.

12 Brasil, Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Portaria Interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009, DOU 23 out. 2009.

13 Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior – resolução CNE/CES nº 4, de 7 de Novembro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

14 Trajman A, Assunção N, Venturi M, Tobias D, Toschi W, Brant V. **Revista Brasileira de Educação Médica Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, jan./mar. 2009; 33(1).

15 Cruz EMTN. **A escolha da especialidade em Medicina.** Tese de Doutorado; Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1976

16 Ronzani TM, Ribeiro SM. Identidade e Formação Profissional dos Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, Set/Dez, 2003; 27(3).

17 Tavares FM. As Contribuições da Medicina Psicossomática à formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, jan/abril 2005; 29(1).

18 Foucault M. **O nascimento do hospital - Microfísica do Poder.** 6.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

19 Rezende A. L. M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer.** São Paulo: Cortez, 1986.

20 Bizzo MLG. Difusão científica, comunicação e saúde, **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, jan-fev, 2002; 18(1): 307-314.

21 Mello GA. **A integralidade do cuidado à criança na rede pública de saúde de Campinas sob a ótica da Atenção Básica.** Campinas; 2004. Mestrado (Dissertação) - Universidade Estadual de Campinas.

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

23 Merhy EE, FrancoTB. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde; Universidade Federal Fluminense – Instituto de Saúde da Comunidade Pós-Graduação em saúde Coletiva; 2010. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>

24 Campos GWS, Chakour M, Santos C R. **Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)**; Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, SP, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil, 2008.

25 Abem – Associação Brasileira de Ensino Médico, Anais XXXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, Porto Alegre 1995.

26 Gonçalves MAS. **Educação & Sociedade**, n. 66, Abril/1999.

27 Merhy EE. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas - contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde**; Debates, Interface - comunic., saúde, educ. 6; Fevereiro de 2000.

28 Galli A. Argentina: transformación curricular, **Educ. Méd. Salud**, 1989; 23(4) 334-353.

29 Ribeiro RC, Fonseca-Guedes CHF, Nunes MPT. Médicos recém-formados: sólida formação geral ou sólida formação especializada? **Revista Brasileira de Educação Médica**; 33 (4): 571 – 585; 2009.

30 White KL, Willians TF, Greenberg BG. The ecology of medical care; **New England Journal of medicine**; 1961; 265:885-92.

31 Kebede R, Balint J, Pruzek R, Kremer S. The role of career pathway before medical school in graduates' choice of primary care versus other specialty practices **Academic Medicine**. 70(8):723-5, August 1995.

32 Xu G, Rattner SL, Veloski JJ, Hojat M, Fields SK, Barzanski B. A national study the factors influencing men and women physicians' choices of primary care specialties. **Academic Medicine**. May 1995; 70(5): 398-404.

33 Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. **Academic Medicine**. July 1995; 70(7): 620-41.

34 Merhy EE. **O capitalismo e a Saúde pública**. São Paulo: Papirus, 1985.

35 Foucault M. **O nascimento da Medicina Social - Microfísica do Poder**. 6.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

36 Farias ER. **Onde estão e o que fazem os egressos da residência de Medicina de família e comunidade do Murialdo?** Dissertação de mestrado. Saúde Coletiva. Canoas: Ulbra, 2003.

37 Chaves M, Kisil M. Origens, Concepção e Desenvolvimento. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M (org.). **A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar; Londrina: UEL, 1999.

38 Figueiredo MC, Todd AR. **“The Todd Report” (1968)**. Royal Commission on Medical Education, Relatório Pedagógico, Coimbra, 2008.

39 Report of the World Conference on Medical Education, 7-12 August 1988. Edinburgh: World Federation for Medical Education, 1988.

40 Feuerwerker LCM. O movimento mundial de educação Médica: as Conferências de Edinburgh. **Cadernos ABEM** 2006; 2:30-8.

41 Nogueira M I. **As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento-** instituto de Medicina social – UERJ; 2008.

42 8ª Conferência Nacional da Saúde, Relatório Final, Brasília, 21 de março de 1986.

43 Targino M G. The internet and society: Just another dream? **Ciência e Cultura**, 49:252-262.1997.

44 Pilletti N. **Sociologia da Educação**. Rio de Janeiro: Ática. 1991.

- 45 Dürkheim E. **Educação e Sociologia**. São Paulo: Melhoramentos, 1978.
- 46 Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Avaliação do ensino médico no Brasil: relatório geral 1991-1997. Brasília; 1997.
- 47 Fundap (Fundação para o Desenvolvimento da Administração Pública). Relatório de Gestão 1993/94. São Paulo: Fundap, 1994.
- 48 Padilha R.Q., Feuerwerker L.C.M. As políticas públicas e a formação de Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, jan./abr, 2002; 26(1).
- 49 Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Unicamp; Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde; **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro; Jan./Mar 1999; 15(1) .
- 50 Camargo Jr.K.R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis*; **Revista de Saúde Coletiva**. 1992; 2:203-228.
- 51 Campos G.W.S. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- 52 Schraiber L.B. **O Médico e o seu Trabalho**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- 53 Ribeiro J.M. **Ciência, Arte e Ação na Conformação da Técnica**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1995.
- 54 Luz M.T. In: Guimarães R. **Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate**. 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- 55 Damian M.A. **Sociedade Brasileira de História da Medicina**, 1997. Disponível em: <<http://www.sbhm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=137>> Acesso em 22 out. 2008.
- 56 Matos L.F.C. **Ensino Médico em Mudança: O inédito viável ou a utopia impossível?** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação – UFRGS, 2006.

57 Hamlin CL. Boudon: Agência, estrutura e individualismo metodológico. **Lua Nova**, São Paulo, Dez. 1999 ; (48).

58 Merhy EE, Aciole GG. **Em busca da nova Escola Médica: A Cinaem e a construção dos novos paradigmas para a formação em Medicina**. Universidade Federal fluminense – Instituto de Saúde da Comunidade – Pós-Graduação em saúde Coletiva; 2010. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-12.pdf>

59 Vasconcelos EM. **Complexidade e pesquisa Interdisciplinar – Epistemologia e Metodologia Operativa**. Petrópolis: Vozes, 2002.

60 Trivinões ANS. **Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais – déias gerais para a elaboração de um projeto de pesquisa; Cadernos de pesquisa Ritter dos Reis**. 2.ed. Porto Alegre, Nov. 2001; 4.

61 AAMM - Association of American Medical Colleges; GQ - Graduation Questionnaire; 2008. Disponível em: <http://www.aamc.org/data/gq/>

62 Goldim JR. **Manual de iniciação a pesquisa em saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Da Casa, 2000.

63 Callegari-Jacques SM. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2006

64 Hulley SB et al. **Delineando a pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

65 Coradini O.L. O recrutamento da elite, as mudanças na composição social e a 'crise da Medicina' no Rio Grande do Sul. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, IV (2): 265-286 jul.-out. 1997.

66 Dal poz MR, Varella TC. Recursos humanos em Saúde no Mercosul; Estudo de condições de formação e exercício profissional em saúde no Brasil. Opas/OMS: Fiocruz, 1995.

67 Hauer KE, Durning SJ, Kernan WN, Fagam MJ, Mintz M, O'Sullivan OS, et al. Factors associated with medical students' career choices regarding internal medicine. **JAMA**. 2008;300(10):1154-64.

68 II Conferência Mundial de Educação Médica; Relatório Final; Edinburgh 1993.

69 Mackean P, Gutkin C. Fewer medical students selecting family Medicine. Can family practice survive? **Can Fam Physician**. 2003;49:408-9.

70 Demarzo MMP; Anderson MIP. A Medicina de Família e Comunidade e a graduação em Medicina no Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2006; Supl.1:3-5.

71 Jordan J, Brown JB, Russell G. Choosing family medicine; What influences medical students? **Can Fam Physician**. 2003;49:1131-37.

72 Gómez MP, Flores LA, Guerra EA. Perfeccionamiento del proceso docente en Medicina y su posible impacto en la orientación profesional. **Rev Cubana Educ Med Super**. 2001;15(3):117-26.

73 Campos CVA. **Por que o médico não fica? Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo**. São Paulo; Mestrado [Dissertação] - Fundação Getulio Vargas. 2005.

74 Ronzani TM, Ribeiro MS. Práticas e Crenças do Médico de Família. **Rev Bras Educ Med**. 2004; 28(3):190-7.

75 Bodenheimer T. Primary Care – Will It Survive? **N Engl J Med**. 2006; 355:861-4.

76 Phillips R., Starfield B. Why does a US primary care physician Work force crisis matter? **AmFamPhysician**. 2004; 70(3):440.

77 Reuben D B. Saving primary care; **Am J Med**. 2007; 120:99-102.

78 Bodenheimer T, Berenson R A, Rudolf P. The primary care-specialty income gap: why it matters? **Ann Intern Med**. 2007; 146:301-6.

79 Padilha RQ, Feuerwerker LCM. As Políticas Públicas e a Formação de Médicos; **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, out./dez. 2000; 24(3).

80 Mello GA, Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2009; 33(3): 475 – 482.

ANEXOS

Anexo 1 – Tabelas de resultados

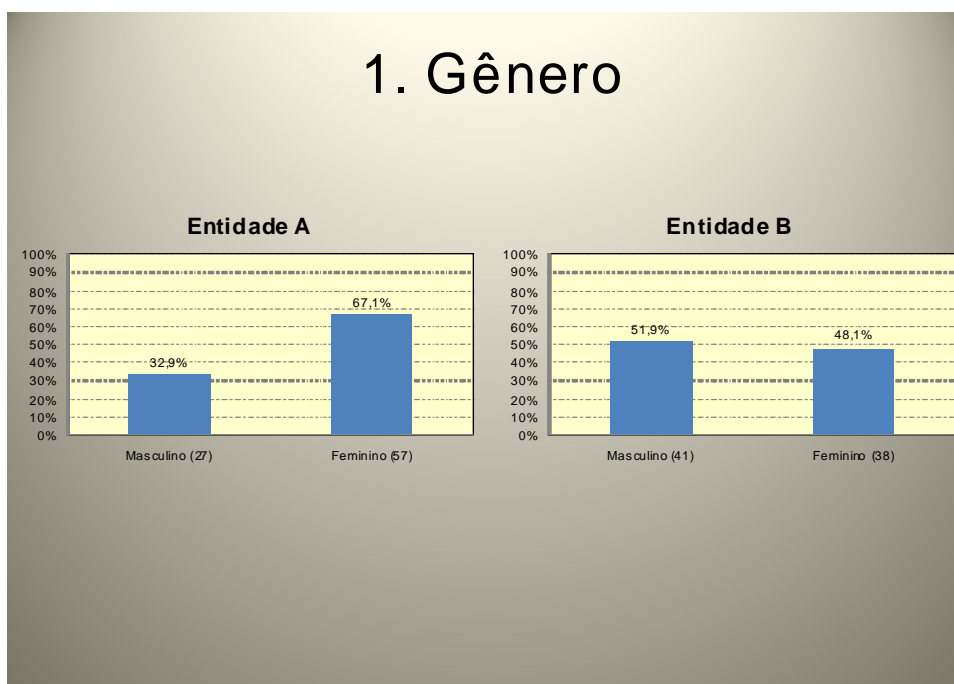


Figura 1: Gênero

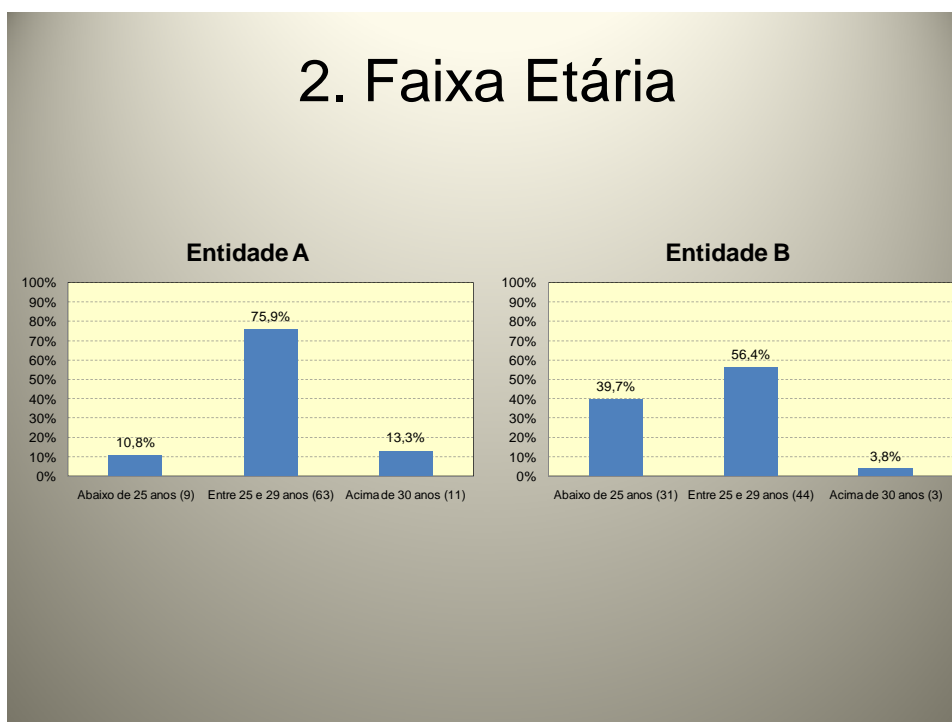


Figura 2: Faixa etária

3. Raça

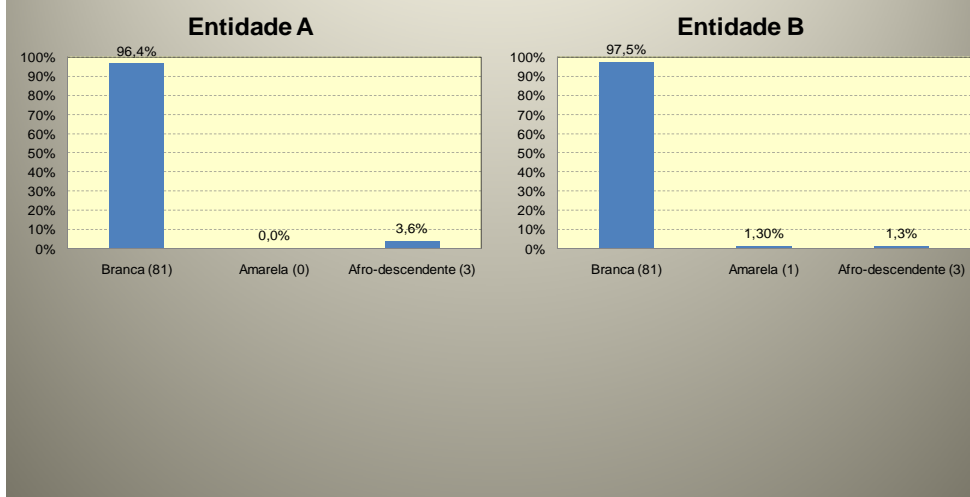


Figura 3: Raça

4. Procedência

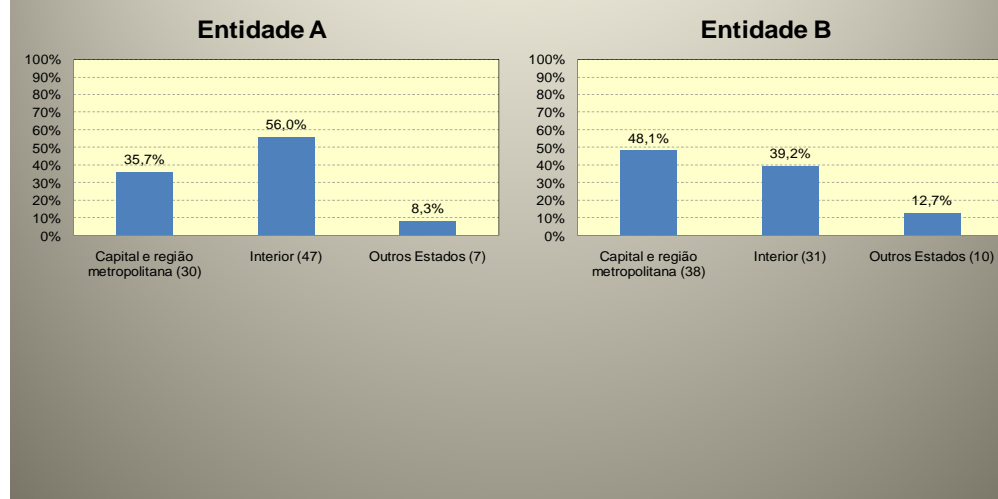


Figura 4: Procedência

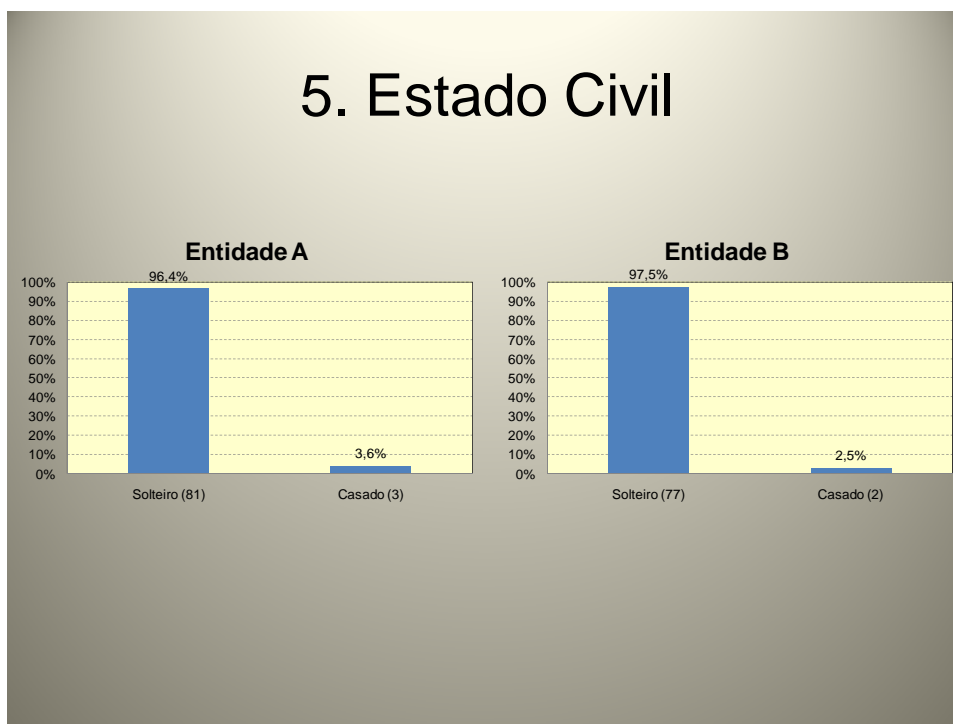


Figura 5: Estado Civil

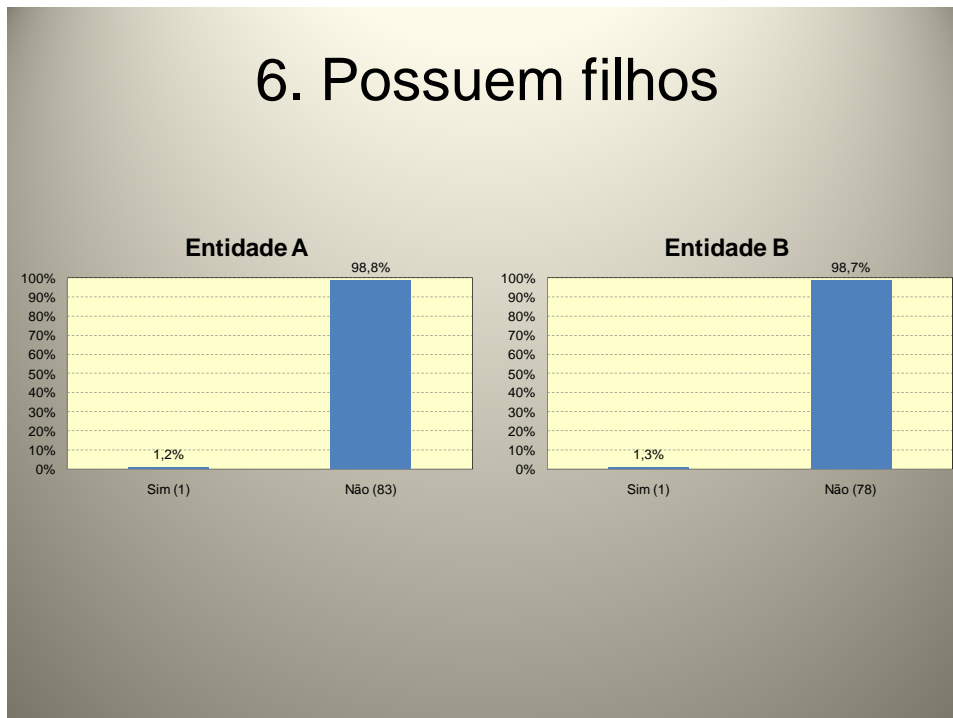


Figura 6: Quantidade de filhos

7. Pessoas no grupo Familiar

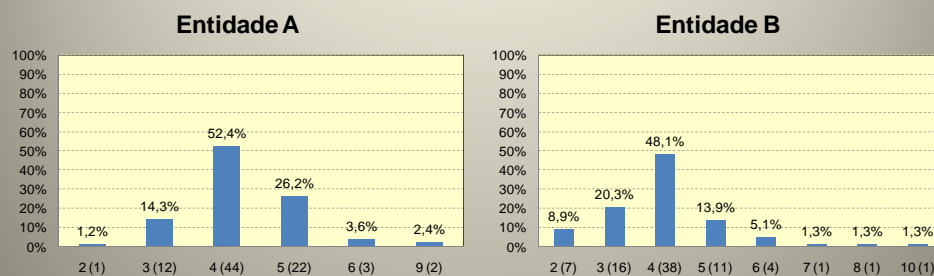
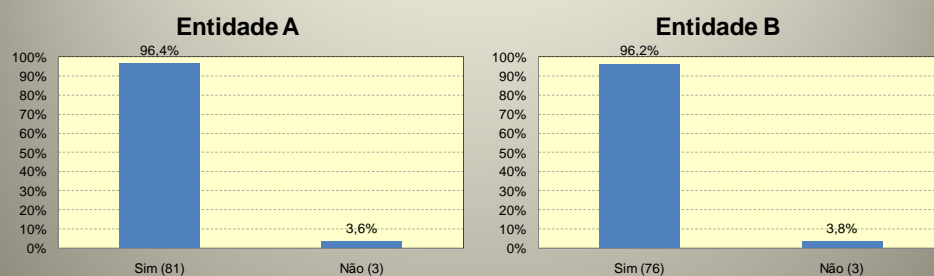


Figura 7: Quantidade de componentes da Família

8. Medicina como primeira graduação



14. Graduações anteriores	
Entidade A (quantidade)	Entidade B (quantidade)
Fisioterapia (1)	Odontologia (1)
Direito (1)	Direito (1)
Relações Internacionais (1)	Fisioterapia (1)

Figura 8: Graduações

9. Possuem familiar médico

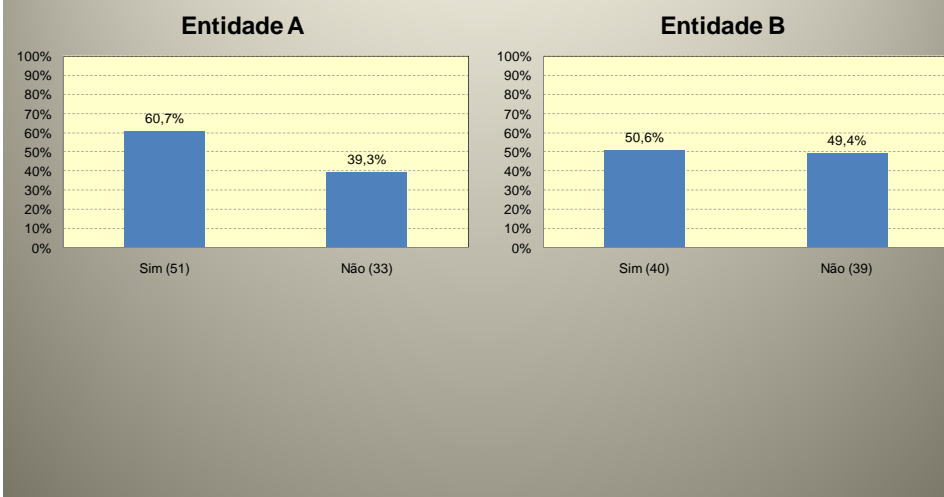


Figura 9: Familiar Médico

10. Familiares médicos

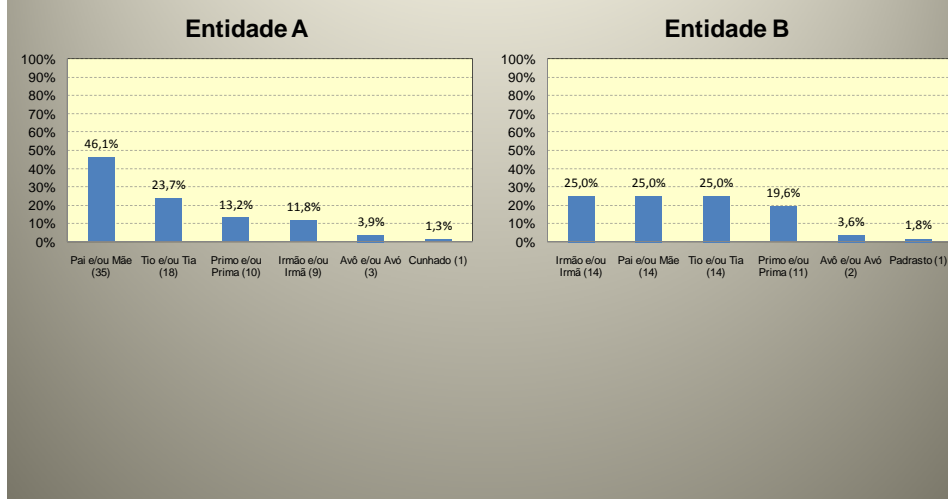


Figura 10: Tipo de Familiar Médico

11. Professam algum credo religioso

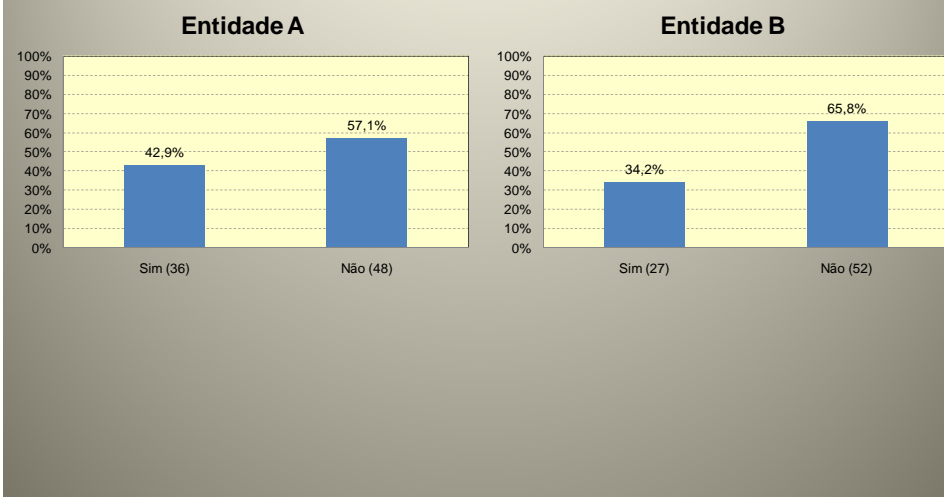


Figura 11: Religião

12. Religiões

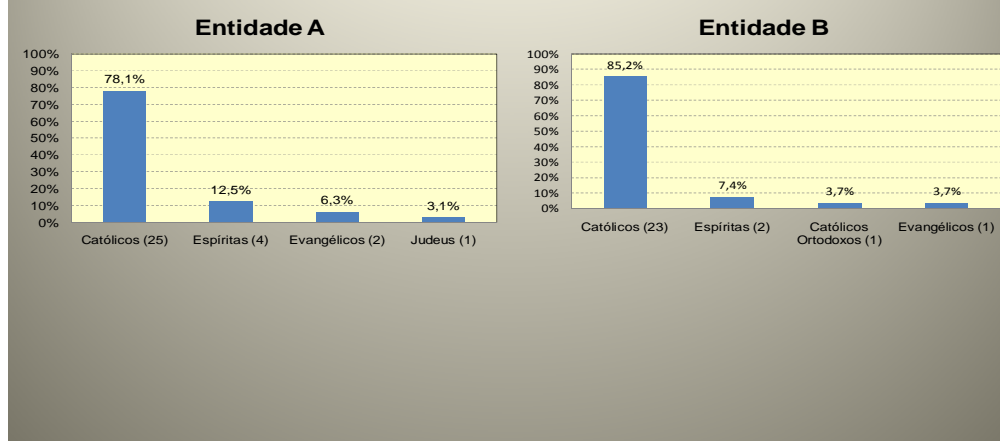


Figura 12: Religiões descritas

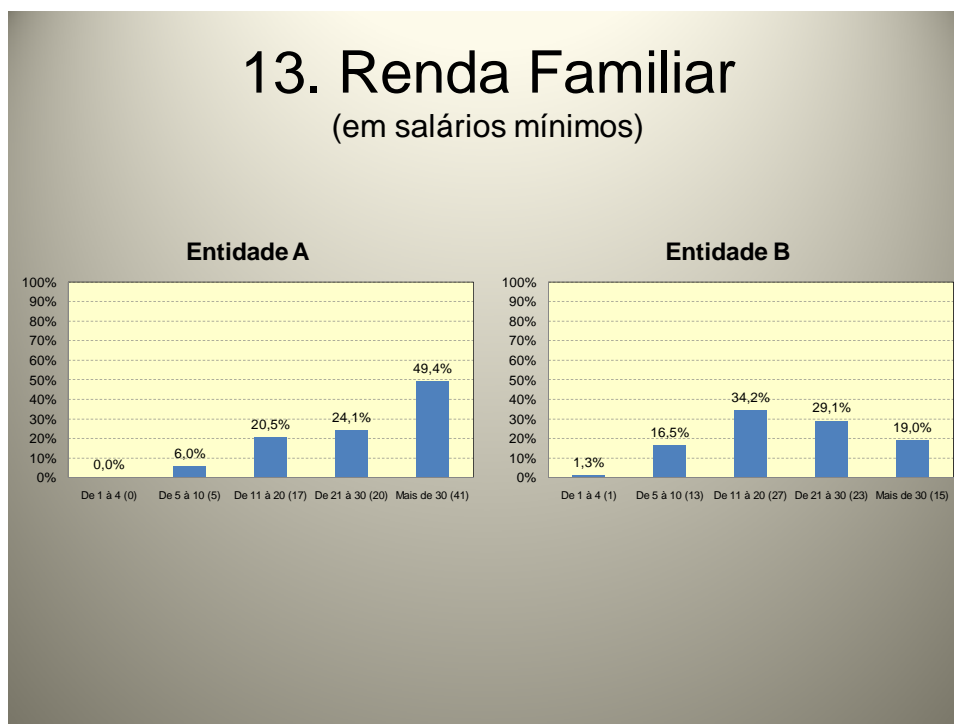


Figura 13: Renda familiar

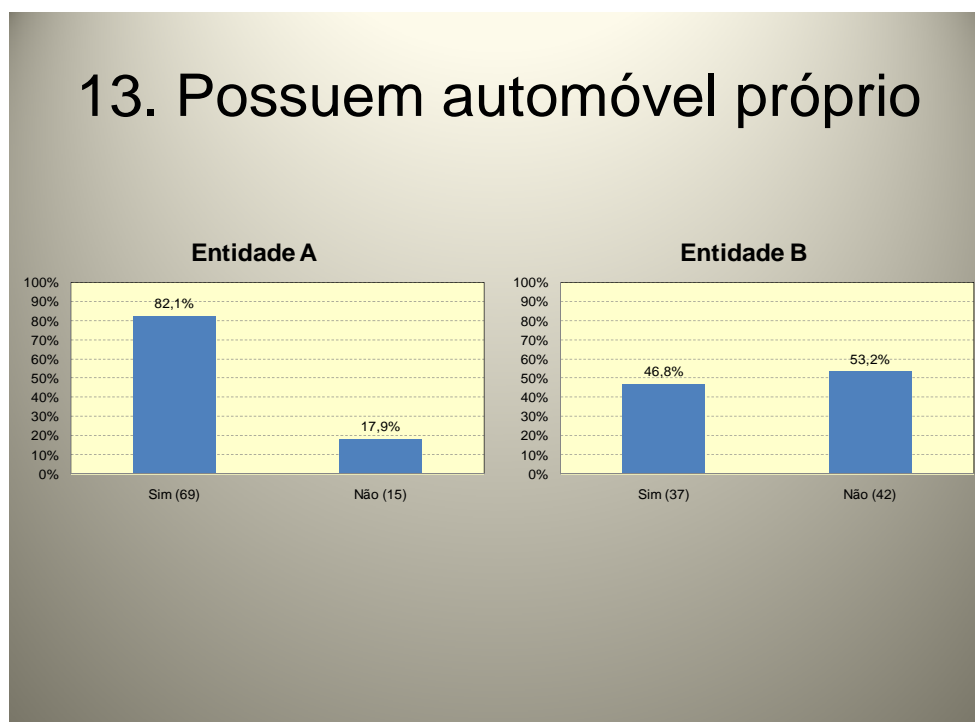


Figura 14: Meio de transporte

14. Possuem computador com banda larga

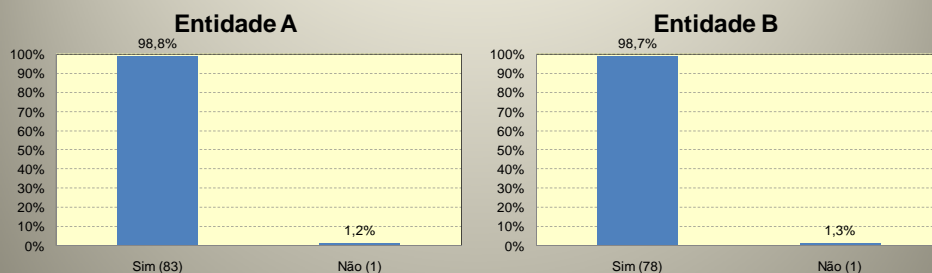


Figura 15: Comunicação por internet

15. Praticam esportes

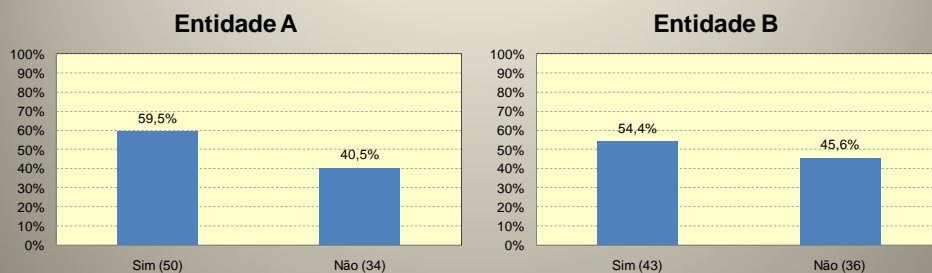


Figura 16: Pratica de esportes

16. Esportes

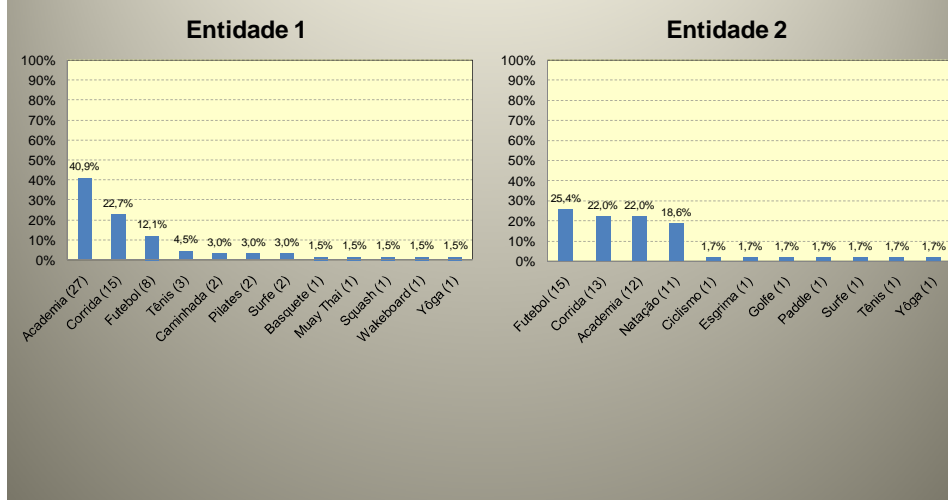


Figura 17: Tipos de esportes

17. Quantos livros não-técnicos leem por ano

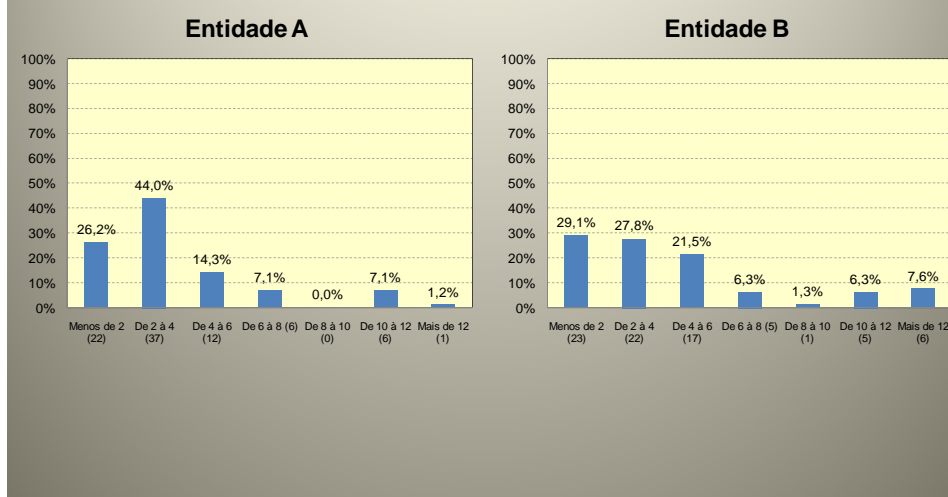


Figura 18: Leitura

18. Preferência em livros não-técnicos

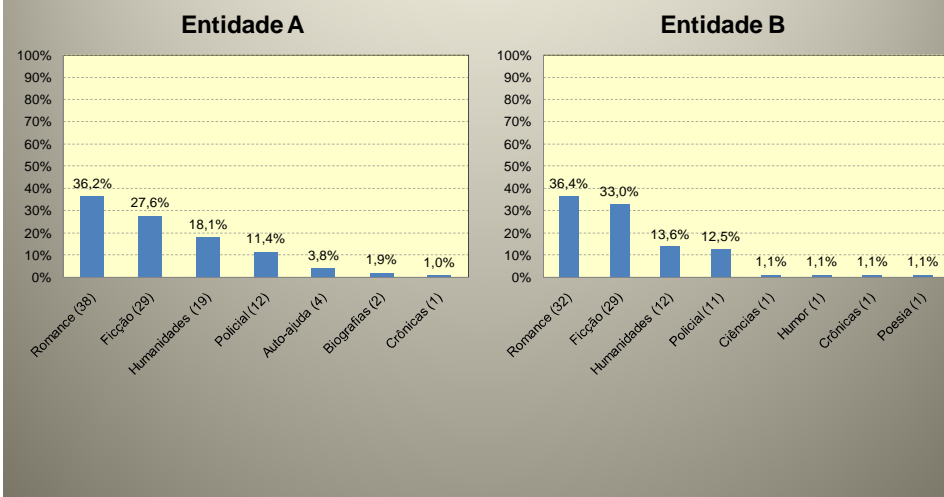


Figura 19: Tipos de livros

19. Ouvem música

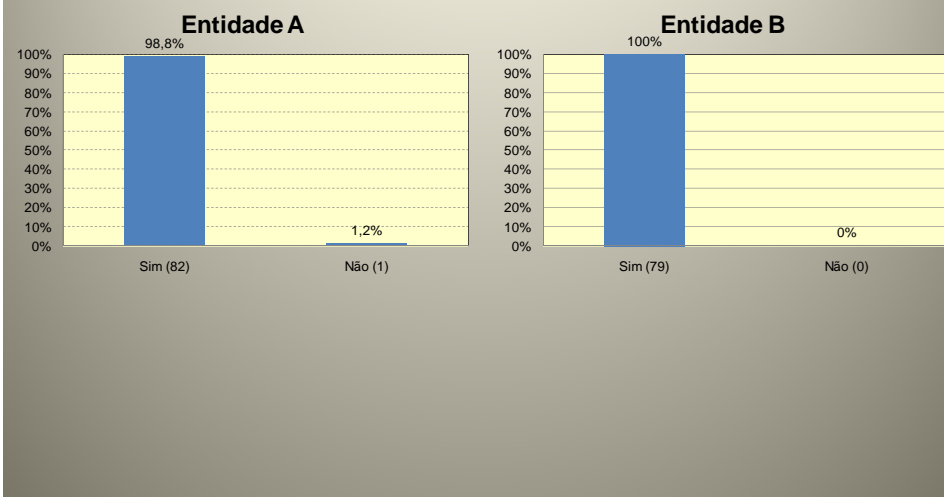


Figura 20: Gosto por Musica

20. Preferência de estilos musicais

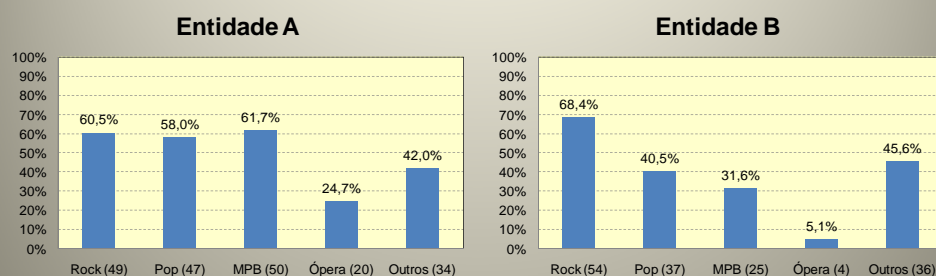


Figura 21: Preferência de estilo musical

21. Grau de instrução dos pais

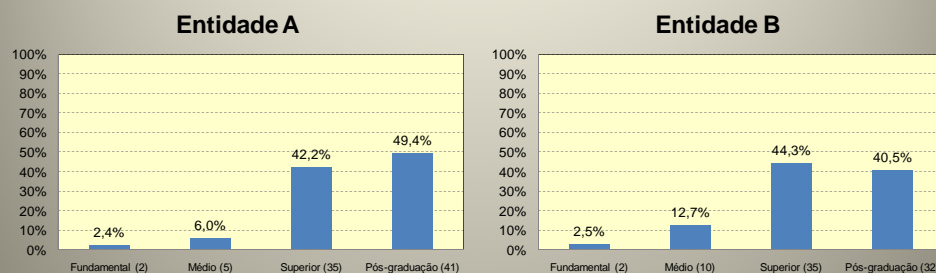


Figura 22: Instrução paterna

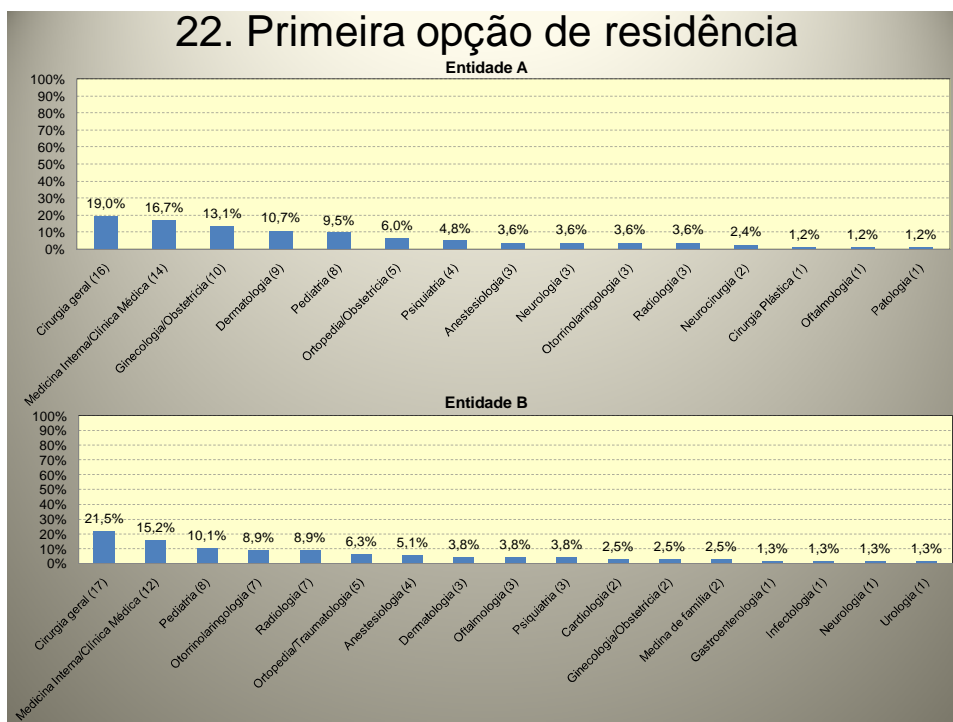


Figura 23: Primeira opção de residência Médica

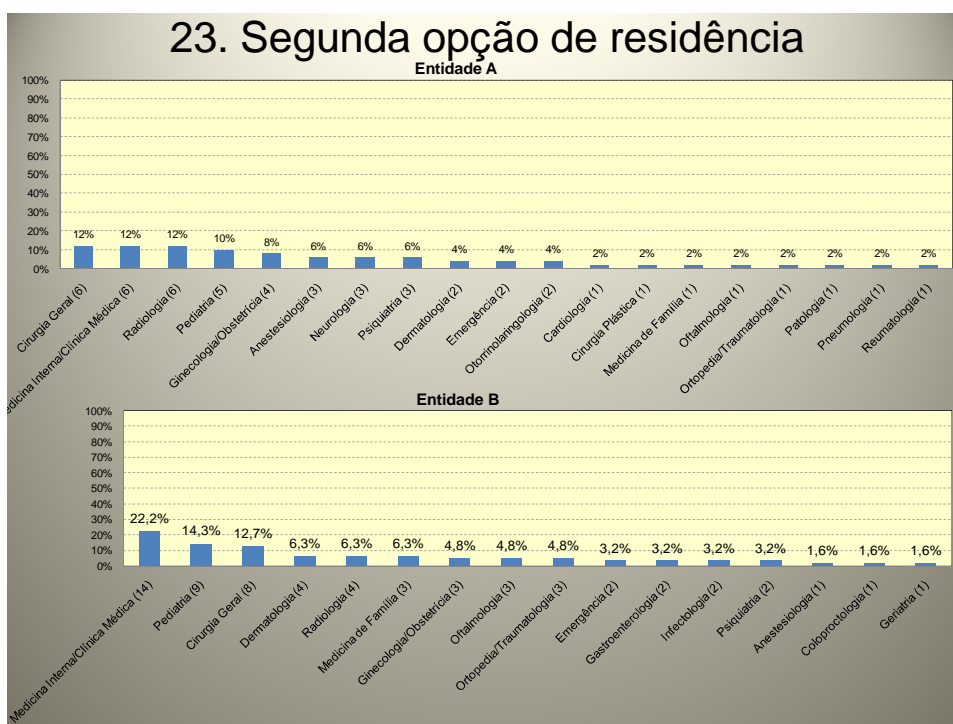


Figura 24: Segunda opção de residência Médica

24. "Sinto-me muito útil e valorizado cuidando de pacientes graves dentro de um hospital moderno e bem aparelhado."

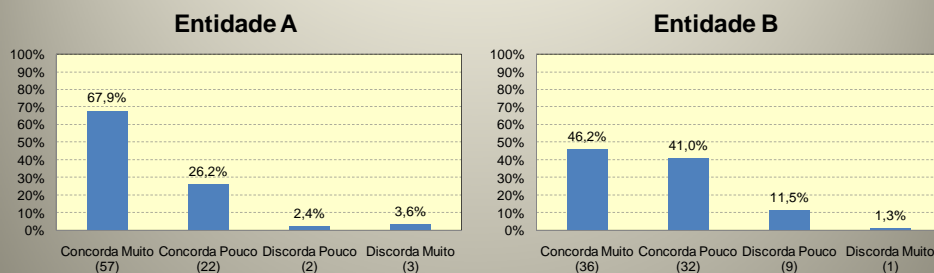


Figura 25: Tecnicismo/ Biologicismo

25. "Penso que minha opção de residência me trará a remuneração que necessito para satisfazer as necessidades de um médico moderno e atualizado."

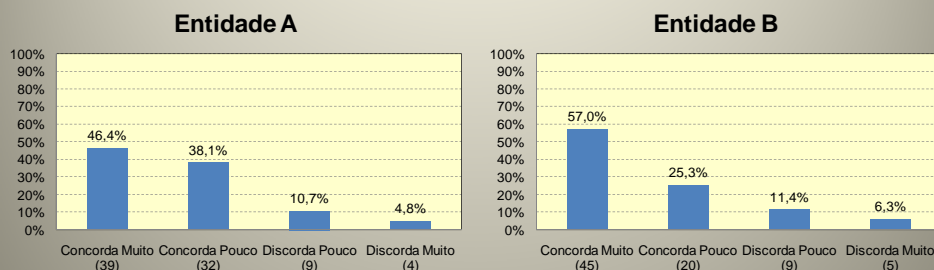


Figura 26: Remuneração

26. “Decidi minha especialidade, porque acredito que nosso país necessita de médicos dedicados e que atendam a maioria da população carente.”

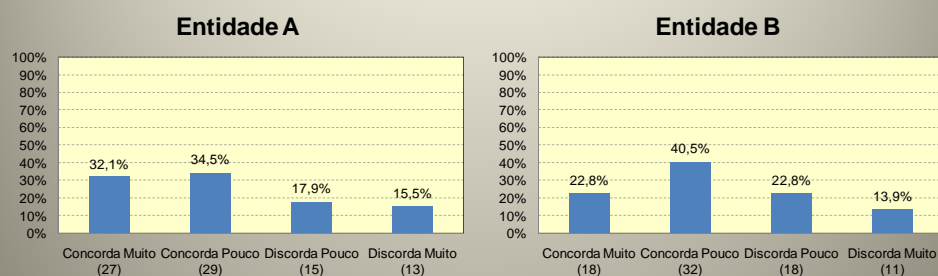


Figura 27: Altruísmo/Ideologias

27. “Meus professores e mestres na faculdade me ensinaram o caminho profissional mais adequado para percorrer.”

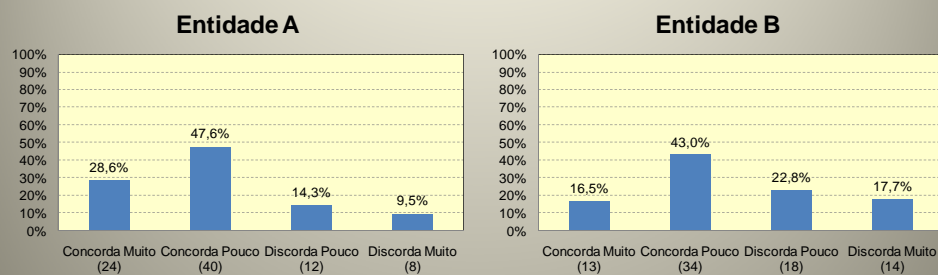


Figura 28: Influência Acadêmica

28. “Desde pequeno senti muito orgulho de meu pai/mãe/tio/etc. quando os via atendendo um paciente, e ali senti o que é ser médico verdadeiramente.”

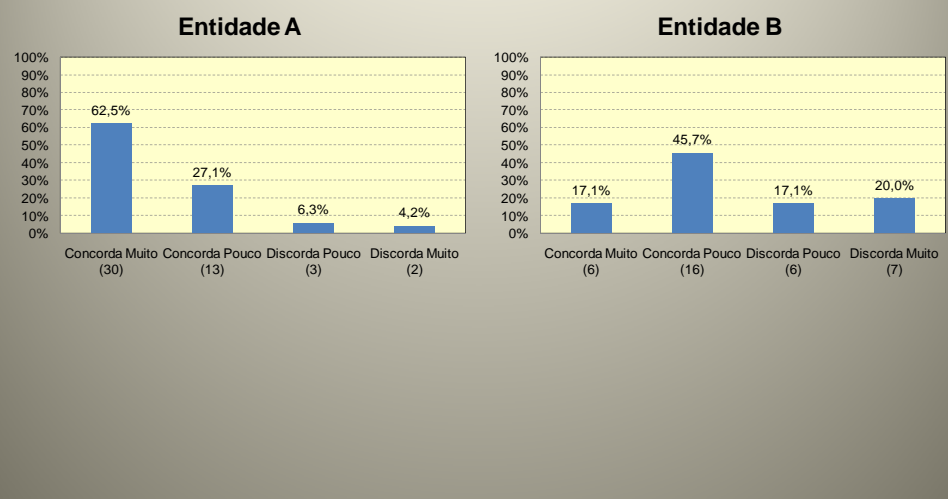


Figura 29: Influência familiar

29. Fatores que levaram à escolha da residência médica

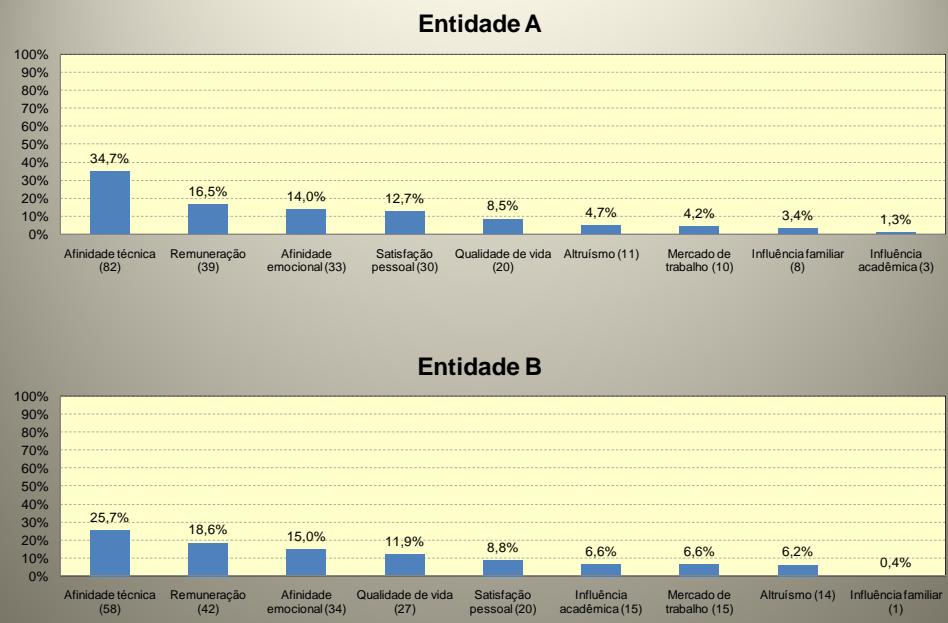


Figura 30: Fatores de influência na escolha da residência

Anexo 2 - Questionário

UFRGS - Faculdade de Medicina – PPG Med/Edu

Pós Graduação stritu sensu - Mestrado em Pneumologia - Janeiro de 2009

Pesquisa: **Residência Médica: A lógica de um processo de formação.**

Este questionário é um instrumento de pesquisa e visa analisar as opções de residência Médica de alunos do sexto ano (internato) de cursos de Medicina de Porto Alegre e Região metropolitana - RS.

Observações:

- Você não deve se identificar
- Marque a opção que julgar mais adequada ao seu caso
- Tente escrever com letra de forma/legível as questões em aberto.
- Não existem respostas “certas” ou “erradas”.

Conforme termo de consentimento livre e informado, você não será identificado, e pode, a qualquer momento, solicitar que suas informações sejam retiradas do estudo. A sua opinião é fundamental para o bom andamento de nosso trabalho, e desde já a equipe de pesquisa agradece sua colaboração.

1. Gênero/Sexo: Masculino Feminino

2. Data de nascimento: ___/___/____

3. Raça: 1) Branca 2) Amarela 3) Afro-descendente

4. Cidade de Nascimento:

5. Estado de Nascimento:

6. País de Nascimento:

7. Estado Civil: 1) Solteiro 2) Casado 3) Separado 4) Divorciado 5)

Viúvo

8. Você possui filhos? Sim Não

9. Se a resposta for sim, especificar quantos:

10. Quantas pessoas compõem o seu grupo familiar?

11. Quantas pessoas do seu grupo familiar trabalham?

12. Quantas pessoas do seu grupo familiar são menores de idade?

13. Medicina é sua primeira graduação? Sim Não

14. Se a resposta for não, especificar qual ou quais graduações você possui:

15. Você possui familiar médico? Sim Não

16. Se a resposta for sim, citar grau de parentesco (exemplo: irmão, pai, tio...):

17. Você professa algum credo religioso? Sim Não

18. Se a resposta for sim, citar (colocar apenas o principal):

19. Qual a renda aproximada de sua família? [Obs.: 1 salário mínimo (aprox.) = R\$ 450,00]

- 1) De 1 a 4 salários mínimos
- 2) De 5 a 10 salários mínimos
- 3) De 11 a 20 salários mínimos
- 4) De 21 a 30 salários mínimos
- 5) Mais de 30 salários mínimos

20. Você possui automóvel próprio? Sim Não

21. Você possui computador com acesso a internet banda larga? Sim Não

22. Você pratica algum esporte? Sim Não

23. Se a resposta for sim, citar:

24. Qual sua atividade física preferida?

25. Você pratica algum hobby? Sim Não

26. Se a resposta for sim, citar:

27. Quantos livros não-técnicos, você costuma ler ao ano?

28. Qual a sua preferência em livros não-técnicos? [exemplos: romance, policial, ficção, política/sociologia, etc.]

29. Você gosta de música? Sim Não

30. Se a resposta for sim, citar: [exemplos: rock, pop, MPB, samba, ópera, etc.]

31. Qual o grau de instrução de seus pais?

- 1. Fundamental
- 2. Ensino médio
- 3. Ensino superior
- 4. Pós-graduação

32. Qual a sua primeira opção para residência médica?

33. Qual a sua segunda opção para residência médica?

Leia atentamente as próximas cinco frases e marque apenas uma alternativa em cada questão.

34. Sinto-me muito útil e valorizado cuidando de pacientes graves dentro de um hospital moderno e bem aparelhado.

1. Concorda muito 2. Concorda pouco 3. Discorda pouco 4. Discorda muito

35. Penso que minha opção de residência me trará a remuneração que necessito para satisfazer as necessidades de um médico moderno e atualizado.

1. Concorda muito 2. Concorda pouco 3. Discorda pouco 4. Discorda muito

36. Decidi minha especialidade, porque acredito que nosso país necessita de médicos dedicados e que atendam a maioria da população carente.

1. Concorda muito 2. Concorda pouco 3. Discorda pouco 4. Discorda muito

37. Meus professores e mestres na faculdade me ensinaram o caminho profissional mais adequado para percorrer.

1. Concorda muito 2. Concorda pouco 3. Discorda pouco 4. Discorda muito

38. Desde pequeno senti muito orgulho de meu pai/mãe/tio/etc quando os via atendendo um paciente, e ali senti o que é ser médico verdadeiramente.

[Responda esta questão **apenas** caso você tenha escolhido "**sim**" na pergunta 15]

1. Concorda muito 2. Concorda pouco 3. Discorda pouco 4. Discorda muito

39. Aponte três fatores que levaram a escolha de sua opção de residência médica.

1- _____

2- _____

3- _____

Anexo 3 - Termo de Consentimento livre e Esclarecido

Convite para participar da pesquisa: **Residência Médica: A lógica de um processo de formação**

Informações sobre a pesquisa:

Esta é uma pesquisa acadêmica, desenvolvida no programa de pós-graduação strictu sensu - mestrado, em um programa conjunto entre a Faculdade de Medicina e de Educação da UFRGS, que tem como objetivo principal analisar os aspectos culturais, econômicos e sociais que influenciam na escolha da opção de residência médica por parte de estudantes do sexto ano (internato) das escolas de Medicina de Porto Alegre e região metropolitana - RS. Todos os procedimentos serão realizados sob a coordenação do Prof. Paulo Roberto Müller, sob orientação do Prof. Dr. José da S. Moreira e Co-orientação do Prof. Dr. Paulo Peixoto de Albuquerque.

Se você concordar em participar da pesquisa, basta responder a um questionário que versa sobre aspectos econômicos, culturais e sociais. O tempo de preenchimento do questionário é de aproximadamente 10 minutos. Ainda que esse tipo de questionamento possa ser considerado de natureza confidencial, o processo é absolutamente sigiloso; Os questionários não são identificados, de modo que não haverá a menor possibilidade de associar as respostas aos participantes da pesquisa. Mesmo depois de assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, você tem total liberdade de se recusar a continuar participando da pesquisa, podendo retirar o seu questionário respondido do processo a qualquer momento sem qualquer tipo de penalização e ou constrangimento. Por fim, se você tiver qualquer dúvida antes de se decidir a participar, pode se sentir à vontade para fazer qualquer tipo de pergunta.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos acima especificados e da justificativa desta pesquisa, de forma clara e detalhada. Compreendi o método de aplicação do questionário e a total privacidade em relação às minhas opiniões. Todas as minhas dúvidas estão esclarecidas e entendo que posso solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Fui informado(a) de que posso retirar-me do estudo em qualquer momento, se assim o desejar, mesmo depois de assinado este consentimento.

O profissional _____ certificou-me de que as informações fornecidas terão caráter confidencial. Assinatura do participante _____

Assinatura do investigador _____

Nome do investigador: Paulo Roberto Müller Telefone: (51) 99628077 / 37790849 e-mail: mullerprmed@hotmail.com