

Marcos Aurélio Maeyama

**A ESCOLHA DA ESPECIALIDADE MÉDICA – ESTILOS DE
PENSAMENTO**

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio da Ros

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Maeyama, Marcos Aurélio

A escolha da especialidade médica : estilos de
pensamento / Marcos Aurélio Maeyama ; orientador, Marco
Aurélio da Ros - Florianópolis, SC, 2015.

171 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

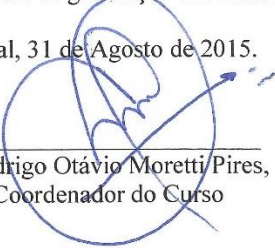
1. Saúde Coletiva. 2. Educação Médica. 3. Atenção Básica à
Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Residência Médica. I.
da Ros, Marco Aurélio. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.
Título.

Marcos Aurélio Mayeama

A ESCOLHA DA ESPECIALIDADE MÉDICA - ESTILOS DE PENSAMENTO


Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Doutor (a) e pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Local, 31 de Agosto de 2015.



Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires, Dr.
Coordenador do Curso

BANCA



Prof. Marco Aurélio da Ros, Dr.
UFSC (Orientadora)



Prof. Josimari Telino Lacerda, Dr.^a
UFSC



Prof. Gladys Brodersen, Dr.^a
Univ. do Vale do Itajaí (UNIVALI)



Prof. Luiz Roberto Agea Cutolo, Dr.
UFSC



Prof. Stella Maris Brum Lopes, Dr.^a
Univ. de São Paulo
Univ. do Vale do Itajaí (UNIVALI)



Prof. Maria Cristina Marino Calvo,
Dr.^a
UFSC

Dedico este trabalho ao povo brasileiro que sonha por educação, saúde e uma vida melhor.

E uma singela homenagem à Mario Testa, que a cada leitura que faço do seu livro Pensar em Saúde escrito em 1982, me vejo lendo uma obra de vanguarda.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade da vida e da evolução.

Agradeço a todos os meus amigos, especialmente a minha família, pelo apoio, pela torcida e pelas boas energias.

Agradeço à banca pela paciência, pelo incentivo e pela colaboração no trabalho.

Agradeço ao meu orientador Marcão, pelos ensinamentos e pelo exemplo de luta e perseverança com otimismo.

Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade de realizar o doutorado e aos professores pelos ensinamentos.

Agradeço a vários colaboradores anônimos impossíveis de serem referenciados no trabalho, mas que fizeram parte dos ensinamentos ao longo de muitas leituras.

Agradeço aos participantes da pesquisa pela disponibilidade e atenção, sem os quais não seria possível realizar a pesquisa.

Agradeço ao meu amor Claudinha pela paciência, pelo incentivo, pela ajuda e especialmente pelo amor.

RESUMO

Com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina em 2001, iniciou-se um processo de mudanças nos cursos de Medicina, buscando atender as necessidades do Sistema Único de Saúde, no que diz respeito à formação para a Atenção Básica. Uma das maiores dificuldades encontradas para a consolidação da Atenção Básica concentra-se na carência de profissionais em quantidade e qualidade. Neste contexto, o objetivo da pesquisa de cunho qualitativo, foi identificar os aspectos que envolvem a escolha da especialidade médica em alunos egressos da UNIVALI, que tiveram participação efetiva na graduação em projetos na Atenção Básica. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas e a análise de dados foi realizada por meio da categoria Estilo de Pensamento, desenvolvida por Ludwik Fleck. Os resultados demonstraram a hegemonia de um Estilo de Pensamento com características voltadas para a especialidade focal e como visão mercantil sobre a profissão, porém com visão ampliada para abordagem dos problemas, denominado desta forma de Estilo de Pensamento Flexneriano Ampliado. De forma contra-hegemônica também foi identificado um Estilo de Pensamento voltado para a prática generalista integral, com caráter eminentemente público, aqui chamado de Estilo de Pensamento da Atenção Básica. A hegemonia do Estilo de Pensamento Flexneriano foi justificada especialmente pela força dos acoplamentos neoliberais, corroborados também pela estrutura curricular majoritariamente flexneriana. As complicações vivenciadas por alguns entrevistados no trabalho na Atenção Básica também foram considerados impedimentos importantes que dificultam a consolidação do Estilo de Pensamento da Atenção Básica e conseqüentemente sua escolha enquanto campo de trabalho. Os tráfegos intercoletivos também apresentaram importância no processo de escolha da especialidade médica, porém ainda hierarquizados pelos acoplamentos. Em que pese estas escolhas, a aproximação com a Atenção Básica demonstrou ser bastante importante na construção da contra-hegemonia e na formação de matiz com visão ampliada do Estilo de Pensamento Flexneriano clássico, ambas importantes para a mudança do modelo de atenção. A pesquisa apontou ainda para a necessidade de desmercantilização do setor saúde por conta da força dos acoplamentos, não apenas no que se refere a escolha da especialidade médica, mas especialmente para que o Sistema Único de Saúde se consolide enquanto política pública abrangente e a saúde se torne de fato direito de cidadania.

Palavras-chave: Educação Médica. Atenção Básica à Saúde. Sistema Único de Saúde. Residência Médica.

ABSTRACT

The choice of medical specialty - thought Styles

With the publication of the National Curriculum Guidelines for medical school in 2001, a changing process began in medical courses, seeking to meet the needs of the Unified Health System, regarding the training for Primary Health Care. One of the biggest difficulties found in the setting of Primary Health Care is the lack of quantity e quality of the professionals. In this context, the qualitative goal of this research was to identify the features surrounding the medical specialty choice in UNIVALI's graduating students, who had an effective participation in undergraduate projects in Primary Health Care. The data collection was conducted through semi-structured interviews and the data analysis was performed using the Thought Style category, developed by Ludwik Fleck. The results showed the hegemony of the Thought Style with characteristics aimed at the focal expertise and as a market vision into the profession, yet with an expanded vision for the problem's addressing, this way called the Extended Flexnerian's Thought Style. In a counter-hegemonic way, it was also identified a Thought Style faced at the full general practice, with an eminently public appeal, here called the Primary Health Care Thought Style. The hegemony of the Thought Style was especially justified by the force of neoliberal couplings, also supported by the mostly Flexnerian's curriculum structure. The complications experienced by some of the interviewees working in the Primary Health Care were also considered major obstacles that hinder the Thought Style of Primary Health Care consolidation and consequently their choice as a working field. The inter-corporate also showed the importance of the medical specialty choice process, yet still arranged by the couplings. In spite of theses choices, the approach into the Primary Health Care proved to be very important in the counter-hegemony construction and in the opinion formation of the classic Flexnerian Thought Style's expanded vision, both important for the changing of the health care model. The research also pointed to the need for a health sector denationalization by the couplings force, not only as regards of the medical specialty choice, but especially for the consolidation of the Unified Health System as an overarching public policy and health becomes indeed a right of citizenship.

Keywords: Education, Medical. Primary Health Care. Unified Health System. Internship and Residency.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
ABS – Atenção Básica à Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CFM – Conselho Federal de Medicina
CMI – Complexo médico industrial
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF – Estratégia da Saúde da Família
FCMSCSP – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Inep – Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MFC – Medicina de Família e Comunidade
MS – Ministério da Saúde
OECD – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB – Programa da Valorização da Atenção Básica
PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	33
2.1 Objetivo Geral	33
2.2 Objetivos Específicos	33
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	35
3.1 O Referencial de Saúde – Atenção Primária à Saúde	35
3.1.1 Histórico da Atenção Primária à Saúde.....	35
3.1.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	39
3.1.3 Qual Atenção Primária à Saúde?.....	46
3.2 O Referencial de Educação - Educação Médica	49
3.2.1 A formação na graduação de medicina	50
3.2.2 A residência médica	63
3.3 O Referencial Epistemológico – Estilo de Pensamento de Ludwik Fleck	69
3.3.1 Posicionamento Epistemológico	69
3.3.2 Categorias Fleckianas.....	71
4 PERCURSO METODOLÓGICO	77
4.1 Questões Éticas	77
4.2 Tipo de Pesquisa.....	77
4.3 Coleta de Dados.....	78
4.3.1 Local da Pesquisa.....	78
4.3.2 Projeto Sérgio Arouca	79
4.3.3 Sujeitos da pesquisa	81
4.4 Análise dos Dados	82
5 RESULTADOS.....	85
5.1 ARTIGO 1: A utilização da categoria Estilo de Pensamento como referencial de análise em pesquisas qualitativas.	87
5.2 ARTIGO 2: Estilos de Pensamento na escolha da especialidade médica – estudo de caso.	105

5.3 ARTIGO 3: Os mecanismos de introdução e regulação na escolha da especialidade médica - estudo de caso.....	127
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	149
REFERÊNCIAS DA TESE	151
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	167
APÊNDICE 2 – Roteiro da Entrevista	171

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é fruto de inquietações que se iniciaram em 1990 quando iniciei minha vida profissional como odontólogo nos serviços públicos de saúde, na época ainda SUDS. Com o passar dos anos, ainda que o SUS tenha se desenvolvido, especialmente quando se olha retrospectivamente, a sensação de quem vive o cotidiano dos serviços é de certa imobilidade, pois quem procura por saúde deseja respostas imediatas, e a sensação de incomodação e inquietação são constantes.

As primeiras respostas para essas inquietações vieram com o Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho iniciado em 2004. Não propriamente respostas sobre o que fazer, mas de entender a complexidade que envolve o setor e todo o processo de saúde e adoecimento. O estudo do campo da saúde coletiva me fez mudar não simplesmente o rumo da minha prática profissional, mas especialmente dos ideais de sociedade que desejo. Sem o temor de ser reducionista, minha militância por essa nova sociedade passou a ser o meu próprio trabalho. Ainda no Programa de Saúde da Família, esse novo olhar me fez pensar de modo diferente o processo de trabalho. Junto à equipe com que trabalhei, formamos grupos na unidade de saúde, ampliamos o acesso, fizemos um projeto de acolhimento, montamos um conselho de saúde...

Já em 2007, com o término do mestrado, recebi a primeira oportunidade para ingressar na Universidade como docente no curso de Medicina. Muda o cenário, muda o papel, mas permanece o ideal de consolidar uma saúde universal e de qualidade para todos os cidadãos. A docência torna-se uma oportunidade de potencializar esse sonho, uma vez que um dos grandes entraves para a consolidação do SUS se concentrava exatamente na falta de profissionais qualificados para a proposta.

No percurso de 2007 até os dias de hoje, participei de diversos projetos para além da docência. O Pró-Saúde como instrumento para transformação da formação. O PET-Saúde como instrumento da qualificação dos cenários de prática. O Telessaúde como instrumento de educação permanente para os profissionais da Atenção Básica. O Projeto Sérgio Arouca como extensão universitária para promoção da Atenção Básica. E, por fim, o doutorado como forma de contribuir, a partir da pesquisa, para a consolidação do SUS.

Desta forma, o presente trabalho tem a intenção de discutir o que envolve a escolha da especialidade médica, visto que a procura pela especialidade de Medicina de Família e Comunidade é extremamente pequena e ela representa, no campo da Medicina, a Atenção Básica, que pretende e deve ser o eixo da estruturação do sistema de saúde. Importante

ressaltar que, apesar de o trabalho se propor a discutir a educação médica, não estamos sugerindo que a consolidação da Atenção Básica ou do SUS dependa exclusivamente da área médica; trata-se apenas de um recorte dentro de uma estrutura que se estende a outras profissões da área da saúde.

Assim, este trabalho inicia-se discutindo as políticas públicas de saúde e de formação para o setor, demonstrando seus distanciamentos e aproximações. Posteriormente, apresenta as evidências e ratifica a importância da Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante do sistema de saúde, bem como o cenário da formação e mercado de trabalho para a Atenção Básica no Brasil. Desenvolve como proposta de referencial teórico e de análise da pesquisa a categoria Estilo de Pensamento, desenvolvida por Ludwik Fleck. E, finalmente, apresenta os resultados em forma de três artigos. O primeiro demonstrando a utilização da categoria Estilo de Pensamento como referencial de análise; o segundo artigo, descreve os Estilos de Pensamento na escolha da especialidade médica; e o terceiro artigo, discute os mecanismos de introdução e regulação dos Estilos de Pensamento na escolha da especialidade médica.

1 INTRODUÇÃO

Os séculos XVII e XVIII foram palco de muitas transformações políticas e econômicas na Europa, marcadas principalmente pela disputa entre a burguesia e a nobreza. Com o crescimento do comércio, houve um aumento da população urbana, porém isso aconteceu de maneira desordenada e sem a mínima infraestrutura sanitária, o que gerou uma série de epidemias.

Com o Iluminismo, a explicação da doença como castigo divino passa a ser questionada, e o adoecer passa a ser entendido como uma consequência de condições multifatoriais, relacionadas ao acúmulo de cadáveres na cidade, à qualidade da água e do ar, ao destino dos dejetos e à higiene (FOUCAULT, 1993). Essa explicação do processo de adoecimento ficou conhecida como “Teoria Miasmática”, na qual as más condições sanitárias geravam um estado atmosférico causador de doenças infecciosas e epidemias (GUTIERREZ, 2001). Aparece aqui a noção de “*meio*”, na qual as más condições dos locais onde viviam as pessoas eram causadoras das doenças (*modo de ver*) e a atuação médica era baseada na melhoria das condições ambientais (*corpo de práticas*) (FOUCAULT, 1993).

No final do século XVIII, em meio à industrialização, o contexto era de crescente urbanização, e em função da escassa oferta as moradias eram oferecidas sem as mínimas condições sanitárias (ROSEN, 1994). As condições de trabalho eram muito ruins, com jornadas excessivas de até dezesseis horas, em ambientes insalubres e perigosos (BARBEIRO, 1977). A mortalidade nas cidades industriais da Inglaterra chega a dobrar nesse período e leva pensadores da época a elaborarem novas teorias explicativas sobre o processo saúde-doença. A explicação do processo saúde-doença passa a ser relacionada com as condições de trabalho e de vida das populações (GUTIERREZ, 2001). A doença e a saúde são expressões das relações mutáveis entre vários componentes do corpo, e sua interação com o ambiente externo é mediada e modificada pela atividade social e pelo ambiente cultural que tal atividade cria (ROSEN, 1980).

Considerado por muitos como o pai da Medicina Social, Virchow, em 1847, investigando uma epidemia muito severa de tifo numa região rural da Prússia, conclui em seu relatório que as origens de má saúde estavam relacionadas com problemas sociais (*modo de ver*) e apontava soluções como aumento de oferta de empregos, melhores salários, criação de cooperativas agrícolas, lazer, descanso semanal (*corpo de práticas*) e

não mencionava soluções estritamente médicas como, por exemplo, criação de clínicas e hospitais (WAITZKIN, 1980).

No final do século XIX, quando Pasteur desenvolve a “teoria do germe” como causa biológica das enfermidades infecciosas (*modo de ver*), as teorias anteriores que explicam o processo saúde-doença passam a ser refutadas, e a unicausalidade biológica torna-se a explicação para o aparecimento de doenças (WAITZKIN, 1980; BARATA, 1985; BARROS, 2012). Corroborando esse pensamento, a descoberta do agente etiológico da tuberculose por Robert Kock e sua formulação de postulados que tipificam o rigor do raciocínio mecanicista e sua insistência na correlação causa-efeito (BARROS, 2012) reforçaram o pensamento unicausal.

Desta forma, os laboratórios e os microscópios tornaram-se fortes armas médicas (PINTO, 1986). Nesta mesma época, outras áreas como a genética, a parasitologia, os raios-X também se desenvolvem, fortalecendo ainda mais esse *modo de ver e entender* doenças, e a partir desses pressupostos ocorre o desenvolvimento da infectologia, vacinação, assepsia e cirurgia (PINTO, 1986). A inovação da prática médica, levada por Pasteur, inaugura a fundação da chamada “medicina científica” (BERNAL, 1977).

Com a “medicina científica” desenvolve-se o “Complexo Médico-Industrial”, ocorrendo um “endeusamento” da tecnologia médica diagnóstica e terapêutica, dando um poder aos procedimentos, instrumentos, técnicas e pílulas (*corpo de práticas*) maior do que eles podiam ter (CUTOLO, 2001).

Não por acaso, esse período de descobertas na área da saúde coincide com a expansão do capitalismo, que objetiva transformar tudo em mercadoria e produzir lucros. Esses avanços eram extremamente úteis ao capitalismo, pois eles poderiam esconder as diferenças de classe e suas consequências relacionadas à saúde e à doença, e ainda limitariam as ações relacionadas aos problemas de saúde (BARATA, 1985) às de seu interesse. A ciência dominante na época, já bastante vinculada ao capital, afirma que a bacteriologia possibilitaria o amplo conhecimento científico, libertando a medicina dos complexos determinantes econômicos, sociais e políticos que limitavam seu desenvolvimento (BARATA, 1985).

Essa concepção de saúde biologicista aliada à lógica capitalista negava a medicina como ciência da sociedade, e isso implicava a desoneração do Estado frente ao redirecionamento econômico, responsabilizando os indivíduos pela cura de suas doenças, abrindo espaço para o desenvolvimento de equipamentos e medicamentos, muito mais compatíveis com a ideologia do capital (KOIFMAN, 2001). Neste

contexto, inicia-se o desenvolvimento capitalista do complexo médico-industrial, alheio a todos os malefícios decorrentes da mercantilização da saúde, especialmente no que se refere ao acesso não equânime e não universal, inclusive dos serviços médico-assistenciais mais essenciais, desconsiderando as grandes diferenças sociais e a cruel má distribuição de renda (BARROS, 2012).

Alguns fatos indicam essa relação de interesse mercantil na saúde. No final do século XIX, a crescente indústria farmacêutica passa a comprar espaços para propaganda nas publicações da área médica (THOMAS apud PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Além do forte interesse das grandes indústrias, há evidente movimento corporativo através da Associação Médica Americana (AMA), cujo objetivo era tornar hegemônica a “medicina científica”, opondo-se à ameaça de outras racionalidades médicas (MENDES, 1985). A corporação médica, aliada ao complexo médico-industrial, passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da “medicina científica” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Um estudo publicado em 1910 pelo americano Abraham Flexner, intitulado *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, o qual ficou conhecido como o “Relatório Flexner”, foi o marco mais importante para a reforma da formação médica no mundo inteiro (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Neste relatório, a partir de visitas às escolas médicas dos Estados Unidos e do Canadá, Flexner propõe um modelo de reformulação do ensino médico, já que considerava inadequada a qualidade de grande parte das escolas norte-americanas (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

O modelo proposto por Flexner para as escolas médicas recomendava um currículo com as seguintes características: divisão em dois ciclos, o básico e o clínico, sendo este último desenvolvido em ambiente hospitalar; e estudo centrado na doença de forma individual e concreta, sendo esta considerada como processo natural, biológico, o que resultava em uma prática mecanicista e reducionista. Não constam temas relativos à Saúde Pública, Medicina Preventiva, Medicina Social, Saúde Comunitária; tampouco podemos observar áreas de tangência com a medicina, como psicologia, sociologia e antropologia (CUTOLO, 2001).

Atribui-se ao Modelo Flexneriano a ênfase nas especializações precoces, fragmentando o conhecimento e dificultando a visão holística do paciente (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005).

A publicação do Relatório Flexner veio para legitimar e validar a “medicina científica”. Porém, ela não veio de forma aleatória. A Fundação Carnegie, instituição provedora do estudo, investiu cerca de US\$ 300 milhões, no período de 1910 a 1930, para propagar suas ideias (CUTOLO, 2001).

A publicação do relatório marca a convergência de interesses e a ligação entre o grande capital, a corporação médica e as universidades, com a institucionalização da “medicina científica” (MENDES, 1985).

A medicina científica, reafirmada por Flexner, firma-se numa lógica hospitalocêntrica e tecnológica, estimulando o consumo de serviços médicos, respondendo dessa forma à necessidade de afirmação do capitalismo como modo de produção e organização social, dando origem a um estilo de pensamento que vai nortear por muitos anos a formação e a prática profissional em saúde (CONNIL, 2008).

Essa união de interesses culminou no desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde que veio a se tornar hegemônico no mundo, e ficou conhecido como Modelo Biomédico. Ademais, o uso cada vez mais intensivo de tecnologia levou o conhecimento, o ensino e a prática médica a níveis crescentemente especializados (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010).

O Modelo Biomédico tem se caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo e especialização (CUTOLO, 2006).

Embora o Modelo Biomédico permita uma abordagem direta sobre o doente, sua explicação unicausal torna-se bastante reducionista. As ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações de promoção e prevenção. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento do processo fisiopatológico que ganham espaço (CUTOLO, 2006).

A concepção mecanicista do organismo humano faz com que a doença seja reduzida a uma avaria mecânica e a abordagem médica se restringe à manipulação técnica. Desta forma, a ciência médica se desenvolveu buscando métodos altamente sofisticados para remoção ou conserto das diversas partes do corpo potencialmente danificadas (KOIFMAN, 2001).

O lócus da assistência médica passa a girar em torno do hospital, que concentrava e organizava as capacidades profissionais, operacionais e tecnológicas disponíveis para a atenção curativa; o que por um lado tornava o cuidado cada vez mais especializado, ao mesmo tempo em que os gastos progressivamente aumentavam, integrados à organização do

ensino e da própria produção de conhecimento em saúde (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010).

A especialização é justificada pela necessidade de melhor conhecimento das partes. A especialização leva à fragmentação e faz com que o profissional de saúde se aliene de seu próprio objeto de trabalho, ainda que tenha participado pontualmente. Os profissionais distanciam-se do produto final da sua atividade laboral, sem compromisso com o resultado sanitário (CAMPOS, 2003).

Como consequência ainda desta estruturação do modelo biomédico, a supervalorização da tecnologia aproximou o paciente das máquinas e o afastou dos médicos, fazendo com que a anamnese e o exame físico fossem gradativamente substituídos pelos procedimentos (CUTOLO, 2001). A troca da globalidade pela especialização atenuou a compreensão holística do ser humano (MENDES, 1996), desbancando o antigo clínico geral (BARROS, 2012).

Paradoxalmente, o rápido e contínuo desenvolvimento científico-tecnológico que conduziu o modelo biomédico à hegemonia também foi responsável por colocá-lo em dificuldade. Os crescentes gastos, a inadequação na resposta da atenção à saúde da população, o contraste entre a grande quantidade de tecnologia disponível para diagnóstico e tratamento com a escassez de recursos para o custeio são pontos marcantes de descrédito deste modelo, principalmente como base para o ensino médico (SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999).

A lógica de mercado do modelo biomédico, que pretendia induzir o consumo crescente de bens e serviços, sob a égide da ampliação de lucros, foi o próprio responsável para a ampliação de gastos sem controle por parte dos Estados (BARROS, 2012), o que o tornou inviável para a esfera pública e se mostrou também inadequado para o setor privado.

Além do mais, não existe correlação direta entre o aumento dos gastos na medicina assistencial individual e a melhoria do padrão sanitário das populações (FEUERWERKER, 1998). Segundo o Banco Mundial, não existe relação direta entre o aumento da esperança de vida ao nascer e a diminuição da mortalidade infantil com o aumento dos gastos em saúde (CUTOLO, 2001).

No que diz respeito à atenção propriamente dita, a racionalidade anátomo-clínica, com distinção entre o normal e o patológico, interessada na classificação de doenças, revelou-se insuficiente, pois desconsiderava aspectos importantes do adoecimento do indivíduo (CANGUILHEM, 1990), sobretudo os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença (BARROS, 2012).

E, ainda, quando colocada diante dos enfrentamentos sociais, a lógica biomédica se mostrou incapaz de intervir com a responsabilidade social que a área da saúde demanda, e tampouco foi capaz, no plano coletivo, de ser modificadora de indicadores sociais (CUTOLO, 2006).

Em resposta a essas inconsistências do modelo biomédico, a partir da década de 1940, alguns movimentos como o da medicina integral, medicina preventiva, medicina comunitária começam a surgir como alternativa, introduzindo, sob formas distintas, elementos da vida social no processo de saúde e adoecimento (PIRES-ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010).

Contrário a essa lógica de reforma que questionava o modelo biomédico, após o golpe militar de 1964, o Brasil inicia um movimento de construção do modelo biomédico, com grande desenvolvimento do Complexo Médico-Industrial, marcado pela explosão na construção de hospitais, superespecialização médica e equipamentos desnecessários. Tais aspectos foram fortemente influenciados pelo interesse comercial americano e apoiados principalmente pelo Governo Militar, que privilegiava recursos públicos de assistência médica previdenciária para o setor privado, financiando a construção de hospitais e a prestação de serviços médicos (DA ROS, 1991).

Como forma de garantir a consolidação do modelo biomédico, o governo militar realiza uma reforma universitária, por intermédio da imposição da Lei Federal nº 5540, de 28/11/1968 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior). Com esta lei, os cursos de medicina passaram a adotar oficial e obrigatoriamente o Modelo Flexneriano, com a separação entre os ciclos básico e profissionalizante, e a adoção de um ensino hospitalocêntrico (NOGUEIRA, 2009), favorecendo definitivamente o complexo médico-industrial.

Não demorou para que a “política de saúde da ditadura” entrasse em crise. Desde o início dos anos 70, era evidente o descontentamento da população com a relação mercantilizada, autoritária e tecnicizada existente entre os serviços de saúde e a população. Com a crise do petróleo e o fim do milagre econômico, as verbas de saúde pública despencaram e a atenção médica da Previdência Social caminhou para a falência (LUZ, 1991).

Diversos fatores estiveram envolvidos no fracasso do modelo biomédico no Brasil: a incapacidade em solucionar problemas de saúde coletiva, como as epidemias; os altos custos da atenção médico-hospitalar; a diminuição do crescimento econômico com conseqüente redução da arrecadação previdenciária; a incapacidade do sistema em

atender a população sem carteira assinada; e os desvios de verbas do setor previdenciário para outros setores (POLIGNANO, 2005).

Diante do panorama mundial de crise econômica e sanitária, na década de 70, inicia-se um debate a respeito dos altos custos da assistência médica. No Brasil não foi diferente, emergindo neste período movimentos contrários ao modelo em vigor, defendendo uma atenção à saúde mais abrangente (ALMEIDA, 1996; PAIM, 2007).

Concomitantemente a esses acontecimentos da década de 1970, organizados por meio do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), um grupo formado por professores universitários dos departamentos de Saúde Pública, intelectuais da FIOCRUZ, sanitaristas do Ministério da Saúde e de movimentos populares que se opunham à ditadura militar discutiam as condições de vida da população brasileira e questionavam o desempenho do modelo de saúde curativista e não inclusivo vigente no Brasil. Esses debates deram origem ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que tinha como pressupostos novas políticas e novos modelos de organização de sistemas, serviços e práticas de saúde que partiam da medicina social e da medicina preventiva, o que se aproximava do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), resultante da Declaração de Alma-Ata (CUTOLO, 2006).

As primeiras tentativas institucionais de implantação de um novo modelo iniciam-se em 1976, com a criação do Plano de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, como tentativa de integrar ações médicas e preventivas (DA ROS, 1991). Posteriormente, em 1982, é criado o programa denominado de Ações Integradas de Saúde, com a proposta de descentralização dos recursos para os municípios, conferindo maior autonomia para a atenção aos previdenciários (DA ROS, 1991).

No I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado em 1979 e considerado um marco do movimento sanitário, o CEBES discutiu uma proposta de reconfiguração do sistema de saúde, já chamada na época de Sistema Único de Saúde, que contemplava conceitos como a universalização do direito à saúde, integralidade das ações e participação popular, todos oriundos de experiências bem sucedidas em outros países (FRATINI, 2007; VARGAS, 2008).

O Movimento da Reforma Sanitária teve grande atuação na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nessa Conferência, considerada um divisor de águas na história da saúde brasileira, mais de 4.500 representantes de diversos setores da sociedade (dos quais aproximadamente 50% eram representantes da sociedade civil) discutiram as propostas de mudança, determinando os princípios norteadores do SUS. Essas propostas viriam a ser apresentadas pelo

Movimento Sanitário à Assembleia Nacional Constituinte, responsável pela elaboração da Constituição a ser promulgada em 1988 (FRATINI, 2007; LOBATO, 2000; VARGAS, 2008).

A Constituição Federal de 1988 incorporou várias propostas discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, afirmando em seu Artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 41).

A Constituição Federal de 1988 inaugura um novo modelo de proteção social, incluindo a previdência, a saúde e a assistência como parte da seguridade social, introduzindo a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania (FLEURY, 2009).

O reconhecimento de que saúde é um direito indica a necessidade de desmercantilização do setor saúde enquanto política social pública abrangente, superando o viés capitalista, que acentua as iniquidades nos indicadores de saúde.

A incorporação jurídico-legal culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que parte do pressuposto de uma visão ampliada da saúde que incorpora determinantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos da saúde. Portanto, prevê uma abordagem integral do processo saúde-doença e não se resume à prestação de serviços assistenciais (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Essa abrangência ampliada da saúde é expressa pela Lei nº 8.080/1990, que afirma que:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990, p.1).

Nesse sentido, amplia-se também a necessidade de avanço em políticas sociais mais abrangentes em outros setores, não apenas da saúde.

Dentre as diversas competências do Sistema de Saúde listadas na Constituição, consta ainda que cabe ao SUS a ordenação na formação de recursos humanos para a área de saúde (BRASIL, 1988).

O modelo de organização do SUS escolhido pelo Ministério da Saúde (MS) foi o da Atenção Primária à Saúde (APS) voltada para a comunidade, a Atenção Básica à Saúde (ABS). A ABS está relacionada com a visão do processo saúde-doença entendido como determinado socialmente, influenciado por fatores ambientais e por desencadeadores etiológicos, cuja exposição está intimamente relacionada com a organização social (CUTOLO, 2006).

A APS reconhecidamente é a estratégia estruturante que obteve melhor impacto positivo nos indicadores de saúde de países com sistemas de saúde universais, apresentando maior eficiência no fluxo dos usuários no sistema, cuidado mais efetivo de condições crônicas, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (STARFIELD, 2002; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2011).

No Brasil, a primeira tentativa de garantir a operacionalização dos atributos da APS nos serviços de saúde, após o ordenamento constitucional, acontece em 1994, com a escolha do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia operacional da ABS, posteriormente chamada de Estratégia da Saúde da Família (ESF) (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006).

O PSF trouxe alguns desafios, como o trabalho multidisciplinar e a busca de uma clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento. Após a constatação de que as faculdades não estavam formando profissionais para executar esse trabalho, passam a ser discutidas medidas para viabilizar mudanças na graduação que atendam aos interesses deste novo modelo de atenção (NOGUEIRA, 2009).

Uma primeira medida no sentido de flexibilizar os currículos dos cursos da área da saúde é tomada em 1996, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), quando deixou de ser obrigatório o seguimento do Modelo Flexneriano (GUTIERREZ, 2008).

A aprovação da LDB leva à elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina, em 2001. As DCN apontam a necessidade de se adequar a formação de recursos humanos com o serviço, seguindo as diretrizes e princípios do SUS e compreendendo a integralidade dos cuidados demandados pela população (CUTOLO, 2003).

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 (BRASIL, 2001, p.1).

A APS passa a ser um ponto de convergência entre as políticas de saúde e educação, na medida em que as diretrizes curriculares apontam para uma integração com o sistema de saúde e com as necessidades de saúde da população, descentralizando o ensino da medicina dos hospitais à rede de saúde, tendo na Estratégia Saúde da Família o modelo prioritário para a (re) organização da APS e de toda a atenção à saúde no país (ALMEIDA et al., 2007).

Nos últimos anos, várias instituições de ensino modificaram os seus currículos e têm desenvolvido projetos para instituir mudanças no ensino de graduação na área da saúde, impulsionadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, pelo Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde), pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), entre tantos outros processos indutores.

Por outro lado, a atenção à saúde no que se refere à Atenção Básica também tem ampliado sua cobertura, e, ainda, o Estado tem afirmado a APS como estratégia de reordenamento do SUS, inclusive com a publicação de decreto presidencial que a reafirma como porta preferencial de entrada da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011a). Em agosto de 2011, a ESF estava implantada em 5.284 municípios brasileiros, com perto de 110 milhões de brasileiros, o que representa 51,6% da população (MENDES, 2012), número ainda um pouco distante da universalização da saúde.

Uma das maiores dificuldades encontradas para se atingir a cobertura universal da ABS/ESF no Brasil é causada justamente pelo fato de o número de médicos por mil habitantes ser insuficiente, inclusive se comparado com países como Argentina e Uruguai, que apresentam respectivamente uma relação de 3,2 e 3,7 médicos por mil habitantes,

sendo que o índice brasileiro é de 1,8 médicos por mil habitantes (BRASIL, 2013a).

A consequência disso é que os gestores municipais não têm conseguido contratar os médicos de que precisam (BRASIL, 2013a). Há também grandes disparidades na distribuição, com a concentração de médicos nos grandes centros e a consequente falta em municípios do interior e nas regiões norte e nordeste. Essa situação se tornaria mais drástica se fosse respeitada a recomendação de 2000 pessoas por área de abrangência, ainda que o se permita o teto de 4000 pessoas por área (BRASIL, 2013b).

O Programa da Valorização da Atenção Básica (PROVAB) foi criado em 2011, com o objetivo de incentivar o provimento e a fixação de profissionais na Atenção Básica, com bonificação de 10% da nota da prova de programas de residência médica, a partir do cumprimento de um ano no Programa, tendo a ESF como lócus de atuação (BRASIL, 2011b). Apesar da validade da iniciativa, o Programa tem caminhado na contramão da valorização da Atenção Básica, uma vez que tem servido muito mais para o ganho de bonificação nas provas de residência em outras especialidades que não a Atenção Básica (FEUERWERKER, 2013), realizando apenas seu provimento provisório.

Neste contexto de falta de médicos foi instituído o Programa Mais Médicos, por meio da Lei Federal 12.871, de 22 de outubro de 2013, que tem como objetivo a formação de recursos humanos na área médica para o SUS, inferindo tanto nas políticas educacionais dos cursos de medicina quanto na inserção de médicos em regiões prioritárias para o SUS, na perspectiva de qualificação do acesso e da atenção na ESF (BRASIL, 2013a).

Alguns dos principais desdobramentos a partir da publicação do Programa Mais Médicos foram: a publicação, em 2014, das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina; o incentivo e financiamento a Programas de Residência Médica nas áreas básicas, em especial aos Programas de Medicina de Família e Comunidade; e o aumento da oferta do número de vagas para os cursos de medicina.

As novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina não trazem grandes mudanças no que se refere ao perfil desejado, porém, elas evidenciam com mais clareza conteúdos, organização e estratégias para o alcance do objetivo de formar um profissional apto para trabalhar na APS ou como médico geral (BRASIL, 2014).

Mais uma vez as políticas de saúde e de educação, pelo menos no âmbito legal e teórico, confluem para a consolidação da APS como ordenador da formação e da atenção à saúde.

A motivação e primeiro pressuposto desta pesquisa consistiu no fato de que as DCN de 2001 já apontavam para a formação geral, e no âmbito da atenção à saúde também já existia o direcionamento da APS como eixo estruturante do sistema.

O estudo ainda partiu dos seguintes pressupostos:

1. A Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante de sistemas universais de saúde é a que apresenta melhores indicadores sanitários;
2. Para que a Atenção Primária à Saúde se consolide enquanto política pública universal e de qualidade são necessários profissionais em quantidade e qualidade suficientes, inclusive médicos;
3. A educação médica não tem sido capaz de modificar as escolhas, especialmente no que tange a Atenção Primária à Saúde;
4. A prática médica ainda é vista como uma atividade liberal por grande parte da corporação médica;
5. O mercado de trabalho faz a regulação da escolha da especialidade médica, com a vinculação de questões relacionadas a remuneração, condições e recursos materiais, valorização profissional;
6. A APS não só não é a escolha mais natural no que se refere ao campo de trabalho do médico como é uma das menos desejadas;
7. O mercado de trabalho no âmbito privado ainda é mais sedutor e objeto de desejo de grande parte dos estudantes e profissionais de medicina;
8. Os programas de provimento de profissionais médicos para a APS não têm sido capazes de fixá-los como possibilidade de carreira profissional, funcionando apenas como provimento provisório.

A regulação da oferta de especialidades médicas é atribuição do Estado como responsável pela ordenação da formação de recursos humanos para a saúde. Porém, é condição *sine qua non* para suprir a carência de profissionais médicos e com qualificação para o trabalho na Atenção Básica, que este seja de fato campo de trabalho escolhido pelo profissional. Desta forma, questões relacionadas à formação generalista na graduação, formação em especialidade em Medicina Geral e de

Família e questões vinculadas ao mercado de trabalho, como boa remuneração, estabilidade no trabalho, condições estruturais e materiais e valorização profissional, deverão ser pensadas e implementadas de forma orgânica, para que se tenha materialidade para a escolha da Atenção Básica como campo de trabalho e carreira profissional do médico. Neste sentido, a regulação do Estado não pode se restringir a questões vinculadas à oferta de programas de residência, formação compulsória em medicina de família na graduação e pós-graduação, pois, ainda que sejam importantes, realizam apenas provimento provisório ou insuficiente.

O curso de Medicina da UNIVALI, após uma reforma curricular realizada a partir de 2007, especialmente com o incentivo do PRÓ-Saúde, reorganizou os conteúdos da disciplina de Medicina de Família e Comunidade e ampliou as atividades práticas nas unidades de saúde. Além disso, criou um projeto de extensão na Atenção Básica, chamado de Projeto Sérgio Arouca, que tem ampla participação e envolvimento dos acadêmicos, e ainda importante identificação com os pressupostos da Atenção Básica. Porém, apesar destes importantes avanços, poucos alunos que passam mais intensamente por este processo, optam pela Atenção Básica como possibilidade de carreira profissional. Neste sentido, o objeto desta pesquisa é a escolha da especialidade médica, num contexto de importante exposição durante o período de graduação na Atenção Básica.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os Estilos de Pensamento da escolha da especialidade médica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os elementos que caracterizam os Estilos de Pensamento na escolha da especialidade médica.

Identificar os mecanismos de introdução e regulação dos Estilos de Pensamento na escolha da especialidade médica.

Propor a utilização da categoria Estilo de Pensamento como referencial de análise.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A pesquisa se utilizou de três referenciais distintos, porém complementares entre si, que serviram de base para guiar as discussões e inferências: o referencial de saúde; o referencial de educação; e o referencial epistemológico.

3.1 O REFERENCIAL DE SAÚDE – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O referencial de saúde utilizado foi o da Atenção Primária à Saúde, cuja justificativa se dá por corresponder à proposta de organização do SUS, e ainda pelo fato de apresentar os melhores resultados sanitários em diversos países, especialmente quando comparados a modelos baseados na fragmentação e especialidade. Desta forma, este subcapítulo tem o propósito de apresentar a Atenção Primária à Saúde ao leitor, bem como de evidenciar suas vantagens, em especial quando segue a lógica da APS Abrangente e seus atributos. Essa vertente, com a qual nos identificamos, é a apresentada como opção pelo nosso sistema de saúde em seus documentos legais. Portanto, desejamos ratificar a opção pela Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante do sistema de saúde.

3.1.1 Histórico da Atenção Primária à Saúde

A concepção de Atenção Primária à Saúde surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson, que preconizava a organização do sistema de atenção à saúde em vários níveis, incluindo os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços de apoio e os hospitais de ensino, influenciando a organização de vários sistemas de saúde no mundo (MENDES, 2012). Deste período até o final dos anos setenta, ocorreram vários movimentos em diversos países que criaram um contexto cultural e político favorável para a institucionalização da APS em escala mundial, culminado na organização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1979).

O documento final da Conferência ficou conhecido como Declaração de Alma-Ata e definiu que os cuidados primários à saúde

devem ser baseados em métodos e tecnologias de natureza prática, cientificamente validados e socialmente aceitáveis, permitindo o acesso universal na comunidade para indivíduos e famílias, com efetiva participação social e custo suportável para comunidades e países, de acordo com seu desenvolvimento, num espírito de autonomia e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE / FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1979).

A Declaração de Alma-Ata traz ainda uma contribuição muito importante apontando a saúde como expressão do direito humano (MENDES, 2012), além de apontar a necessidade de ação de outros setores sociais e econômicos para sua realização (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

Desta forma, a Declaração de Alma-Ata destaca que os cuidados primários incluem ações de educação em saúde, relativas aos problemas mais prevalentes, bem como métodos de prevenção e controle; promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada; fornecimento de água de boa qualidade e saneamento básico; cuidados materno-infantil; imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

O consenso estabelecido em Alma-Ata destacou elementos que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estava empenhada em difundir naquele momento: saúde como expressão do desenvolvimento social e econômico, necessidade de ações intersetoriais, criação de sistemas nacionais de saúde com base comunitária e efetiva participação social neste processo (CONNIL, 2008).

Apesar de a Declaração de Alma-Ata apontar de forma abrangente a organização dos sistemas de saúde, seus desdobramentos se deram de forma diversa em vários países. O caminho proposto para a organização dos sistemas de saúde se articulava em torno de dois polos principais, influenciados por necessidades de ordem econômica, política e social, mas também por demandas oriundas dos movimentos sociais e setoriais desse contexto (CONNIL, 2008).

Essas formas de organização dos cuidados primários à saúde posteriormente ficaram conhecidas com Atenção Primária à Saúde e se apresentaram em quatro principais abordagens: Atenção Primária à Saúde Seletiva, Atenção Primária à Saúde Clássica, Atenção Primária à Saúde Abrangente e Enfoque em Saúde e Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2007).

A Atenção Primária à Saúde Seletiva se limita a alguns serviços específicos, com ações que apresentam alto impacto e baixo custo (MENDES, 2012) para o enfrentamento dos problemas mais prevalentes, geralmente desenvolvidas em países em desenvolvimento, dirigidos à população pobre. São exemplos destas ações o monitoramento de crescimento, terapia de reidratação oral, amamentação, imunização, complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2007).

A Atenção Primária à Saúde Clássica refere-se a uma organização do sistema local de saúde, oferecido pela disponibilidade de clínicos gerais ou médicos de família para a maioria das pessoas para os cuidados dos problemas mais comuns, funcionando ainda como porta de entrada para outros níveis de atenção. Essa forma de abordagem é mais comum em países desenvolvidos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2007), e ainda é orientada como forma de minimizar os custos econômicos (MENDES, 2012).

A Atenção Primária à Saúde Abrangente é a expressão das diretrizes da Declaração de Alma-Ata, que relaciona a saúde com o desenvolvimento econômico e social (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2007) e representa a APS como estratégia de organização e coordenação do sistema de atenção à saúde; portanto, pressupõe uma articulação em rede com outros pontos de atenção, direcionando seus recursos para o atendimento das necessidades e demandas da população (MENDES, 2012).

E por fim o Enfoque em Saúde e Direitos Humanos, que dá mais ênfase que a APS Abrangente para a necessidade de se abordar os determinantes sociais e políticos da saúde, expressos como direito humano fundamental no sentido do compromisso ideológico, financeiro e legal para a equidade em saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2007). Mendes (2012) não considera essa modalidade, talvez pelo fato de conceitualmente ela não diferir da APS Abrangente.

Apesar de Alma-Ata apontar para a APS Abrangente, as reformas em saúde nos anos de 1980 e 1990, com forte indução de organismos internacionais, como o Banco Mundial, e ainda com a preocupação da universalização, adotaram uma APS mais focalizada e seletiva, como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade para populações de baixa renda, de forma a minimizar os efeitos das desigualdades social e econômica (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014).

Embora inicialmente ela tenha sido implantada como estratégia provisória, a APS Seletiva tornou-se o modo dominante em muitos países

(ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2007). Ainda que ela tenha conseguido resultados sanitários importantes, ela foi criticada pelo fato de não conseguir combater as causas primárias do processo de adoecimento, no sentido da abordagem dos determinantes sociais, e ainda de desfavorecer alguns indivíduos e famílias por direcionar as ações para grupos específicos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2007).

Estudos realizados nas Américas indicaram grandes discordâncias e conceitos errôneos sobre a APS, mesmo dentro de um país (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2003). Isso se explica pelas diferenças históricas no desenvolvimento da saúde nas regiões e os legados de cada sistema político e social (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2003; 2004).

Ainda que a APS tenha tido graus de implementação diferentes desde Alma-Ata, ela tem sido reconhecida como componente fundamental para um sistema de saúde eficaz (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2007). Experiências, em países mais ou menos desenvolvidos, demonstraram que a APS pode ser adaptada para se adequar a uma grande variedade de contextos políticos, sociais e culturais (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2007).

As reformas realizadas nas últimas décadas nos países das Américas foram iniciadas por motivos e fatores diversos, incluindo custos crescentes, serviços ineficientes e de baixa qualidade, orçamentos públicos reduzidos e ainda como resposta às mudanças no papel do Estado, porém, apesar de investimentos consideráveis, apresentaram resultados limitados (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2007).

Os fatores que dificultam a implementação eficaz da APS referem-se à resistência da mudança do modelo de atenção com forte influência biomédica, segmentação e fragmentação dos sistemas de saúde, falta de compromisso político, mudança e fragilidade econômica, com consequente subfinanciamento (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2007); portanto, observa-se o forte poder ideológico do capital.

Um novo olhar para os determinantes da saúde muda a explicação, o direcionamento e as estratégias que devem ser pensadas pelos serviços de saúde. A relação inicial era de que pessoas saudáveis contribuíam para o crescimento econômico, porém, o novo entendimento é multidimensional, baseado no desenvolvimento humano, em que a saúde é uma capacidade humana fundamental para que indivíduos possam alcançar sua autorrealização, sendo esta um elemento da construção de

uma sociedade democrática (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2007). Assim, é o desenvolvimento econômico e social que deve contribuir para a saúde das pessoas.

Algumas pesquisas evidenciam as complexas relações entre os determinantes sociais e o processo saúde-doença. Desta forma, melhorar a saúde implica uma ampla articulação política, econômica e social, com envolvimento de diversos setores e atores (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Apesar de todas as experiências evidenciarem a importância da APS de forma geral, a sua concretude e consolidação apontam para a APS Abrangente. Essa concepção de Atenção Primária como pilar da estruturação dos sistemas de saúde tende a superar visões mais restritas que a compreendem como um meio para ofertar serviços a populações marginalizadas ou unicamente como mais um nível de assistência (MENDES, 2002).

3.1.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil

A APS no Brasil acompanhou os movimentos de Alma-Ata, com várias propostas que se iniciaram no final da década de 1970 e percorreram os anos da década seguinte. A criação do SUS, rompendo com o modelo “Inampista”, deu novo impulso para que as várias iniciativas de organização da APS, ainda isoladas, pudessem ganhar forma de programa nacional.

Inspirado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, criado em 1991, que já apresentava importante repercussão na diminuição da mortalidade infantil e controle de endemias, foi lançado pelo Ministério da Saúde, em 1994, como política oficial de APS no Brasil, o Programa de Saúde da Família – PSF (MENDES, 2012), dirigido especialmente para os 30 milhões de brasileiros que viviam abaixo da linha da pobreza, em situação de risco, portanto, ainda uma APS de caráter seletivo (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014).

O PSF foi financiado pelo Banco Mundial, que recomendava, em relatório sobre saúde apresentado em 1993, que somente em algumas situações a saúde seria de responsabilidade pública e que os efeitos das políticas de ajuste fiscal poderiam ser amortizados por políticas de combate à pobreza, o que explica o caráter seletivo do programa com foco na população mais pobre (SENNA, 2002). Isso inclusive explica o interesse de um governo de cunho neoliberal em investir num programa dessa natureza, que apresentava atrativos políticos bastante interessantes, sobretudo como resposta ao vazio existencial presente no SUS naquele

momento (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014).

Ainda que tivesse o caráter seletivo, o PSF foi implementado como estratégia para contrapor o modelo médico curativista, para reorientação do modelo assistencial, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 1997).

A atenção passa a ser centrada no indivíduo e na família, entendidos e percebidos a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas, indicando também ações de cunho intersetorial (BRASIL, 1997; MENDES, 2012).

O modelo de APS brasileiro é bastante particular: ainda que tenha recebido influências externas importantes, diferiu delas sobretudo por não se instituir como proposta exclusiva de medicina familiar, mas por optar pela política pública voltada para a saúde da família, com base territorial e adscrição populacional, com mecanismos de cooperação e não de competição (MENDES, 2012). O PSF incorporou desde seu início o trabalho multiprofissional, com equipe composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e ainda odontólogos e técnicos de saúde bucal (MENDES, 2012).

Num segundo momento, no final da década de 1990, o PSF passou a ser considerado pelo governo brasileiro a principal estratégia de reforma não apenas da APS, mas de todo o modelo de atenção em saúde. Para diferenciá-la da proposta inicial de caráter seletivo e ainda das concepções clássicas de APS, o programa ganha status de estratégia e o Ministério da Saúde passa a adotar o termo Atenção Básica (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013), sendo a Estratégia Saúde da Família seu modelo prioritário.

A designação Atenção Básica objetiva, portanto, o posicionamento do governo brasileiro de resgatar a proposta político-ideológica de Alma-Ata, de caráter universalista e de reorientação do modelo assistencial, apontando a necessidade de envolvimento de outros setores públicos e da sociedade para a atenção integral (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; PEREIRA et al., 2012).

Como já mencionado anteriormente, sobre as experiências de vários países, a APS no Brasil não se desenvolveu de maneira uniforme e homogênea, e também não seguiu necessariamente o modelo da ESF (BRASIL, 2006a). No Brasil, coexistem formas distintas de organização

da APS, inclusive há exemplos de utilização de estratégias diferenciadas no interior de um mesmo município (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014).

Portanto, apesar do discurso oficial indicar a APS Abrangente, a implementação da Atenção Básica no Brasil mistura elementos técnicos, culturais e operacionais que se aproximam de uma APS Seletiva e de uma APS como nível primário de atenção (MENDES, 2012), ainda com grande dificuldade de romper com o modelo biomédico.

A regulamentação da Atenção Básica se deu a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, revista e republicada em 2011. A Política Nacional de Atenção Básica define:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p. 19).

Essa definição é coerente com o princípio da integralidade como eixo norteador do SUS, pois prevê a abordagem sobre os determinantes da saúde (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014) e supera os modelos de APS desenvolvidos em países da União Europeia, que são caracterizados por serviços ambulatoriais, com ênfase na clínica e nos cuidados individuais, preventivos ou curativos (GIOVANELLA, 2006).

Essa concepção brasileira de Atenção Básica se aproxima, pelo menos no seu discurso, de uma abordagem de APS Abrangente, que inclui porta de entrada do sistema de saúde, participação da comunidade, intersetorialidade, enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, utilização de tecnologia apropriada e relação custo-benefício sustentável (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014). Assim, a PNAB reafirma a Estratégia Saúde da Família como principal dispositivo de reorganização da Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2012).

A despeito dessas características de implantação, vários estudos têm demonstrado a importância de PSF e ESF para a população brasileira.

Uma pesquisa realizada no Brasil demonstrou que a implantação do PSF no período entre 1998 e 2004 esteve associada à melhoria dos indicadores de saúde de forma geral (BRASIL, 2006b). Um dos estudos que comprovam essa afirmativa foi realizado por Aquino et al. (2009 apud MENDES 2012), no período entre 1996 e 2004, em 721 municípios que receberam o PSF, os quais tiveram uma diminuição da mortalidade infantil de 26,6 para 16,1 mortes por cada mil nascidos vivos.

Em relação à importância do aumento de cobertura populacional pela APS, estudos realizados já demonstravam, por exemplo, que para cada 10% de aumento na cobertura do PSF, havia uma redução média de 4,5% na taxa de mortalidade infantil (MACINKO et al., 2007).

Outra pesquisa realizada com dados secundários do estado de Minas Gerais demonstrou que eventos de saúde sensíveis à APS tiveram reduções significativas no período entre 2007 e 2010, que coincide com o período em que APS teve prioridade nas políticas estaduais, com grande diminuição de internação hospitalar por desidratação e pneumonia, diminuição da taxa de baixo peso ao nascer e óbito por infecção respiratória aguda em crianças menores de um ano (JUNQUEIRA, 2011), o que implica ainda a redução de custos financeiros e sociais ocasionados por esses agravos.

Em relação à tipologia de APS, estudos avaliativos apresentados em diferentes regiões do país indicam que os resultados do PSF são muito superiores aos do modelo tradicional (que se baseia apenas na oferta de consulta médica por clínico), mesmo quando direcionado a uma população de maior vulnerabilidade social (MENDES, 2012). Em Curitiba, estudo comparando o PSF com unidades de saúde do modelo tradicional revelou um melhor desempenho frente a alguns indicadores de saúde, nunca inferior (MARTY, 2011).

Essas evidências demonstram que a APS tem sido uma experiência bem sucedida, e que as alternativas de modelos tradicionais, não orientadas para a comunidade, podem significar um perigoso retrocesso no SUS (MENDES, 2012).

Estudos internacionais demonstram as mesmas evidências das vantagens da APS em relação a outras formas de organização. Mendes (2012) realizou uma revisão de literatura de estudos de diversos países e concluiu que os sistemas de saúde com forte orientação para a APS são mais adequados às necessidades de saúde da população; são mais efetivos para enfrentamento das condições crônicas, com desempenho significativo nos níveis de saúde; são mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; são mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais

pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e ainda apresentam melhores indicadores por darem ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (MENDES, 2012).

A *Health Evidence Network* fez uma revisão sistemática de 107 trabalhos internacionais sobre as vantagens e desvantagens de reestruturar os sistemas de saúde com base na APS. O primeiro achado interessante é que os autores não identificaram nenhum estudo que demonstrasse desvantagem da APS frente a sistemas com base em atenção especializada. As evidências mostraram que os sistemas baseados numa forte orientação para APS estavam associados a melhores resultados sanitários para a população em relação a todas as causas de mortalidade, e ainda com maior satisfação das pessoas usuárias e menor gasto agregado na atenção à saúde (MENDES, 2012).

Um relatório do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido demonstrou o custo de procedimentos sanitários realizados em diferentes pontos de atenção à saúde, demonstrando que o custo do atendimento na APS é dez vezes menor que no ambulatório de especialidade e 1.330 vezes menor que no hospital terciário (MENDES, 2012). Por outro lado, no campo operacional, a maioria dos estudos que compararam serviços de APS com outros de atenção voltada para a especialidade, além da questão dos custos e da satisfação dos usuários em favor da APS, não demonstraram qualquer efeito adverso na qualidade do cuidado ou do resultado sanitário (MENDES, 2012).

A melhoria dos indicadores de saúde no Brasil se deu em grande parte pelo expressivo aumento de cobertura por equipes de Saúde da Família. No período de 1998 a 2006, a cobertura populacional, que era de aproximadamente 7%, alcançou 46% da população, sendo a ampliação bastante significativa em áreas historicamente desprovidas de serviços de saúde e com indicadores sociais desfavoráveis. Em um segundo ciclo, de 2006 a 2014, observa-se um crescimento menos acelerado, sendo que em 2014 havia aproximadamente 57% da população coberta por equipes de Saúde da Família (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014).

Embora a APS tenha ocupado lugar central na nova agenda federal, em uma perspectiva abrangente ainda há numerosos desafios a serem enfrentados para que ela se consolide como porta preferencial de entrada e resolutiva do sistema de saúde e, ainda, para que se constitua como coordenadora da rede de atenção (PEREIRA et al., 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Dentre esses desafios, destaca-se a superação do modelo fragmentado e segmentado de atenção à saúde, em que a participação do

setor privado é bastante significativa com oferta de serviços altamente diversificados e especializados, ainda subsidiados pelo próprio poder público (PEREIRA et al., 2012).

Outras questões importantes trazidas sobre o panorama da APS no Brasil que ainda dificultam sua qualificação e consolidação estão relacionadas à carência de infraestrutura adequada nas unidades de saúde e a baixa densidade tecnológica a elas agregada, à falta de profissionalização da gestão, à ausência de equipes multiprofissionais, à precarização nas relações de trabalho, à fragilidade do modelo de atenção integral com fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e subfinanciamento (MENDES, 2012).

Esse subfinanciamento, além da limitação própria de recursos, carrega uma forte carga ideológica vinda da medicina especializada, que seduz a população com sua alta densidade tecnológica e caracteriza a APS como medicina de baixa qualidade, inclusive criando na fala da população o sentido pejorativo de “postinho de saúde”. A consequente repercussão no plano político faz com que os gestores prefiram investir em unidades de atenção especializada e hospitalar, que garantem maior visibilidade política, fragilizando a APS (MENDES, 2012).

Também não se observam políticas de Estado para o enfrentamento da precarização dos vínculos trabalhistas, que desde a implantação do PSF geram grande rotatividade e dificuldade de fixação de profissionais devido à ausência de planos de carreira, o que afeta de forma mais dramática a APS, que se baseia ética e organizacionalmente na continuidade da relação profissional-usuário (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014).

A insuficiente valorização e reconhecimento dos profissionais da APS são importantes obstáculos para sua consolidação. A falta de tradição na formação de generalistas por parte das instituições de ensino historicamente tem contribuído para esse panorama (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014).

Em resumo, o que estaria impedindo a expansão da APS no Brasil seriam as estruturas burocráticas, o corporativismo médico, o aparelho formador, os preconceitos em relação à tecnologia de baixa densidade e a própria recomendação do Banco Mundial, financiador de muitas ações, em propor pacotes mínimos para a APS (CONNIL, 2008).

Uma ESF forte significa uma ruptura com um modelo de atenção que se baseia em grande consumo de procedimentos e alta densidade tecnológica, com a ausência de uma APS que coordene a rede de atenção (MENDES, 2012). Isso implica conflito com os interesses dos atores sociais que concentram grande poder na arena política da saúde e que se

beneficiam economicamente desse modelo (MENDES, 2012). Neste sentido, a consolidação da ESF como forma mais adequada de fortalecimento da APS no SUS deve ser vista como um movimento de nítida denotação de luta política (MENDES, 2012).

A partir do ano de 2011, o governo federal deu início a um processo que buscou valorizar a Atenção Básica e atrair profissionais de saúde, sobretudo médicos (que representam a categoria com maior dificuldade), para as localidades com problemas de provimento e fixação. Entre as principais medidas estão (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014):

- Vinda de médicos estrangeiros para o provimento e intercâmbio de experiências no escopo do programa “Mais médicos para o Brasil”, por meio de termo de cooperação internacional, respeitando a prioridade para profissionais formados no Brasil;
- Parceria entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde para abertura de 11.500 vagas em cursos de medicina no país até 2017;
- Criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas para o trabalho pelo período de um ano em periferias de grandes cidades, municípios do interior, áreas remotas como a Amazônia Legal, semiárido nordestino ou áreas com populações indígenas, com o objetivo de promover a imersão no SUS para sua valorização, apoiados ainda pelo curso de especialização em Saúde da Família. Os profissionais médicos, além do pagamento de bolsa, recebem bonificação adicional de 10% da nota final para as provas de residência médica;
- Expansão de residências médicas, com previsão de abertura de 12.000 novas vagas até 2017, em áreas prioritárias para o SUS, como pediatria, psiquiatria, obstetrícia, ginecologia e especialmente a Medicina de Família e Comunidade;
- Aumento do investimento em infraestrutura para ampliação, construção e reforma de hospitais, Unidades de Pronto-Atendimento e, sobretudo, Unidades Básicas de Saúde, com destaque para o “Programa Requalifica UBS”.

Outra iniciativa importante foi o lançamento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade na Atenção Básica por meio de institucionalização

da avaliação, fomentando processos contínuos e progressivos de melhoria de padrões e indicadores de acesso e qualidade, mobilizando, responsabilizando e envolvendo gestores, equipes e usuários na qualificação da Atenção (BRASIL, 2011c).

Sob o ponto de vista de direção política, existem evidências do desejo de uma APS Abrangente. O texto atual da PNAB (2011) reforça a base teórica e conceitual da APS como base robusta para a reestruturação da Rede de Atenção à Saúde, reafirmando o princípio de que a integralidade só pode ser alcançada à medida que pontos de atenção coordenados pela APS se interliguem e se comuniquem (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014). Reforçando esse pensamento, o Decreto nº 7.508, promulgado em junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, reforça o papel da APS como forma de assegurar aos usuários o acesso universal, a longitudinalidade da atenção, a integralidade e a coordenação do cuidado, tanto no âmbito individual quanto coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014).

A consolidação da ESF não será tarefa fácil nem breve, tampouco barata, pois exigirá mais recursos num cenário atual de escassez e insuficiência para tornar o sistema de fato universal e de qualidade. Por outro lado, havendo vontade política, os recursos atuais podem pelo menos fortalecer a direção para uma APS Abrangente, que já terá um grande impacto na saúde da população brasileira (MENDES, 2012).

As experiências de implantação da APS nas províncias do Canadá e na Inglaterra apresentaram importância paradigmática na organização dos serviços de saúde, e ainda apontam a necessidade de tolerância quanto ao tempo necessário para a construção de novas práticas de saúde (CONNIL, 2008).

3.1.3 Qual Atenção Primária à Saúde?

Após o encontro de Alma-Ata e da publicização de várias experiências internacionais, especialmente considerando as exitosas, a americana Bárbara Starfield sistematizou os atributos essenciais para o que estamos chamando de APS Abrangente: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, e, ainda, como atributos derivados, a orientação comunitária, a centralidade na família e a competência cultural (STARFIELD, 2002; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2007).

Na APS Abrangente, espera-se que ela, além de ser a porta de entrada do sistema, seja a porta preferencial. A Atenção Básica deve ser

o contato preferencial e a porta de entrada dos usuários, ou seja, a população deve entender esse serviço como sendo o primeiro recurso quando necessário (BRASIL, 2012). Isso implica que essa porta de entrada respeite o princípio da universalidade e que, ainda, seja acessível e acolhedora (CUTOLO, 2009).

A universalidade pressupõe a garantia do direito ao acesso às ações e serviços, conforme estabelece a Constituição (BRASIL, 1988). Já a acessibilidade implica a facilitação desse acesso e deve ser entendida como elemento estrutural mais necessário para o uso da atenção como primeiro contato (CUTOLO, 2009). Desta forma, pode ser entendida como a capacidade de o usuário obter cuidados facilmente sempre que necessitar (BRASIL, 2012).

Além de facilitar o acesso, este deve se dar de forma acolhedora, o que implica um atendimento humanizado e garantia de uma escuta qualificada com o compromisso de atender às necessidades expressas pelo usuário (MERHY, 1997), o que nem sempre se resume a uma consulta médica ou atendimento na unidade.

Ao se tornar referência na busca de resposta para as suas necessidades, é necessário que haja uma relação de confiança entre o usuário e o profissional do sistema, garantindo a continuidade das ações a serem realizadas e a longitudinalidade do cuidado (CUTOLO, 2009).

A longitudinalidade é a transversalidade do cuidado. Pressupõe a continuidade da relação clínica, com a criação de vínculo entre os profissionais e usuários, ao longo do tempo e de forma permanente, independentemente de problemas específicos ou do tipo do problema e até mesmo da ausência de problemas (BRASIL, 2012). É uma relação de corresponsabilização dos cuidados, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. Por intermédio dessa relação, com o passar do tempo, os profissionais e pacientes passam a se conhecer, gerando uma parceria sustentada na qual os valores e preferências do paciente são levados em consideração (STARFIELD, 2002). Essa relação deve gerar vínculo, confiança e otimização da resolubilidade (CUTOLO, 2009).

A longitudinalidade permite que o profissional da saúde ao longo do tempo possa realizar uma integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas da saúde, porém, exige também maior compromisso com a saúde das pessoas (CUNHA, 2009). Isso remete ao outro atributo, a integralidade.

A integralidade é um dos pilares da construção do SUS e possui várias dimensões: o sentido mais imediato é o de atender às necessidades do outro (CECÍLIO, 2001). Essas necessidades devem ser vistas dentro

de um contexto ampliado de ver e conceber o processo saúde-doença que considere, a partir da determinação social, a interferência do condicionante ecológico-ambiental e do desencadeador biológico (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

Apreender essas necessidades implica a superação da clínica tradicional reducionista para uma clínica ampliada que considere a singularidade e o contexto (CUNHA, 2004). A apreensão de necessidades ampliadas exige respostas igualmente ampliadas, considerando, portanto, ações de promoção da saúde, proteção de saúde, prevenção de doenças e recuperação (MAEYAMA; CUTOLO, 2010). Exige, então, trabalho em equipe e abordagem intersetorial, sendo pertinente a todos os setores da sociedade, levando à melhoria das condições de vida (CUTOLO, 2006; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A transição epidemiológica faz também com que o foco da prática sanitária se desloque da cura para o cuidado. Desta forma, a integralidade pede a ampliação do desenvolvimento da dimensão cuidadora, no sentido de responsabilização profissional pelos resultados das práticas de atenção (BRASIL, 2004).

A integralidade envolve ainda a necessidade de se ofertar todos os tipos de serviços de atenção à saúde, o que inclui atenção primária, atenção especializada, atenção hospitalar e apoio diagnóstico (STARFIELD, 2002), trabalhando numa lógica de rede em sincronia.

Na integralidade, a orientação comunitária, a centralidade na família e a competência cultural já estão garantidas, uma vez que as práticas são desenvolvidas a partir das necessidades expressas e do contexto no qual elas estão inseridas, ou seja, considera território, cultura e família.

Já a coordenação do cuidado é a organização dos atributos da Atenção Primária. É uma gestão do processo de trabalho da equipe que otimiza os demais atributos, que dinamiza os fluxos, que acompanha, que encaminha, que produz ações integradas, que acolhe e promove resolubilidade (CUTOLO, 2009).

É necessária a coordenação do cuidado nos níveis assistenciais, de forma que os serviços disponíveis estejam voltados ao alcance de um objetivo comum. As necessidades de saúde são complexas e geralmente não são adequadamente tratadas por sistemas de saúde caracterizados pela especialização e orientação profissional isolada, e essa inadequação gera tanto negligência quanto iatrogenia, além da longitudinalidade perder muito seu potencial e a integralidade ficar comprometida (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A coordenação do cuidado implica o reconhecimento de que muitos problemas requerem seguimento constante dentro da rede de atenção, seja no domicílio, na unidade básica de saúde ou em outros serviços, e cabe à equipe garantir a continuidade, assegurando o melhor cuidado possível.

O profissional da APS deve ser capaz de integrar o cuidado através da coordenação e ainda de planejar, monitorar, avaliar e desenvolver o cuidado para poder alcançar as diversas dimensões do processo saúde-doença (CUTOLO, 2009).

Quanto maior o grau de implementação dos atributos, melhores serão os resultados sanitários. Desta forma, para uma APS abrangente e de qualidade, a operacionalização integral dos atributos é condição *sine qua non* (STARFIELD, 2002). Com a organização baseada nos atributos, a APS tem capacidade de resolver 85% dos problemas de sua população (MENDES, 2012).

Algumas questões para além dos atributos devem ser consideradas. É necessário financiamento apropriado, com adequação e sustentabilidade de recursos, implicando compromisso político para que se assegurem cuidados universais e de alta qualidade. Exigem-se, portanto, recursos humanos qualificados e abordagens racionais baseadas em evidências para o alcance dos objetivos. Também é necessária uma sólida fundamentação legal, institucional e organizacional que garanta direção e continuidade ao processo (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2007).

3.2 O REFERENCIAL DE EDUCAÇÃO - EDUCAÇÃO MÉDICA

Este subcapítulo se dedica a localizar o leitor em relação às políticas de educação para a área da saúde desenvolvidas nos últimos anos, bem como a demonstrar as experiências desenvolvidas pelas instituições de ensino no âmbito da graduação e da residência médica, relacionando-as com as necessidades de saúde da população, especialmente no que se refere ao provimento de profissionais para a Atenção Básica, que corresponde ao eixo estruturante das políticas de saúde do país. Portanto, apresenta como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina e ainda a prerrogativa legal da responsabilidade do SUS na ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde.

3.2.1 A formação na graduação de medicina

Por meio da Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, o Ministério da Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a organização curricular dos Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001).

As DCN do curso de Medicina estabelecem o perfil desejado do profissional médico para responder as necessidades do sistema nacional de saúde e, para tanto, definem as competências e habilidades gerais e específicas necessárias para o médico, relacionadas à atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente (BRASIL, 2001).

Além disso, as DCN trazem um direcionamento de conteúdos essenciais para o entendimento de todo o processo saúde-doença do cidadão, família e comunidade baseado na integralidade da atenção. Esses conteúdos abarcam desde conhecimentos das estruturas e funcionamento do corpo humano, compreensão e abordagem dos determinantes da saúde no âmbito individual e coletivo, bem como a compreensão da propedêutica médica e da clínica ampliada para uma abordagem integral e respostas igualmente ampliadas (BRASIL, 2001).

Em relação ao processo pedagógico, as DCN apontam para o uso de metodologias ativas que estimulem a participação do aluno na construção do conhecimento por meio do ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2001).

Segundo as DCN, os cursos de medicina deverão considerar em sua estrutura: as necessidades de saúde das populações e do sistema de saúde; as dimensões éticas e humanísticas; a integração dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais; a inserção precoce em atividades práticas inerentes à profissão com autonomia e responsabilidades crescentes relativas ao seu estágio de aprendizado; a utilização de diferentes cenários de prática que propicie uma diversificação de situações de vida, de processo de trabalho e trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2001).

As DCN regulamentam também o estágio curricular obrigatório, realizado em regime de internato, nas áreas de Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, estabelecendo o mínimo de 35% da carga horária total do curso (BRASIL, 2001).

O conjunto de diretrizes representa um importante marco no cumprimento do preceito constitucional que determina ao Ministério da Saúde a ordenação na formação de recursos humanos para a área da saúde,

pois o conjunto de competências gerais e específicas que deverão ser desenvolvidas vão ao encontro da integralidade da atenção e, desta forma, representam um profissional apto para trabalhar no sistema de saúde, em especial na Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

A Atenção Primária à Saúde (APS) passa a ser o ponto de convergência das políticas de atenção à saúde e de formação em saúde, que têm na Saúde da Família a estratégia estruturante para organização da APS e do sistema de saúde como um todo. Assim, no mesmo sentido, as DCN apontam para a integração do sistema de saúde com as necessidades de saúde da população (DEMARZO et al., 2012).

As DCN para os cursos da área de saúde dão ênfase ao compromisso social da formação, fazendo com que a instituição de ensino repense seu papel e dialogue com a sociedade sobre suas necessidades (CIUFFO; RIBEIRO, 2008). Isso se torna um grande desafio para as universidades, pois implica inicialmente superar a visão dominante de saúde de influência flexneriana para um novo olhar que considere a integralidade da atenção e ainda transformar a concepção pedagógica tradicional centrada no professor e em suas crenças individuais para um modelo pedagógico centrado no aluno e na realidade, por meio da problematização. Essa mudança requer ainda cooperação entre academia e serviços de saúde (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010)

Ainda que pese a autonomia universitária e o importante papel da academia na produção de conhecimento, a universidade não é uma instituição autônoma, ao contrário, ela se rege por um amplo processo de interação e tensão entre ciência, mercado de trabalho, valores e necessidades sociais (KOIFMAN, 2011).

Desde a publicação das DCN, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação têm promovido programas de incentivo à mudança na graduação para o seu cumprimento. A primeira iniciativa ocorre em 2002, com o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). O PROMED propunha uma intervenção no processo de formação dos cursos de graduação e visava deslocar o eixo hospitalocêntrico da formação para outro, que estivesse em sintonia com a Atenção Básica e o SUS (BRASIL, 2002).

O PROMED foi financiado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação e dirigido a dezenove escolas de medicina do país. Apresentava como objetivos: o estabelecimento de protocolos de cooperação entre gestores e as escolas médicas; a incorporação da noção integralizadora do processo saúde-doença e da promoção da saúde, enfatizando a Atenção Básica; a ampliação das práticas nos serviços

básicos de saúde; e o favorecimento da adoção de metodologias pedagógicas centradas nos estudantes (BRASIL, 2002).

Um estudo realizado em 2005 pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em parceria com o Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) sobre a aderência dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia às DCN demonstrou que, embora já retratadas nos projetos pedagógicos da grande maioria dos cursos, sua implementação ainda não havia se efetivado na prática (HADDAD et al., 2012).

Inspirado na avaliação do PROMED, o Governo elabora, em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde), com o propósito de favorecer a formação de profissionais mais adequados às perspectivas da Atenção Básica e incentivar os processo de mudanças proposto pelas DCN nas instituições de ensino superior (BRASIL, 2005). Inicialmente o projeto foi voltado para os cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem e em novo edital, lançado em 2007, foi ampliado para todos os cursos da área da saúde.

O PRÓ-Saúde apresenta, como objetivo geral, o incentivo a transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para uma abordagem integral do processo saúde-doença (BRASIL, 2005). São também estabelecidos quatro objetivos específicos: reorientar a formação em medicina, enfermagem e odontologia para oferecer profissionais que respondam às necessidades da população e do SUS; estabelecer cooperação entre os gestores do SUS e instituições de ensino, com melhora da atenção à saúde, integração da rede pública de serviços e formação profissional; incorporar a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção da saúde à formação dos cursos da área da saúde; e ampliar a prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde (BRASIL, 2005).

O processo de reorientação da formação no PRÓ-Saúde baseia-se em três eixos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica (BRASIL, 2005).

Na orientação teórica destacam-se aspectos relacionados aos determinantes de saúde e determinantes sociais da doença, estudos clínico-epidemiológicos que permitam a avaliação crítica do processo saúde-doença e a investigação dos componentes gerenciais do SUS, que possam estabelecer boas práticas de gestão (BRASIL, 2005).

O eixo cenários de prática envolve a integração docente assistencial, a diversificação dos cenários de prática e a articulação dos serviços universitários com o SUS, agregando-se ao processo, além dos

equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários (BRASIL, 2005).

A orientação pedagógica propõe a análise crítica da Atenção Básica, a integração entre os ciclos básico e profissional e a mudança metodológica. A ideia é que se inverta a sequência clássica teoria/prática na produção do conhecimento e que o aluno aprenda fazendo, por meio da integração entre os atuais ciclos básico e clínico (BRASIL, 2005).

O Pró-Saúde I contemplou 89 cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia; o Pró-Saúde II, 359 cursos, sendo estendido a todos os cursos de graduação da área da saúde, desempenhando papel importante para o incentivo das mudanças na formação, em especial na articulação com a rede de serviços, com ênfase na Atenção Básica, a inclusão da discussão dos determinantes sociais no processo de saúde-adoecimento e a utilização de metodologias ativas no aprendizado (HADDAD et al., 2012).

Em 2009 foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, pela Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802/08, cujo objetivo é fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família para qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2010a). Para tanto, apoia-se na integração ensino-serviço-comunidade com atividades de ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2010a).

O PET-Saúde reforçou a integração ensino-serviço-comunidade iniciada pelo PRÓ-Saúde, por meio de projetos diretos de intervenção com base em diagnóstico situacional do território (HADDAD et al., 2012).

Em março de 2010 a Portaria Conjunta nº 4 instituiu o Pró-Internato, destinado a fomentar atividade de tutoria e preceptoria nos cursos de Medicina das Universidades Federais, com o objetivo de propiciar supervisão adequada aos alunos de medicina, visando ao aprimoramento da formação médica para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010b).

O PET-Saúde/Redes, lançado em 2013, vem ampliar o escopo do PET-Saúde, visando qualificar profissionais em redes de atenção à saúde, formando recursos humanos de acordo com as necessidades do SUS, que se ampliavam no sentido das Redes de Atenção (BRASIL, 2013c). Neste sentido, a formação profissional deve permitir a vivência numa lógica de relações horizontais entre os níveis de atenção, em que a Atenção Básica se apresenta como centro de comunicações, responsabilizando-se pela atenção contínua e integral ao usuário do SUS e tornando-se um cenário privilegiado no desenvolvimento da clínica ampliada e da efetiva prática

da integralidade no SUS (BRASIL, 2013c); valorizando, assim, a formação generalista e possibilitando uma maior interação entre os profissionais especialistas com os que atuam na atenção primária.

Da mesma forma, no âmbito das Instituições de Ensino Superior, muitas discussões e processos de mudança se iniciam desde a publicação das DCN dos cursos de medicina e dos programas de incentivo à mudança.

Uma experiência de mudança curricular realizada pelo curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso), em 2005, em resposta às DCN, se baseou na incorporação da Aprendizagem Baseada em Problemas e a inserção dos estudantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família. A percepção dos estudantes em relação às mudanças demonstraram impressões positivas relacionadas à integração teoria e prática, porém, de maneira mais marcante, relataram a inadequação dos cenários de prática, tanto a sua organização quanto a estrutura, além da falta de preceptoria no local e da fragilidade na integração ensino-serviço-comunidade, deixando uma impressão negativa para a formação médica. Essas fragilidades podem ser justificadas pelo excesso de demanda ao qual a equipe se submete e pelo número excessivo de famílias, gerando um sobrecarga de trabalho, dificultando a atenção ao estudante (COSTA, J. R. B. et al., 2012).

Pesquisa semelhante foi realizada na Universidade Federal de Santa Maria para identificar a percepção dos alunos sobre a implantação de um novo currículo iniciado em 2004, que apresentava como diferencial o Internato Regional em Atenção Primária. Os resultados demonstraram que grande parte dos estudantes considerou que houve contribuição na formação em aspectos relacionados ao conhecimento da realidade social e profissional, à relação médico-paciente e à confiança para o exercício da profissão, porém, também apontaram como fragilidade o despreparo do profissional do serviço para preceptoria (RUIZ et al., 2010). Além disso, a pesquisa demonstrou que o olhar do estudante sobre a prática médica não se transformou, permanecendo a visão liberal com dificuldade para entender o papel em novos cenários como da Atenção Básica (RUIZ et al., 2010).

Essas críticas dos estudantes quanto aos cenários de Atenção Básica podem ser ainda explicadas por uma pesquisa realizada com médicos da ESF, que revela a desmotivação quanto ao salário e ao reconhecimento de seus pares e usuários, o que fragiliza também a inserção dos estudantes no cenário de prática (GONÇALVES et al., 2009). Ademais, outra pesquisa realizada no município de Marília, envolvendo profissionais de saúde, usuários e estudantes de Medicina e

Enfermagem, identificou que as práticas sanitárias realizadas nas unidades básicas de saúde ainda seguem o modelo de atenção curativo (COSTA, M. C. G. et al., 2012), o que fragiliza ainda mais as mudanças propostas pelas DCN.

A integralidade, em seu sentido mais amplo, deve ser o eixo de organização curricular e, conseqüentemente, a inserção do estudante na APS deve seguir essa lógica (GOMES et al., 2012).

A prática discente nas unidades de saúde deve estar centrada nas demandas do serviço e especialmente nas necessidades dos usuários, pois é a partir dessa vivência e compreensão que se torna possível o aprendizado das competências técnico-científicas e humanísticas essenciais à formação médica e à transformação das práticas em saúde (GOMES et al., 2012).

Uma questão muito importante a ser considerada na integração ensino-serviço é a indissociabilidade da atenção e da formação nas práticas de avaliação, pois qualquer método ou estratégia de ensino que não considere o cuidado em saúde e o usuário como prioridade não tem potência para transformar a lógica educacional em saúde historicamente hegemônica (COSTA, J. R. B. et al., 2012).

Em geral, as instituições de ensino superior têm centrado muito mais seus esforços em mudanças metodológicas, mascarando a questão central da mudança na formação do médico de buscar responder às necessidades sociais; portanto, trata-se muito mais de uma questão de natureza ético-política do que uma questão de método (GOMES et al., 2012).

Uma revisão de literatura realizada sobre mudanças na formação médica que priorizavam a questão do método demonstrou a insuficiência para transformação do perfil do egresso quando utilizada de forma isolada, sem consideração aos aspectos técnicos, éticos e humanísticos (GOMES; REGO, 2011).

Algumas experiências de mudança curricular que apontaram diferenças no perfil do egresso combinaram mudanças metodológicas com outros métodos, como no caso da Faculdade de Marília, que associou a utilização do Aprendizado Baseado em Problemas com a inserção precoce na Atenção Primária (GOMES; REGO, 2011). Por outro lado, apesar da inserção precoce dos estudantes nas unidades básicas de saúde ser estratégia importante na transformação da educação médica, não se pode atribuir a ela isoladamente a responsabilidade pela formação médica, sem consideração à necessidade de integração entre teoria e prática, ciclo básico e clínico, clínica e saúde coletiva, especialistas e generalistas, técnica e humanização, entre outros (GOMES et al., 2012).

Os programas de incentivo à mudança, promovidos pelo Governo Federal, têm apresentado alguns resultados importantes, e se não tiveram a potência de transformar completamente a lógica, servem de reflexão e direção para uma mudança mais efetiva.

Desde a implantação do Projeto PRÓ-Saúde/Unifor, os cursos desenvolvem ações na atenção primária, fundamentados na educação baseada na comunidade. Os nove cursos de graduação do Centro de Ciências da Saúde da Unifor buscam uma forma de atuação interdisciplinar, por meio da interação e integração das atividades, com o objetivo de produzir conhecimento de forma crítica e coletiva, como, por exemplo, a implantação de interconsultas médico-nutricionais e médico-odontológicas, a estruturação de grupos de idosos, hipertensos e diabéticos e o processo de educação permanente de auxiliares de enfermagem, dentre outros. Porém, consideram a participação do docente médico ainda bastante restrita nos espaços de planejamento e atuação interdisciplinar (ALMEIDA, 2012).

O Projeto “Vivendo o SUS” inseriu os alunos desde o primeiro ano do curso de Medicina da PUC/SP no cotidiano de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, e a integração tem permitido a participação do estudante em uma realidade que possibilita a formação de um profissional mais bem preparado tecnicamente, humanizado, ético e comprometido com a comunidade (ANJOS, 2010).

A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) participou com o curso de Medicina da primeira edição do PRÓ-Saúde, em 2005, e posteriormente do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), em 2008, o que permitiu à instituição desenvolver diversas linhas de pesquisa voltadas para a Atenção Básica (ARRUDA, 2012). Além disso, os participantes do PET-Saúde da UFMG relataram que a vivência na rotina de um serviço de atenção primária foi uma experiência diferenciada em um novo cenário de ensino-aprendizagem, que despertou o interesse para temáticas como a promoção da saúde e a saúde coletiva, fortalecendo as ações iniciadas pelo PRÓ-Saúde (ARRUDA, 2012).

O Projeto Candeal, realizado em Salvador como projeto de extensão, foca na educação em saúde da comunidade e reúne professores e estudantes dos cursos da saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. A atuação ocorre mediante a formação de grupos de educação em saúde, atendendo a diversos segmentos populacionais, como idosos, gestantes, crianças, diabéticos e hipertensos (ARAÚJO, 2011). O projeto tem propiciado discussões e reflexões a respeito das competências profissionais necessárias para a atuação nos serviços de saúde, e os estudantes avaliam positivamente a oportunidade de vivência,

extrapolando o olhar focado apenas nas doenças, oportunizando a intervenção sobre os problemas do cotidiano baseado na realidade das pessoas (ARAÚJO, 2011).

A implantação do PET-Saúde na Unimontes/ESF Montes Claros demonstrou ser importante ferramenta para transformação tanto do ensino quanto do serviço no contexto da APS, com desenvolvimento de ações como visitas domiciliares, ações educativas e de grupo e atendimentos individuais, favorecendo o acolhimento e a humanização na atenção. O projeto ainda se mostrou muito importante na aproximação entre ensino e serviço, com grande potencial para cumprimento das DCN e da consolidação do SUS e da Estratégia Saúde da Família (LEITE et al., 2012).

Apesar dos avanços, cabe uma reflexão quanto à profundidade de mudança que já realizamos e que desejamos. A mudança pode ser caracterizada por processos de inovação, reforma ou transformação. A inovação refere-se a alterações isoladas, sejam relacionadas à criação de disciplinas, alterações de conteúdo ou carga horária, ou mesmo, revisão de processos didáticos sem alteração nas relações sociais dos sujeitos envolvidos. A reforma parte do processo de construção de espaços coletivos de reflexão para constituição de sujeitos ativos para a ação. Já a transformação mexe com as relações de poder de sujeitos e de grupos dentro das instituições, promovendo mudanças na essência da produção de conhecimento, construindo novos paradigmas na atenção à saúde, que interferem nas relações técnicas, sociais e políticas no setor (ALMEIDA, 1999).

O fato é que o cumprimento das DCN exige mais do que pequenas iniciativas, sendo necessária a transformação orgânica do ensino, apontando para a orientação teórica do processo saúde-doença, a orientação pedagógica e para os cenários de prática, e ainda com participação efetiva de todos os atores envolvidos nesse processo.

Um estudo realizado em duas faculdades de medicina, com participação de estudantes e professores, revela que os processos de mudança metodológica ou de orientação teórica do processo saúde-doença são implementados sem uma discussão crítica com o corpo docente e discente, portanto, sem compreensão do valor ético-político frente às necessidades de saúde da população e da formação para o setor (CIUFFO; RIBEIRO, 2008).

Uma pesquisa realizada com docentes e instrutores de ensino em cursos de Medicina que passaram por processo de renovação demonstrou fragilidades relacionadas a tecnologias dispendiosas, primazia de conteúdos, receio de desgastes pessoais e perda de autonomia, tempo mal

aproveitado, ensino desestimulante e despreparo para uso de estratégias pedagógicas com deficiente integração de práticas e conteúdos e pouco uso do mecanismo de feedback (VIEIRA; TAMOUSAUSKAS, 2011).

Grande parte das escolas de medicina não tem conseguido transformar o modelo hegemônico de formação centrado no professor, focado na doença e na fragmentação, realizado majoritariamente em ambiente hospitalar – que posteriormente influencia o profissional de saúde que segue essa lógica biomédica, mesmo quando busca o trabalho na Atenção Básica (NEUMANN; MIRANDA, 2012).

A educação médica ainda está distante de responder à formação para as necessidades do sistema de saúde, tanto quantitativamente quanto qualitativamente, especialmente no que se refere à Estratégia Saúde da Família e à integralidade da atenção (OLIVEIRA; ALVES, 2011).

Mesmo passados 20 anos da implantação do SUS, a atenção e a formação em saúde ainda são fortemente centradas no hospital, com fragmentação do processo de cuidado, superespecialização, ênfase nos processos biológicos do adoecimento, desconsiderando o sujeito e seu ambiente familiar e social, e com baixa repercussão nas condições de vida e de saúde da população (GOMES et al., 2012).

A educação médica contemporânea deseja um profissional ético, humano e com boa relação médico-paciente para responder positivamente ao processo saúde-doença, porém, o que se observa é um crescente declínio do idealismo e empatia e perda dos sentimentos de realização e satisfação profissional (ANDRADE et al., 2011).

As explicações para as dificuldades na mudança da formação podem ser encontradas tanto na academia quanto nos serviços. Na academia, a Atenção Básica ainda é tratada como aprendizagem marginal, com cenário de despreparo do corpo docente para enfrentamento das novas demandas educacionais, dificuldades de integração entre as diferentes profissões (o que impede o trabalho interdisciplinar) e, ainda, grande resistência dos alunos para o trabalho na comunidade. Nos serviços, os profissionais têm grande resistência à mudança do processo de trabalho e à integração com o ensino, além de vivenciarem uma estrutura física inadequada e a fragilidade da atenção ofertada para a população (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

A transformação da educação médica exigirá alguns enfrentamentos: a resistência dos serviços e da própria formação para a mudança de modelo de atenção; o despreparo de profissionais e docentes e a falta de qualificação da rede de serviços, com consequente fragilização da integração ensino-serviço; superação de pequenas reformas

curriculares para a mudança curricular orgânica, que inclua ensino-serviço-comunidade (OLIVEIRA; ALVES, 2011).

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) construíram em conjunto, diretrizes para apoiar as escolas médicas na elaboração de projetos político-pedagógicos para os cursos de graduação em Medicina, orientados para a Atenção Primária à Saúde. As diretrizes justificam a APS como cenário facilitador de uma prática integral; orientam quanto à abordagem desejada no âmbito individual, familiar e comunitário; apontam para o uso de metodologias ativas que permitam o aprendizado significativo; e recomendam a inserção longitudinal ao longo do curso em unidades de saúde com estruturas adequadas que permitam a integração ensino-serviço-comunidade com qualidade, e ainda sob supervisão de um docente ou preceptor especialista em MFC com apoio de outros profissionais (DEMARZO et al., 2012).

Nesse contexto de avanços e dificuldades, tanto no ensino, representado pelo não cumprimento das DCN, quanto no serviço, na não consolidação da APS e do SUS, em 2013, é lançado o Programa Mais Médicos, inferindo na questão de provimento profissional e na qualidade da assistência, portanto, direcionados para os serviços e para a formação (BRASIL, 2013a).

O Programa Mais Médicos para o Brasil é instituído com a finalidade de formar profissionais da área médica qualificados para o Sistema Único de Saúde, tendo ainda como objetivos: diminuir as desigualdades regionais em saúde ocasionadas pela carência de médicos; fortalecer a Atenção Básica; aprimorar a formação médica em gestão e atenção, com maior inserção no SUS, para melhor conhecimento da realidade sanitária do país e maior comprometimento com as políticas de saúde e com o próprio sistema de saúde; fortalecer a política de educação permanente por meio da integração ensino-serviço, com supervisão acadêmica (BRASIL, 2013a).

Para tanto, o Programa Mais Médicos aponta para a reordenação na qualidade e oferta de vagas dos cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica para o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país, e também para a promoção e aperfeiçoamento de médicos nas regiões prioritárias na Atenção Básica, inclusive por meio de intercâmbio internacional (BRASIL, 2013a).

Considerando a necessidade imediata de médicos, o Programa Mais Médicos apresenta em seu interior o Projeto Mais Médicos, que busca realizar o provimento imediato de médicos na Atenção Básica em regiões prioritárias e de maior vulnerabilidade social. O Projeto Mais

Médicos permite o provimento de médicos com diplomas validados no Brasil e também de médicos formados em instituições estrangeiras por meio de intercâmbio internacional, permitindo a estes últimos, por meio de visto temporário, apenas o trabalho específico na Atenção Básica por um período de três anos, prorrogável por igual período, sendo vedado qualquer outro tipo de trabalho médico (BRASIL, 2013a).

Em relação à residência médica, o Programa Mais Médicos traz como meta para o final de 2018, a oferta anual de vagas equivalentes ao número total de egressos do conjunto de cursos de Medicina do país do ano anterior (BRASIL, 2013a). Além disso, o acesso aos programas de residência em Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Psiquiatria e Medicina Preventiva e Social fica condicionado ao cumprimento de um ou dois anos em Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, sendo disciplinado pela Comissão Nacional de Residência Médica e seu cumprimento passa a entrar em vigor a partir do cumprimento da meta de oferta universal de residência para os egressos em medicina (BRASIL, 2013a).

Além da própria residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, são de acesso direto as especialidades de Genética Médica, Medicina do Tráfego, Medicina do Trabalho, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Legal, Medicina Nuclear; Patologia e Radioterapia (BRASIL, 2013a).

Em relação à graduação, o Programa Mais Médicos estabelece critérios para abertura de novos cursos de Medicina, com prioridade para áreas de dificuldade de provimento médico e exigindo estrutura suficiente de serviços que garanta a qualidade do ensino (BRASIL, 2013a).

Além disso, o Programa Mais Médicos enfatiza a necessidade do cumprimento das DCN pelos cursos de Medicina para seu funcionamento. Aponta ainda para a necessidade de realização de pelo menos 30% do internato médico em serviços de Atenção Básica e Urgência e Emergência do SUS. Recomenda ainda a instituição de avaliação específica a cada dois anos de conhecimentos, habilidades e atitudes para todos os acadêmicos cursando Medicina no país (BRASIL, 2013a). Para garantia de tais mudanças na graduação, a lei estabeleceu o prazo de 180 dias a partir de sua publicação para a construção de novas DCN para o curso de Medicina (BRASIL, 2013a).

Outro ponto bastante importante da Lei nº 12.871/2013 é a recomendação de formulação dos contratos organizativos de ação pública ensino-saúde entre as instituições de ensino e os entes federativos municipais e estaduais para a garantia de oferta de campos de prática em

qualidade e quantidade suficientes, em especial na Atenção Básica, tanto no nível de graduação quanto no de residência médica (BRASIL, 2013a).

Por força de lei, em junho de 2014, são publicadas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina. A resolução aponta como perfil desejado para o médico:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014, p.1)

Portanto, o novo perfil pouco difere do estabelecido pelas DCN de 2001, porém, as novas DCN trazem uma nova conformação das áreas de competências que devem ser desenvolvidas ao longo do curso, incluindo a atenção à saúde (no âmbito individual e coletivo), a gestão em saúde (na organização, acompanhamento e avaliação do trabalho em saúde) e a educação em saúde (educação permanente e produção e socialização do conhecimento) (BRASIL, 2014).

As novas DCN trazem ainda orientações quanto aos conteúdos essenciais para a compreensão de todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, referenciados na realidade epidemiológica e profissional, para propiciar a integralidade das ações no cuidar em saúde, incluindo conhecimentos: da estrutura e funcionamento do corpo humano nos processos normais e alterados; compreensão e abordagem dos determinantes do processo saúde-doença; compreensão e domínio da propedêutica médica para realização de diagnósticos e tratamentos; a promoção da saúde integrada aos ciclos de vida dos indivíduos e ao meio social; temas transversais que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras, educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena; e compreensão e domínio de tecnologia de comunicação e pelo menos uma língua estrangeira (BRASIL, 2014). Ainda que acrescente algumas áreas temáticas, os conteúdos não diferem

substancialmente das DCN de 2001, que já orientavam para a formação geral e integral.

A grande mudança que as novas DCN trazem estão relacionadas com o Internato Médico, havendo a recomendação de que pelo menos 30% do total deve ser realizado na Atenção Básica (preferencialmente na lógica da Medicina de Família e Comunidade) e nos serviços de Urgência e Emergência, com predominância do primeiro (BRASIL, 2014), conforme previsto na lei do Programa Mais Médicos. Além disso, a novidade é que devem compor o internato médico estágios nas áreas de Saúde Mental e Saúde Coletiva, que não eram obrigatórios nas DCN de 2001, mantendo, ainda, os estágios nas áreas de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica, que devem ser divididos nos 70% restantes do período de internato médico (BRASIL, 2014).

Para a estrutura dos cursos de graduação em Medicina, as DCN reforçam ainda: desenvolvimento curricular voltado para as necessidades das populações e para a formação geral; utilização de metodologias ativas e centralidade no aluno; inclusão de valores éticos e humanísticos; promoção da interdisciplinaridade e integração das dimensões biológicas, psicológicas, ambientais e sociais; inserção longitudinal em toda a rede de serviços que propicie a visão ampliada de saúde, o trabalho em equipe e a realidade das condições de vida das pessoas, com intensa integração com os profissionais e usuários destes serviços (BRASIL, 2014).

Como recomendado na Lei nº 12.871/2013, as DCN incluem a necessidade de avaliação específica do aluno de medicina a cada dois anos, de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, que deverá ser implantada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Os resultados dessas avaliações comporão parte do processo de classificação para os exames dos programas de Residência Médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (BRASIL, 2014).

Ao contrário das DCN de 2001, que não estabelecia prazos, as novas DCN estabelecem para os cursos em funcionamento o prazo de um ano a partir de sua publicação para o cumprimento as novas determinações para as turmas abertas após o início de sua vigência (BRASIL, 2014).

As novas DCN trazem ainda a responsabilidade dos cursos de graduação para a inclusão dos profissionais da rede de atenção participantes da integração ensino-serviço em programas permanentes de formação e desenvolvimento para melhoria do processo de ensino-aprendizagem, formalizados nos contratos organizativos de ação pública ensino-saúde (BRASIL, 2014).

O conjunto de políticas educacionais de graduação na área da educação médica tem apontado para a formação de um profissional apto para o trabalho na Atenção Básica, mas somente a partir da publicação do Programa Mais Médicos existe o reconhecimento de que é necessária a qualificação no nível de pós-graduação dos profissionais médicos para atuação na Atenção Básica para sua consolidação como eixo estruturante do sistema. Neste sentido, os programas de residência em Medicina Geral e Comunitária passam a ganhar espaço importante no processo de consolidação da APS.

3.2.2 A residência médica

As primeiras residências médicas em Medicina Geral e Comunitária no Brasil iniciaram em 1976, com programas em Porto Alegre (Murialdo), Rio de Janeiro (Universidade Estadual do Rio de Janeiro) e Recife (Universidade Federal de Pernambuco), embora o reconhecimento oficial pelo Ministério da Saúde como especialidade médica só tenha ocorrido em 1981. No ano de 2002, por meio de proposta da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, a especialidade passou a ter a nomenclatura de Medicina de Família e Comunidade (MFC), em meio à resistência corporativista de algumas áreas (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014).

A criação e a expansão do Programa de Saúde da Família no Brasil abriram espaço para o crescimento da especialidade em Medicina de Família e Comunidade, com importantes parcerias entre os Ministérios da Saúde e da Educação, no sentido de atender à formação para as necessidades do SUS (CAVALCANTE NETO et al., 2009).

Porém, existe um desencontro entre as necessidades de formação do SUS e o desejo individual dos futuros médicos, pois mesmo com aumento do número de vagas de residência em MFC existe um número expressivo de vagas ociosas (CAVALCANTE NETO et al., 2009), chegando a aproximadamente 70%, sobretudo por não ser atrativa sob o ponto de vista de mercado e ainda pelo fato de a atuação na APS não exigir a formação em residência, sendo pouco valorizada econômica e socialmente (CARVALHO; SOUZA, 2013). Isso sugere que o simples incremento no número de vagas de residência em MFC, embora fundamental, pode ser insuficiente para reverter o quadro histórico de superespecialização (MELLO et al., 2009).

Esse descompasso entre necessidades e oferta em parte também pode ser explicado pela falta de compromisso da Comissão Nacional de

Residência Médica, a quem cabe a regulação, supervisão e avaliação da oferta e funcionamento de programas e vagas de residência médica, que historicamente se submeteu às regras de mercado, favorecendo a escolha de determinadas especialidades, alheia às necessidades da população, com consequências preocupantes para o SUS, especialmente no que se refere à Atenção Básica (CARVALHO; SOUZA, 2013).

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) (2011), países que adotaram políticas de regulação da oferta de especialidade médica com valorização da Atenção Primária apresentaram como resultado elevada proporção de generalistas frente a especialistas, como por exemplo, Austrália (52,1%), França (49,3%), Portugal (49%) e Canadá (48%) (NEY; RODRIGUES, 2012). Importante lembrar que nesses países saúde é considerada direito de todo cidadão.

Muitos países que optaram pela APS também iniciaram sua construção com médicos generalistas sem formação específica e passaram por um período de transição (MELLO et al., 2009), como por exemplo o Canadá e a Inglaterra, que têm a APS como eixo de organização de seus sistemas de saúde e em seu início também encontraram dificuldades para o estabelecimento da MFC como especialidade médica. Além disso, questões relacionadas à baixa valorização da especialidade, insuficiente qualificação profissional e remuneração inferior aos colegas de profissão foram dificuldades que precisaram ser enfrentadas (CAVALCANTE NETO et al., 2009).

Em países com sólida consolidação da APS como eixo estruturante de seus sistemas de saúde, como Canadá, Espanha, Inglaterra, Alemanha e Austrália, independentemente da nomenclatura que recebem, os médicos que atuam em cuidados primários à saúde devem ter formação específica em formato de pós-graduação, que varia de 3 a 5 anos (ISSA, 2013). Nesses países, os programas de residência médica em MFC ou similar foram implantados progressivamente, além de outras formas de qualificação, como especializações e programas de educação permanente para profissionais já inseridos nos serviços (SBMFC, 2004).

Dados do estudo “Demografia médica no Brasil” realizado em 2013 pelo Conselho Federal de Medicina demonstrou que dos 388.015 médicos com registro ativo no ano de 2012 no Conselho, 207.879 (53,5%) eram especialistas e 180.136 (46,5%) profissionais que não realizaram residência médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013). Já o número de médicos com Residência em Medicina de Família e Comunidade representa apenas 1,3% do total (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014).

Atualmente no Brasil apenas em 5% dos Centros de Saúde há médicos titulados em Medicina de Família e Comunidade, e em muitos não há sequer o médico (LÓPEZ-VALCÁRCEL et al., 2011).

Esse quadro de desinteresse pela APS foi comprovado em pesquisa realizada com 1.004 alunos cursando o internato médico de 13 cursos de seis estados brasileiros entre os anos de 2004 e 2007. A pesquisa revelou que somente 5% desses formandos têm a pretensão de trabalhar em pequenos municípios, e considerando que cerca de 70% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes e com maior necessidade de médicos atuando em Atenção Básica, fica demonstrada que a consolidação da APS no Brasil estará bastante distante se esse quadro persistir (OLIVEIRA; ALVES, 2011).

A Organização Panamericana da Saúde recomenda que a proporção de médicos de atenção primária deve se aproximar de 40% do total da força laboral de trabalho médico (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2005) – número que revela o grande déficit do Brasil – e sugere a necessidade de reforçar fortemente a formação de medicina geral e de família.

O Brasil possuía em 2013 pouco mais de 3.000 médicos com especialização em MFC (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013). A necessidade de médicos com especialização em MFC para uma cobertura universal com o limite de 1.500 a 2.000 pessoas por equipe, como em outros países, superaria a marca de 100.000 especialistas, o que se torna bastante difícil se permanecer o quadro atual de escolhas (GIOVANELLA; STEGMULLER, 2013).

Estudos internacionais sobre a escolha da especialidade médica apontam estreita relação com os valores sociais, com o sistema de educação e com a organização do sistema de saúde, e, portanto, fatores como estilo de vida, status social, mercado de trabalho, experiências positivas ou negativas na formação, questões pessoais e de gênero influenciam na decisão do futuro médico (CRUZ et al., 2010).

Um estudo realizado em 2011 com 456 estudantes da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) sobre a escolha da especialidade médica, com alunos de todas as séries, identificou a qualidade de vida, o retorno financeiro e a influência de terceiros como aspectos mais importantes; a relação médico-paciente também esteve relacionada, porém, mais fortemente com os alunos de períodos iniciais do curso (CORSI et al., 2014). Quanto à escolha da especialidade, dos que já haviam se decidido entre especialidades específicas e gerais, nenhum deles apontou a opção pela MFC (CORSI et al., 2014).

Estudo semelhante foi realizado com estudantes de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) sobre os fatores determinantes na escolha da especialidade médica, e identificou a afinidade com a especialidade, satisfação pessoal e profissional, estilo de vida médico e qualidade de vida como os mais importantes. E, inversamente, a rejeição por determinada especialidade segue proporcionalmente a mesma lógica (CRUZ et al., 2010).

A escolha precoce de (sub)especialidades também são mediadas pela agregação tecnológica e pelo monopólio de mercado, influenciada, portanto, pelo complexo médico-industrial (CMI) e pelas ideias neoliberais, fazendo com que as especialidades como Cirurgia, Oftalmologia, Dermatologia e Oncologia, que agregam maior prestígio social e possibilidade de alta remuneração, sejam mais valorizadas que especialidades mais generalistas como a MFC e Pediatria, que agregam menor quantidade de densidade tecnológica e menor remuneração (FIORE; YAZIGI, 2005).

Pesquisa realizada com médicos de expressivo reconhecimento de diversas especialidades sugere que a escolha pela profissão e pela especialidade pode estar sujeita à dinâmica social de cada pessoa e, portanto, influenciada pelo seu meio social e pelas suas experiências ao longo da vida pessoal e acadêmica (FIORE; YAZIGI, 2005).

Desta forma, parece necessário que as escolas médicas reflitam sobre seu verdadeiro papel na sociedade e rediscutam o real sentido da profissão médica; já que inicialmente proporcionam ao ingressante uma visão mais humanitária, mas que ao longo do curso vai se diluindo para uma lógica orientada para o mercado e retorno financeiro (COSTA et al., 2014).

Vários estudos nacionais e internacionais buscam identificar os motivos da baixa procura por especialidade de cunho generalista.

Uma revisão de vários trabalhos procurou elucidar os motivos do desinteresse pela especialidade de Medicina de Família e Comunidade no Brasil, e o resultado foi relacionado com o pouco prestígio da especialidade, baixa remuneração quando comparada à de outros especialistas, pouca vivência em atenção primária durante a graduação e elevada dívida com a universidade (CAVALCANTE NETO et al., 2009).

Uma pesquisa sobre oferta, demanda e necessidades de especialistas médicos para o Brasil indicou que a baixa procura e o não preenchimento de vagas nos programas de residência em MFC têm relação com deficiências na formação da graduação na área de MFC, programas de residência de baixa qualidade e mercado de trabalho

eminentemente público com baixo reconhecimento social (LÓPEZ-VALCÁRCEL et al., 2011).

Outros achados importantes que interferem na não escolha da MFC como especialidade têm relação com o perfil socioeconômico elevado do estudante, que deseja mantê-lo, e a experiência em MFC com um profissional desmotivado (CAVALCANTE NETO et al., 2009), pouco resolutivo e invariavelmente sem formação adequada também desestimulam os estudantes.

Por outro lado, é necessário refletir que a escolha também não depende apenas da formação na graduação. Estudo realizado em um curso de Medicina após a implantação, em 2005, de uma reforma curricular que incluía a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e a passagem pela Unidade Básica de Saúde da Família desde os primeiros períodos apontou que a mudança pouco influenciou o cenário de procura pela especialidade, demonstrando que a formação do médico como generalista ou médico de família é ainda pouco valorizada independentemente de como a graduação é conduzida (COSTA et al., 2014).

A Alemanha não possuiu tradição na formação em medicina geral e de família, a exemplo de países como Inglaterra e Holanda. Muitas faculdades sequer possuem um departamento de Medicina Geral e de Família, a exemplo do que ocorre na Itália e na França, e a formação no nível de pós-graduação é realizada em processo não acadêmico, na qual o médico acompanha e atua como assistente em diversos serviços por um período de 60 meses. Ainda assim, mesmo que em queda, em 2009, a proporção de generalistas do setor ambulatorial correspondia a 48% do total (HERRMANN; GIOVANELLA, 2013). Um dos aspectos que pode explicar esse fenômeno é o fato de as clínicas de médicos generalistas na Alemanha, em geral, serem bem estruturadas e com bom apoio diagnóstico (HERRMANN; GIOVANELLA, 2013). Porém, a insuficiente evolução de profissionais interessados em Medicina Geral e de Família tem levado o Estado a fortalecer o processo de profissionalização e academização da Medicina Geral e de Família e a ampliação da formação na graduação em cenários de APS, para tornar a especialidade mais atrativa para os jovens médicos (HERRMANN; GIOVANELLA, 2013).

No curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis, após a organização curricular baseada nas DCN, uma pesquisa com alunos do 11º período do curso revelou que, mesmo reconhecendo a experiência positiva do trabalho em equipe, das atividades de educação em saúde e da importância da ESF, nenhum deles demonstrou o desejo de trabalhar

nesse cenário futuramente (ISSA, 2013). A pesquisa demonstrou ainda que os futuros médicos têm preferência por trabalhar no serviço privado, sendo que nenhum demonstrou o desejo de trabalhar exclusivamente no público, o que demonstra uma tendência liberal e certo preconceito com o sistema público, sendo a remuneração frequentemente citada como fator fundamental para a escolha da especialidade (ISSA, 2013). Quanto aos obstáculos para a escolha da MFC como especialidade, os entrevistados apontam: descrença com o SUS e caracterização da MFC como campo de trabalho quase que exclusivamente público; desvalorização da população com o médico de família; e destacam ainda a convivência com os profissionais descomprometidos e pouco resolutivos durante a graduação, pouco os inspirando para seguir a carreira de médico de família (ISSA, 2013).

Starfield considera fundamental para consolidação da APS em um sistema nacional de saúde a valorização financeira do profissional generalista em relação aos especialistas (STARFIELD, 2002).

Estudo no município de São Paulo com médicos na ESF, realizado entre 2004 e 2005, indicou que o salário atrai os profissionais, mas não os fixa e que a boa remuneração ainda seria uma forma de compensação pela precariedade do vínculo (CAMPOS; MALIK, 2008).

Uma pesquisa realizada com médicos da ESF sobre suas percepções relacionadas ao seu trabalho revelou como pontos negativos: grande rotatividade gerada por insatisfação profissional; condições inadequadas e excessiva carga de trabalho; ausência de plano de carreira; problemas de remuneração; excessiva interferência política na atenção. Como pontos positivos: identificação com o trabalho; vocação para a profissão; possibilidade de trabalhar e servir a comunidade (NEY; RODRIGUES, 2012).

Estudos internacionais demonstram que os médicos que decidem pela MFC geralmente o fazem por questões de relevância social, revelando um perfil mais humanizado e sem preocupação com o prestígio social ou maior remuneração (SCOTT, 2011).

É necessário que as motivações pela escolha da especialidade em MFC supere o “idealismo” e a “militância” (MELLO et al., 2009), pois permanecendo o cenário atual, a questão de provimento estará bastante comprometida.

Para a consolidação da APS no Brasil será necessário incrementar e valorizar a formação de recursos humanos e disponibilizar recursos materiais e estruturais para uma prática resolutiva e de qualidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2004).

Algumas iniciativas estão sendo realizadas no Brasil para o fortalecimento da MFC como especialidade, tais como: certificação do médico de família por competência comprovada; acreditação de programas de pós-graduação; melhoria salarial; e inclusão da MFC como disciplina na graduação (CAVALCANTE NETO et al., 2009).

O conjunto de estudos demonstra que existem questões relacionadas à formação e ao mercado de trabalho que devem ser pensadas organicamente, pois as iniciativas isoladas, embora importantes, não têm alterado significativamente o desejo do médico em trabalhar na APS.

3.3 O REFERENCIAL EPISTEMOLÓGICO – ESTILO DE PENSAMENTO DE LUDWIK FLECK

Seguindo o pressuposto da pesquisa de que os aspectos que envolvem a escolha da especialidade médica são bastante complexos, a investigação e a análise dos dados buscou abranger aspectos pessoais, acadêmicos e sociais, e para tanto se utilizou do referencial epistemológico desenvolvido por Ludwik Fleck, com a categoria Estilo de Pensamento e seus elementos constituintes, que partem da premissa construtivista do conhecimento, portanto, histórica, cultural e social, apropriada para utilização em pesquisas das ciências da saúde.

3.3.1 Posicionamento Epistemológico

O médico e biólogo Ludwik Fleck nasceu em 1896 na cidade de Lwow, na época Polônia, no domínio do Império Austro-Húngaro, hoje território ucraniano. Com sua principal obra de cunho epistemológico, *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*, publicada em 1935, Fleck se posicionava contrário ao pensamento dominante na época, o neopositivismo, representado pelas ideias do Círculo de Viena, que defendiam a ciência objetiva empiricamente verificável, desconsiderando a metafísica. As preocupações de Fleck iam além dos dados objetivos para pensar em aspectos históricos e sociais da ciência (CONDÉ, 2010).

Fleck parece ter sofrido grande influência das ideias discutidas na Escola Polonesa de Filosofia da Medicina, representada por Chalubinski, Biernacki, Bieganski e Kramsztyk, cuja preocupação se centrava na discussão sobre o caráter da medicina como arte ou ciência (DA ROS, 2000; LÖWY, 2012). Também teve influência da psicologia gestáltica e

das leituras de Durkheim, Lévy-Bruhl e Jerusalem sobre estudos sociológicos e antropológicos (COHEN; SCHNELLE, 1986).

Em sua primeira publicação no âmbito da teoria das ciências, em 1927, a partir de um estudo retrospectivo sobre as explicações médicas, Fleck demonstrou a gênese dos pontos de vista específicos para cada época, apontando que no aparecimento ou desaparecimento das orientações dominantes existia tanto uma sucessão quanto uma incomensurabilidade de perspectivas, além da associação histórica (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Num segundo artigo, publicado em 1929, descreve o peso da tradição, afirmando que os novos conhecimentos sempre são predeterminados pelos antigos, e ao longo de sua monografia de 1935 defende que o conhecimento sobre sífilis de sua época era produto de um amadurecimento histórico, não apenas baseado na observação do material empírico daquele período (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Para Fleck, o processo de conhecimento é a atividade humana mais condicionada socialmente e, portanto, é um produto social por excelência (FLECK, 2010). Considerando a ciência como uma atividade social e coletiva, seu posicionamento também se afasta das categorias aristotélicas ou kantianas, de cunho idealista (CONDÉ, 2010).

A origem do pensamento do homem não está nele próprio, mas no meio social onde vive, na atmosfera social que respira; ele sofre influência direta e decisiva para pensar de determinada forma: a do seu meio social (FLECK, 2010). Fleck considera que a ciência é organizada por pessoas que agem de forma cooperativa, guiadas por uma estrutura sociológica e pelas convicções que unem os cientistas, para além de suas convicções empíricas e especulativas individuais (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Fleck acentua que o processo de conhecimento como atividade social está vinculado às pressuposições sociais dos grupos envolvidos e que estes dispõem de realidades sociais particulares; portanto, cada “saber” elabora seu próprio Estilo de Pensamento, condicionado pela forma de compreender os problemas, direcionando-o para seus objetivos, de acordo com sua realidade social (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). De maneira inversa, a realidade social também é mediada pelo processo de conhecimento, uma vez que à medida que o conhecimento avança ele transforma a própria realidade (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Fleck se afina com a concepção construtivista do conhecimento, cujo sujeito é carregado de pressupostos históricos e sociais, tornando o fato científico transitório e dependente do estado de conhecimento sobre o objeto a ser estudado.

3.3.2 Categorias Fleckianas

É importante lembrar que quando Fleck apresenta suas ideias, não está sendo prescritivo. Apenas descreve, usando exemplos históricos, como se produz, como se mantém, como se transforma, ou melhor dizendo, em que circunstâncias se dá a produção de conhecimento.

No artigo intitulado *Zur krise der wirklichkeit* (Sobre a crise da realidade), de 1929, ele introduz pela primeira vez o que chama de coletivo de pensamento e Estilo de Pensamento, aprofundados em sua monografia de 1935. “O primeiro designa a unidade social da comunidade de cientistas de um campo determinado; o segundo, as pressuposições de acordo com um estilo sobre o qual o coletivo constrói seu edifício teórico” (SCHAFER; SCHNELLE, 1986, p. 23).

Na categoria epistemológica de Fleck, o processo de conhecimento deve ser entendido como um estado de educação baseado na relação dialética entre o sujeito do conhecimento, o objeto já conhecido e o objeto a ser conhecido (FLECK, 2010).

Fleck enfatiza que o nível de percepção e entendimento contemporâneo sobre determinado fato não seria possível sem se apoiar em conhecimentos adquiridos por outras gerações, portanto, não se trata da simples observação fenomenológica de um fato, mas também do conhecimento prévio sobre o objeto, o estado do saber (FLECK, 2010). Por esse motivo, o processo de conhecimento é resultado da atividade social; ele ultrapassa a consciência individual teórica (FLECK, 2010).

Para Fleck, as experiências do presente estão ligadas às do passado e estas ligar-se-ão às do futuro – são as chamadas protoideias ou pré-ideias, esboços históricos evolutivos das teorias atuais que, apesar das variações dos Estilos de Pensamento, mantêm algumas concepções surgidas no passado ou partem delas para seu desenvolvimento, tendo, por conseguinte, grande valor heurístico (FLECK, 1986). Porém, é preciso lembrar que nem todo fato científico atual é proveniente de uma protoideia e que nem toda protoideia será materializada em fato científico (FLECK, 1986).

Além disso, o processo de conhecimento está condicionado por fatores sociais, históricos e culturais e, desta forma, os fatos científicos são interdependentes historicamente. Fleck ressalta em sua obra que o interesse pelo conhecimento da sífilis, em períodos históricos distintos, foi mobilizado por demandas morais (doença venérea), sociais (epidemia e transmissibilidade) e políticas (competição sorológica entre os países) (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Estes fatores sociais, culturais e históricos, representam as condições em que os fatos acontecem. Estas condições ou pressupostos correspondem aos acoplamentos ativos. Já os acoplamentos passivos são como consequências dos acoplamentos ativos, aquilo que é percebido de forma natural (FLECK, 2010).

O Estilo de Pensamento tem como raiz uma disposição para ver, observar ou perceber de forma dirigida que é condicionada pelos pressupostos históricos, sociais e culturais de uma comunidade em determinada época (FLECK, 2010). Um exemplo emblemático é dado pelo autor ao descrever que no período da Idade Média, no qual a Igreja exercia forte poder sobre a população, as doenças eram tidas como castigos divinos e o conceito de sífilis advinha da crença de doença como fruto do pecado, da imoralidade.

A construção do fato científico está intrinsecamente relacionada com essa forma de ver (FLECK, 1986; LÖWY, 1994a; SCHAFER; SCHNELLE, 1986). O fato científico pode ser entendido como uma relação de conceitos próprios de um Estilo de Pensamento que, embora possa ser investigado por meio dos pontos de vista históricos e da psicologia individual e coletiva, nunca poderá ser reconstruído em sua totalidade, e assim as “verdades” e os fatos científicos só existem dentro de um Estilo de Pensamento, pois dentro dele (ou de seu coletivo de pensamento) não são “relativos” ou “subjetivos” no sentido popular da palavra; são soluções, logo, “verdades” (FLECK, 2010).

No âmbito do conhecimento, o observar se dá principalmente de duas formas: no seu princípio, um ver inicial pouco claro, impreciso, não orientado, com disposições contraditórias de vários estilos; posteriormente, uma percepção da forma desenvolvida e imediata, um ver formativo, possível a partir de introdução teórico-prática em uma área, ou melhor, em um Estilo de Pensamento, para além da experiência individual (FLECK, 2010). O aumento da capacidade de observar a partir desse ver formativo implica também a perda da capacidade de observar o contraditório, ou seja, existe uma predisposição para o perceber direcionado, que é característica fundamental do Estilo de Pensamento (FLECK, 2010).

Fleck afirma que o percebido é experienciado a partir do coletivo de pensamento, que realiza a intermediação através da coerção exercida no pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). Dessa forma, a introdução em determinada área de trabalho se dá muito mais por um processo de doutrinação do que pelo pensamento crítico-científico. A aprendizagem é marcada por uma sugestão de pensamentos puramente autoritária, a partir dos pressupostos de quem ensina, ou seja, a partir de

seu Estilo de Pensamento. A acolhida ocorre para um mundo fechado (FLECK, 2010). O autor considera que qualquer introdução didática é uma suave coerção ou uma condução-para-dentro de um Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

O processo de introdução se dá baseado na confiança dos iniciantes nos especialistas, e a união dos que passaram por esse processo fortalece os laços de solidariedade do pensamento. Fleck ainda aponta os livros didáticos como muito importantes para a iniciação em uma área e conseqüentemente em um Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Outras questões relevantes apontadas por Fleck, além da educação, dizem respeito ao peso da tradição e do hábito que, segundo ele, são fatores que geram a disposição para um sentir seletivo e um agir de acordo com um Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). Para Fleck, no contexto da ciência, hábito é a aquisição paulatina de determinada “experiência”.

Um Estilo de Pensamento apresenta fases características: a época clássica, na qual os fatos percebidos se encaixam com exatidão nas suas teorias, e a época das complicações, na qual se toma consciência das exceções (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

O fortalecimento das formações de pensamento e a solidariedade intelectual dos pares fazem com que o Estilo de Pensamento ganhe estabilidade, possibilitando que os coletivos de pensamento construam seus sistemas de opiniões, reclamando para si a explicação do seu objeto de estudo (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). Quanto mais organizados são os Estilos de Pensamento com seus sistemas de opiniões, mais “força sugestiva” eles possuem sobre seus membros para tornar imperceptível a dependência de utilização de seus pressupostos, ao que Fleck denomina harmonia das ilusões (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

A harmonia das ilusões ocorre diante de qualquer contradição às ideias do Estilo de Pensamento, ora descartando problemas que não se encaixam ou não são explicados pelo Estilo de Pensamento, ora realizando uma reinterpretação dos fatos para adequação ao seu Estilo de Pensamento, gerando sua tendência à persistência do seu sistema de opiniões (FLECK, 2010).

Como prova dessa prática, Fleck demonstra algumas publicações de livros científicos que não coincidem com efetivas possibilidades de observação, nas quais são omitidos os detalhes “insignificantes” e ressaltados os “significativos”, tudo de acordo com os pressupostos do seu Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). Fleck afirma que neste processo, o indivíduo nunca, ou quase nunca, está consciente

da força coercitiva que o Estilo de Pensamento exerce em seu pensamento e pela qual qualquer contradição passa a ser impensável (FLECK, 2010).

Mesmo com a harmonia das ilusões estando presente, especialmente no âmbito científico, o sistema de opiniões só se consolida a partir de sua legitimação nos poderes sociais, que formam conceitos e criam hábitos de pensamento, determinando o que “não pode ser pensado de outra maneira” e transformando o fato numa realidade evidente, tornando o sistema fechado e harmonioso para um coletivo de pensamento (FLECK, 2010).

A estrutura interna dos coletivos de pensamento é dividida em círculo esotérico e círculo exotérico. O primeiro, mais interno, é formado pelos iniciados que já possuem uma disposição para perceber e agir direcionados, marcado pelo contato próximo com o fato científico, e, externamente a esse círculo, formam-se outros círculos exotéricos com uma gradual hierarquia de iniciação baseada especialmente na confiança dos iniciados (FLECK, 2010). Apesar dessa hierarquia, os iniciados dependem da opinião pública (círculo mais exotérico), que em última instância é quem legitima o conhecimento. A comunicação do círculo esotérico para o círculo exotérico se dá de forma simplificada, com ausência de detalhes e principalmente de polêmicas, e essa simplificação vai aumentando à medida que o círculo é mais exotérico, pois para este saber popular interessam apenas sua certeza, simplicidade e plasticidade (FLECK, 2010).

Quando Fleck se refere aos coletivos do mundo da vida cotidiana, considera a produção de conhecimento do senso comum, portanto, também passível de uma análise epistemológica. Ele afirma que o pensamento coletivo nos possibilita comparar e investigar de forma uniforme o pensar primitivo, arcaico, infantil ou mesmo o pensamento de um povo, classe ou grupo social (FLECK, 1986). Apesar disso, considera que o conhecimento científico é o que permite maior concentração de elementos que nos aproxima do que chamamos de realidade (FLECK, 1986).

Além disso, os pesquisadores (círculo esotérico) são influenciados por eventos externos à ciência, de grande importância social e cultural, ao mesmo tempo em que também interferem neles (LÖWY, 2012).

Outra questão bastante importante para a produção do conhecimento diz respeito à realidade dos indivíduos, que vivem ao mesmo tempo a vida cotidiana, a profissional, a religiosa, a política e ainda a científica em alguns casos, e por vezes elas se mostram contraditórias entre si (FLECK, 1986); ou seja, valores e crenças de

outros coletivos dos quais os membros de um coletivo específico participam acabam por modificar o próprio Estilo de Pensamento.

Para o médico polonês, esses tráfegos intercoletivos das pessoas, que são particulares, fazem com que existam processamentos de informações externas ao Estilo de Pensamento, ocorrendo um deslocamento ou uma alteração dos valores de pensamento, que pode ser pequena ou mesmo possibilitar a mudança do Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). Essas informações propiciam internamente, no coletivo de pensamento, trocas, apropriações, reajustes, divergências, disputas estratégicas de legitimação e de compatibilização (OLIVEIRA, 2012), que por um lado podem levar a um processo de intersubjetividade e consenso, desenvolvendo o estilo de pensamento, ou até mesmo promover a mudança de Estilo de Pensamento.

A instauração de um novo Estilo de Pensamento geralmente implica uma perda da capacidade de observar certos aspectos, muitas vezes relevantes, do estilo anterior (LÖWY, 1994b). Portanto, as complicações de determinado Estilo de Pensamento podem tornar-se ferramentas preciosas para que se processe a mudança de Estilo de Pensamento.

As grandes mudanças de Estilo de Pensamento muitas vezes surgem em épocas de grandes conturbações sociais, motivadas pelo conflito de opiniões, pelas grandes diferenças dos pontos de vistas, pela falta de clareza, ou seja, pela impossibilidade de perceber de forma imediata e dirigida (FLECK, 2010).

Outro ponto destacado por Fleck no desenvolvimento das ciências é a importância da linguagem, pois, apesar da sua capacidade de reprodução do conhecimento, ela também pode, a partir do “mal-entendido”, possibilitar novas formas de compreensão, principalmente nos tráfegos intercoletivos (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Os fatos científicos construídos pelos coletivos de pensamento são assimilados por outros coletivos de pensamento que realizam uma tradução em seu próprio estilo, transformando-os num outro fato científico (LÖWY, 1994a). A maneira característica de ver, perceber e sentir de cada Estilo ou coletivo faz com que a aproximação com um determinado objeto seja mediada a partir de seus pressupostos, ou seja, para um mesmo “objeto” podemos ter fatos distintos, ou melhor, Estilos de Pensamento distintos.

Quando os deslocamentos de significados dos conceitos são muito consideráveis entre membros de coletivos diferentes, sua compreensão/comunicação se torna impossível; nessa situação, estamos diante da incomensurabilidade das teorias (FLECK, 2010). Porém,

quando as diferenças entre os Estilos de Pensamento não apresentam limites precisos de distanciamentos ou proximidades, elas são chamadas de matizes de um Estilo de Pensamento (FLECK, 1986).

Ainda em relação ao processo de conhecimento, Fleck faz uma crítica relacionada ao pensamento de progresso do saber, pois para ele não existe o progresso em si (SCHAFER; SCHNELLE, 2010), não se pode comparar os saberes, uma vez que o saber está relacionado com um Estilo de Pensamento que, por sua vez, apresenta pressupostos históricos, sociais e culturais. Logo, ele se torna ímpar e “adequado” para determinado contexto. O que pode ser adequado para uma sociedade pode não ser para outra e vice-versa. Portanto, podemos ter diferentes Estilos de Pensamento, tanto num mesmo período histórico (sincrônicos) quanto em períodos distintos (diacrônicos).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa e aprovado sob parecer nº 1.091.720, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a resolução CNS 466/2012.

Para a participação na pesquisa, os sujeitos foram informados sobre o Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1) e após a concordância, assinaram o termo. Foram informados quanto à garantia do sigilo e ao anonimato dos participantes, assim como do direito de retirar seu consentimento a qualquer tempo sem qualquer prejuízo. Não houve nenhuma compensação financeira aos participantes.

Qualquer pesquisa que envolve seres humanos pode trazer algum tipo de risco ou desconforto para os participantes. Uma vez que esta pesquisa toca em questões que envolvem os motivos de escolha ou mesmo passagens da vida pessoal ou acadêmica, e como isso pode gerar algum tipo de constrangimento ou desconforto, os participantes foram devidamente alertados, caso quisessem optar por não participarem.

Os dados foram coletados mediante autorização da Instituição pesquisada, e os resultados serão devolvidos posteriormente à Universidade do Vale do Itajaí.

Os sujeitos participantes receberão cópia do material final da pesquisa e também serão convidados a conhecer o resultado da pesquisa em apresentação oral com local, data e hora marcados, sendo livre sua participação.

Qualquer mudança na composição do percurso metodológico da pesquisa será informada, por meio de Emenda, ao Comitê de Ética e Pesquisa.

Ao final do trabalho os pesquisadores enviarão ao Comitê de Ética e Pesquisa relatório final, conforme estabelece a Resolução CNS nº 466/2012.

4.2 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com o universo de significados, das ações, motivos, crenças, aspirações, valores, atitudes e relações humanas;

captadas a partir do olhar do pesquisador, ou seja, preocupa-se principalmente em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais (MINAYO, 2007).

Os métodos qualitativos são apropriados quando o fenômeno em estudo é complexo, de natureza social e não tende à quantificação. Normalmente, são usados quando o entendimento do contexto social e cultural é um elemento importante para a pesquisa. Para aprender métodos qualitativos é preciso aprender a observar, registrar e analisar interações reais entre pessoas e entre pessoas e sistemas, o que caracteriza também os estudos descritivos (LIEBSCHER, 1998).

A escolha por uma abordagem qualitativa neste tipo de pesquisa se justifica, pois o pesquisador procura aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda – ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente e contexto social –, interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes da situação enfocada, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito (NEVES, 1996; PATTON, 2002).

Portanto, a escolha pela abordagem qualitativa para esta pesquisa, que apresentou como objeto os aspectos relacionados à escolha da especialidade médica, por buscar muito mais os significados dessa escolha do que propriamente uma contagem numérica, demonstrou ser muito adequada para o alcance dos objetivos propostos.

4.3 COLETA DE DADOS

4.3.1 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), que está localizada no município de Itajaí.

O curso de Graduação em Medicina da UNIVALI foi criado e implantado no ano de 1997, e teve seu reconhecimento no ano de 2003. Descreve em seu Projeto Pedagógico como perfil desejado um médico com formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, no âmbito individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano, tendo como referência a integralidade em sua prática; portanto, alinhado com as Diretrizes Curriculares Nacionais.

O curso é organizado em disciplinas, dividido em três ciclos: básico, clínico e internato médico. Possui as disciplinas de Sociologia (1º período), Antropologia (1º período), Ética Médica (do 1º ao 8º período), Organização dos Serviços de Saúde (3º período), Epidemiologia (4º período), Medicina Preventiva (5º período), Medicina Familiar e Comunitária (5º ao 8º período) e Internato em Medicina Familiar e Comunitária (9º ao 11º período, que caracterizam o perfil expresso no Projeto Pedagógico), sendo esta última a que apresenta a maior carga horária do internato médico. Além disso, apresenta outras disciplinas como a Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria, com enfoque mais clínico.

Tem histórico de participação no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e no Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde), e possui Projeto de Extensão denominado Projeto Sérgio Arouca, todos esses com vistas à mudança na formação, com ênfase na Atenção Básica.

Uma reforma curricular foi realizada em 2007, como parte do projeto do PRÓ-Saúde, especialmente na disciplina de Medicina de Família e Comunidade, com reorientação do eixo teórico para Atenção Primária à Saúde e mudança dos cenários de prática para as unidades básicas de saúde.

4.3.2 Projeto Sérgio Arouca

O Projeto Sérgio Arouca é realizado em nível de extensão e foi criado como subprojeto do PRÓ-Saúde, tendo sua primeira edição em janeiro de 2010 (UNIVALI, 2015).

Inspirado no Projeto Rondon, o objetivo do projeto é propiciar ao aluno a vivência em realidades diferentes das realizadas nos estágios curriculares, especialmente em municípios carentes, que representam a grande maioria da realidade nacional. O projeto busca integrar ações assistenciais e coletivas bem como atividades voltadas para a promoção da cidadania, numa perspectiva de integralidade da atenção, tendo como lócus a Atenção Básica (UNIVALI, 2015).

Além disso, os acadêmicos participantes são protagonistas em todo o processo de diagnóstico, planejamento, organização, liderança e execução do projeto, tendo o professor ou preceptor apenas como apoio (UNIVALI, 2015).

Esse conjunto de aspectos busca atender aos eixos orientadores do PRÓ-Saúde, pois trabalha a orientação teórica com ênfase nos determinantes sociais, realiza a diversificação dos cenários de prática com

ênfase na Atenção Básica e ainda realiza orientação pedagógica centrada no aluno a partir da práxis (UNIVALI, 2015).

A integração com o município permite ainda o processo de reflexão da Atenção Básica do município visitado, pois as ações planejadas e executadas são discutidas com a gestão e a equipe de saúde local. A escolha do município é realizada pelo baixo Índice de Desenvolvimento Humano de municípios do estado de Santa Catarina (UNIVALI, 2015).

Desde a sua criação, já foram realizados 11 projetos, tendo a primeira edição a participação de 24 acadêmicos. Este número foi aumentando a cada projeto, com a participação média entre 50 e 60 acadêmicos por edição. O projeto é realizado no período de férias, o que torna a participação ainda mais valorosa, e o fato de ser voluntário também torna esse número bastante expressivo (UNIVALI, 2015).

O projeto se inicia com uma viagem precursora ao município, realizada pela comissão do projeto, que é composta por um professor e em média seis alunos. Nesta viagem, gestores e técnicos do município discutem com a comissão do projeto aspectos relacionados à realidade sanitária do município e suas necessidades. A partir dessas informações, o grupo de alunos selecionados inicia o planejamento de ações que serão executadas no município. Após o planejamento de ações, o município novamente é visitado para discussão, com a equipe de saúde local, das ações planejadas bem como seus objetivos, para que possam realizar a organização das atividades e convidar a população para tais atividades (UNIVALI, 2015).

As atividades em si são realizadas em uma semana, em vários bairros do município simultaneamente. Assim, o grande grupo se divide em grupos menores, realizando ações assistenciais, visitas domiciliares, atividades de grupo, atividades educativas, atividades de lazer, rodas de conversa, oficinas de artesanato, oficinas de culinária, oficinas com material reciclável, rastreamento, promoção da cidadania, entre outras, envolvendo os vários ciclos populacionais, além de atividades de educação permanente para os profissionais de saúde e outros segmentos (UNIVALI, 2015).

O grupo fica alojado em local cedido pela prefeitura municipal, geralmente um grande salão de eventos. Cada qual leva seu colchonete. O transporte em geral envolve as secretarias de educação, que levam os grupos aos bairros em que se realizam as atividades. As escolas e os salões paroquiais cedem espaço para as atividades. As pessoas das comunidades se encarregam da alimentação do grupo. Os banheiros de lugares públicos e de famílias voluntárias são utilizados para os banhos. Enfim, existe um

sentimento de solidariedade que envolve a comunidade e os participantes do projeto (UNIVALI, 2015).

O PRÓ-Saúde financiou quatro viagens e por solicitação dos acadêmicos o Projeto Sérgio Arouca se transformou em um projeto de extensão oficial do curso de Medicina da UNIVALI, com financiamento da própria universidade, constando inclusive em seu Projeto Pedagógico (UNIVALI, 2015).

4.3.3 Sujeitos da pesquisa

Para a amostra, foram eleitos egressos do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí, do período entre 2012 e 2015, que participaram de pelo menos três edições do Projeto Sérgio Arouca, que de certa forma, colabora para a formação do perfil profissional descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina. Trata-se, portanto, de amostra intencional.

A participação em pelo menos três projetos de extensão, sugere uma identificação com o projeto e com suas atividades e pressupostos, portanto, a intencionalidade é no sentido de obter uma amostra que tenha tido importante aproximação com a Atenção Básica.

A amostra intencional permite a utilização dos dados obtidos a partir de pequenas amostras, e a escolha pode ser realizada com base no julgamento das necessidades dos pesquisadores, de que determinados elementos relacionados ao objeto da pesquisa sejam os mais representativos da população (GOLDIM, 1997). Estes participantes puderam melhor responder às questões da pesquisa, uma vez que a participação voluntária nestes projetos voltados para a Atenção Básica colabora para o perfil profissional desejado expresso nas Diretrizes Curriculares Nacionais, e possibilitaram e a partir deste contexto, entender suas motivações para a escolha da especialidade médica.

O critério de inclusão foi a participação durante o período da graduação em pelo menos três edições do Projeto Sérgio Arouca. Foram excluídos da amostra os egressos que não se enquadraram nos critérios de inclusão e intencionalidade. Não houve exclusão por recusa à participação no estudo e todos os eleitos foram localizados.

As informações sobre os sujeitos bem como sua participação em projetos foram fornecidas pela Coordenação do curso de Medicina, e dentre os elegíveis foi observada a sequência por semestre de formatura, e dentro destes a ordem alfabética, iniciando a partir dos formandos do 1º semestre de 2012, pois dentre os elegíveis não cabe a intencionalidade de escolha.

Inicialmente, foram entrevistados dez egressos do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí. A partir dos achados preliminares, foram eleitos mais quatro sujeitos, sendo que o limite da amostra se deu a partir da saturação de dados, pois, nesses casos, a suspensão da inclusão de novos participantes se dá quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado (Apêndice 2), que valorizou tanto a presença do investigador quanto a do informante, enriquecendo a investigação, favorecendo a descrição, explicação e compreensão dos fenômenos sociais em sua totalidade (TRIVIÑOS, 1987).

Por partir de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, a entrevista semiestruturada permite outras interrogativas, fruto de novas hipóteses, que vão surgindo à medida que o entrevistado emite algumas informações, facilitando, assim, que este siga a linha de seu pensamento e de suas experiências, dentro do foco colocado pelo investigador, participando efetivamente na elaboração da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987).

O roteiro da entrevista e suas complementações buscaram apreender aspectos relacionados à biografia dos entrevistados, suas vivências e percepções durante a vida acadêmica, a visão sobre a medicina e o campo da saúde no Brasil, bem como suas expectativas para o futuro profissional. Desta forma, foi possível identificar o modo de ver e agir dos entrevistados, e os sistemas de opiniões que sustentam esse pensamento; os Estilos de Pensamento; os acoplamentos que interferem na identificação e pertencimento a um determinado Estilo de Pensamento, bem como suas protoideias, seus mecanismos de introdução e regulação; e por fim, as matizes de Estilo de Pensamento.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise, com aviso e consentimento prévio dos participantes.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, foi utilizada a categoria Estilo de Pensamento, já descrita no item 3.3, buscando identificar, a partir das falas dos entrevistados, os elementos que caracterizam o Estilo de Pensamento na escolha da especialidade médica.

A caracterização dos elementos foi realizada a partir de leitura exaustiva do material transcrito, como realizado em outros métodos qualitativos de análise.

Os resultados foram apresentados em três artigos que seguem na sequência.

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em forma de artigos. O primeiro dedica-se a apresentar a categoria Estilo de Pensamento com referencial de análise de pesquisas qualitativas. O segundo artigo apresenta os Estilos de Pensamento presentes no contexto da pesquisa, bem como suas características. O terceiro artigo descreve os mecanismos de introdução e regulação dos Estilos de Pensamentos identificados na pesquisa.

5.1 ARTIGO 1

A utilização da categoria Estilo de Pensamento como referencial de análise em pesquisas qualitativas (Use category Thought Style as analytical reference in qualitative research)

Marcos Aurélio Maeyama¹
Marco Aurélio Da Ros²

Resumo: Este artigo apresenta a obra de cunho epistemológico de Ludwik Fleck, cujas preocupações estavam em pensar os aspectos históricos e sociais da ciência, afinada, portanto, com a concepção construtivista do conhecimento. Fleck descreve, com exemplos médicos, como se dá a produção de conhecimento, utilizando a categoria Estilo de Pensamento e seus elementos constituintes. A caracterização de um objeto ou fato, utilizando os elementos do estilo de pensamento, pode ser muito útil no estudo das ciências não exatas e do próprio cotidiano, não só como referencial teórico, mas também como referencial de análise, uma vez que esses elementos auxiliam no processo de busca de significados e conteúdos latentes, característicos desses tipos de estudo.

Palavras-chave: Epistemologia; Pesquisa qualitativa; Metodologia.

Abstract: This paper presents Ludwik Fleck's epistemologic oriented work, concerning historical and social aspects of science and therefore attuned to the constructivist conception of knowledge. Fleck describes, through medical examples, the way knowledge is produced, using the category of Thought Style and its constitutive elements. The characterization of an object or fact, by using the thought style elements may be very useful when related to studying inaccurate sciences. as well as everyday experiences, not only as theoretical reference, as much as

¹ Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho pela UNIVALI. Doutorando no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública. Doutor em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

analysis frame, once these elements are helpful in the process of seeking latent meanings and contents, characteristic of this type of study.

Keywords: Knowledge; Qualitative research; Methodology.

Posicionamento Epistemológico

O médico e biólogo Ludwik Fleck nasceu em 1896 na cidade de Lwow, na época Polônia, no domínio do Império Austro-Húngaro, hoje território ucraniano. Com sua principal obra de cunho epistemológico, *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*, publicada em 1935, Fleck se posicionava contrário ao pensamento dominante na época, o neopositivismo, representado pelas ideias do Círculo de Viena, que defendiam a ciência objetiva empiricamente verificável, desconsiderando a metafísica. As preocupações de Fleck iam além dos dados objetivos para pensar em aspectos históricos e sociais da ciência (CONDÉ, 2010).

Fleck parece ter sofrido grande influência das ideias discutidas na Escola Polonesa de Filosofia da Medicina, representada por Chalubinski, Biernacki, Bieganski e Kramsztyk, cuja preocupação se centrava na discussão sobre o caráter da medicina como arte ou ciência (DA ROS, 2000; LÖWY, 2012). Também teve influência da psicologia gestáltica e das leituras de Durkheim, Lévy-Bruhl e Jerusalem sobre estudos sociológicos e antropológicos (COHEN; SCHNELLE, 1986).

Em sua primeira publicação no âmbito da teoria das ciências, em 1927, a partir de um estudo retrospectivo sobre as explicações médicas, Fleck demonstrou a gênese dos pontos de vista específicos para cada época, apontando que no aparecimento ou desaparecimento das orientações dominantes existia tanto uma sucessão quanto uma incomensurabilidade de perspectivas, além da associação histórica (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Num segundo artigo, publicado em 1929, descreve o peso da tradição, afirmando que os novos conhecimentos sempre são predeterminados pelos antigos, e ao longo de sua monografia de 1935 defende que o conhecimento sobre sífilis de sua época era produto de um amadurecimento histórico, não apenas baseado na observação do material empírico daquele período (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Para Fleck, o processo de conhecimento é a atividade humana mais condicionada socialmente e, portanto, é um produto social por excelência (FLECK, 2010). Considerando a ciência como uma atividade social e coletiva, seu posicionamento também se afasta das categorias aristotélicas ou kantianas, de cunho idealista (CONDÉ, 2010).

A origem do pensamento do homem não está nele próprio, mas no meio social onde vive, na atmosfera social que respira; ele sofre influência direta e decisiva para pensar de determinada forma: a do seu meio social (FLECK, 2010). Fleck considera que a ciência é organizada por pessoas que agem de forma cooperativa, guiadas por uma estrutura sociológica e pelas convicções que unem os cientistas, para além de suas convicções empíricas e especulativas individuais (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Fleck acentua que o processo de conhecimento como atividade social está vinculado às pressuposições sociais dos grupos envolvidos e que estes dispõem de realidades sociais particulares; portanto, cada “saber” elabora seu próprio Estilo de Pensamento, condicionado pela forma de compreender os problemas, direcionando-o para seus objetivos, de acordo com sua realidade social (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). De maneira inversa, a realidade social também é mediada pelo processo de conhecimento, uma vez que à medida que o conhecimento avança ele transforma a própria realidade (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Fleck se afina com a concepção construtivista do conhecimento, cujo sujeito é carregado de pressupostos históricos e sociais, tornando o fato científico transitório e dependente do estado de conhecimento sobre o objeto a ser estudado.

Justificativa para uso

A baixa repercussão de sua obra não deve ser encarada como limitação de suas ideias, pelo contrário, a história demonstra que as ideias de Fleck estavam muito à frente de seu tempo, pois a importância dos aspectos históricos e sociais para a compreensão da ciência só começaria a se desenvolver três décadas após a publicação de sua obra de 1935.

A hegemonia das ideias do Círculo de Viena na época do lançamento de seu livro impediu que suas ideias fossem entendidas e consequentemente tivessem o merecido reconhecimento (CONDÉ, 2010). E, aliado a isso, soma-se o fato de ele ser judeu, polonês (portanto não pertencente ao eixo anglo-saxão dominante) e ter vivido numa época de constantes períodos de guerra. Portanto, a própria teoria do conhecimento de Fleck justifica por que suas ideias não tinham possibilidade de se consolidar naquele contexto histórico, social e cultural.

Outro ponto atribuído à pouca recepção de suas ideias é o fato de Fleck nunca ter abandonado sua carreira de médico cientista, como muitos outros epistemólogos, como Popper, Kuhn e Feyerabend, o fizeram (CONDÉ, 2010). Porém, Fleck utilizava seu tempo livre para

dedicar-se ao estudo da história e da filosofia da ciência (SCHAFER; SCHNELLE, 2010), e a partir de sua atividade como médico cientista refletia sobre sua própria prática, confrontando com as teorias dominantes da filosofia da ciência da época (FEHR, 2012).

Talvez o que melhor justifique o uso de suas categorias epistemológicas seja a sua própria obra. Ao contrário do que faz Popper em *A Lógica da Pesquisa Científica* e o próprio Kuhn em *A Estrutura das Revoluções Científicas*, Fleck não descreve de forma sistemática uma metodologia de investigação sobre o conhecimento, mas vai ao longo de seu livro apresentando suas ideias a partir da descrição da gênese ampla do conceito de sífilis, de um período retrospectivo que se estende de sua época até a Idade Média, demonstrando os condicionamentos históricos e sociais da estrutura do saber. Portanto, Fleck apresenta sua epistemologia, explicando e exemplificando sua utilização, especialmente através do que chama de Estilo de Pensamento.

Categorias Fleckianas

É importante lembrar que quando Fleck apresenta suas ideias, não está sendo prescritivo. Apenas descreve, usando exemplos históricos, como se produz, como se mantém, como se transforma, ou melhor dizendo, em que circunstâncias se dá a produção de conhecimento.

No artigo intitulado *Zur krise der wirklichkeit* (Sobre a crise da realidade), de 1929, ele introduz pela primeira vez o que chama de coletivo de pensamento e Estilo de Pensamento, aprofundados em sua monografia de 1935. “O primeiro designa a unidade social da comunidade de cientistas de um campo determinado; o segundo, as pressuposições de acordo com um estilo sobre o qual o coletivo constrói seu edifício teórico” (SCHAFER; SCHNELLE, 1986, p. 23).

Na categoria epistemológica de Fleck, o processo de conhecimento deve ser entendido como um estado de educação baseado na relação dialética entre o sujeito do conhecimento, o objeto já conhecido e o objeto a ser conhecido (FLECK, 2010).

Fleck enfatiza que o nível de percepção e entendimento contemporâneo sobre determinado fato não seria possível sem se apoiar em conhecimentos adquiridos por outras gerações, portanto, não se trata da simples observação fenomenológica de um fato, mas também do conhecimento prévio sobre o objeto, o estado do saber (FLECK, 2010). Por esse motivo, o processo de conhecimento é resultado da atividade social; ele ultrapassa a consciência individual teórica (FLECK, 2010).

Para Fleck, as experiências do presente estão ligadas às do passado e estas ligar-se-ão às do futuro – são as chamadas protoideias ou pré-ideias, esboços históricos evolutivos das teorias atuais que, apesar das variações dos Estilos de Pensamento, mantêm algumas concepções surgidas no passado ou partem delas para seu desenvolvimento, tendo, por conseguinte, grande valor heurístico (FLECK, 1986). Porém, é preciso lembrar que nem todo fato científico atual é proveniente de uma protoideia e que nem toda protoideia será materializada em fato científico (FLECK, 1986).

Além disso, o processo de conhecimento está condicionado por fatores sociais, históricos e culturais e, desta forma, os fatos científicos são interdependentes historicamente. Fleck ressalta em sua obra que o interesse pelo conhecimento da sífilis, em períodos históricos distintos, foi mobilizado por demandas morais (doença venérea), sociais (epidemia e transmissibilidade) e políticas (competição sorológica entre os países) (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Estes fatores sociais, culturais e históricos, representam as condições em que os fatos acontecem. Estas condições ou pressupostos correspondem aos acoplamentos ativos. Já os acoplamentos passivos são como consequências dos acoplamentos ativos, aquilo que é percebido de forma natural (FLECK, 2010).

O Estilo de Pensamento tem como raiz uma disposição para ver, observar ou perceber de forma dirigida que é condicionada pelos pressupostos históricos, sociais e culturais de uma comunidade em determinada época (FLECK, 2010). Um exemplo emblemático é dado pelo autor ao descrever que no período da Idade Média, no qual a Igreja exercia forte poder sobre a população, as doenças eram tidas como castigos divinos e o conceito de sífilis advinha da crença de doença como fruto do pecado, da imoralidade.

A construção do fato científico está intrinsecamente relacionada com essa forma de ver (FLECK, 1986; LÖWY, 1994a; SCHAFER; SCHNELLE, 1986). O fato científico pode ser entendido como uma relação de conceitos próprios de um Estilo de Pensamento que, embora possa ser investigado por meio dos pontos de vista históricos e da psicologia individual e coletiva, nunca poderá ser reconstruído em sua totalidade, e assim as “verdades” e os fatos científicos só existem dentro de um Estilo de Pensamento, pois dentro dele (ou de seu coletivo de pensamento) não são “relativos” ou “subjetivos” no sentido popular da palavra; são soluções, logo, “verdades” (FLECK, 2010).

No âmbito do conhecimento, o observar se dá principalmente de duas formas: no seu princípio, um ver inicial pouco claro, impreciso, não

orientado, com disposições contraditórias de vários estilos; posteriormente, uma percepção da forma desenvolvida e imediata, um ver formativo, possível a partir de introdução teórico-prática em uma área, ou melhor, em um Estilo de Pensamento, para além da experiência individual (FLECK, 2010). O aumento da capacidade de observar a partir desse ver formativo implica também a perda da capacidade de observar o contraditório, ou seja, existe uma predisposição para o perceber direcionado, que é característica fundamental do Estilo de Pensamento (FLECK, 2010).

Fleck afirma que o percebido é experienciado a partir do coletivo de pensamento, que realiza a intermediação através da coerção exercida no pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). Dessa forma, a introdução em determinada área de trabalho se dá muito mais por um processo de doutrinação do que pelo pensamento crítico-científico. A aprendizagem é marcada por uma sugestão de pensamentos puramente autoritária, a partir dos pressupostos de quem ensina, ou seja, a partir de seu Estilo de Pensamento. A acolhida ocorre para um mundo fechado (FLECK, 2010). O autor considera que qualquer introdução didática é uma suave coerção ou uma condução-para-dentro de um Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

O processo de introdução se dá baseado na confiança dos iniciantes nos especialistas, e a união dos que passaram por esse processo fortalece os laços de solidariedade do pensamento. Fleck ainda aponta os livros didáticos como muito importantes para a iniciação em uma área e conseqüentemente em um Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Outras questões relevantes apontadas por Fleck, além da educação, dizem respeito ao peso da tradição e do hábito que, segundo ele, são fatores que geram a disposição para um sentir seletivo e um agir de acordo com um Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). Para Fleck, no contexto da ciência, hábito é a aquisição paulatina de determinada “experiência”.

Um Estilo de Pensamento apresenta fases características: a época clássica, na qual os fatos percebidos se encaixam com exatidão nas suas teorias, e a época das complicações, na qual se toma consciência das exceções (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

O fortalecimento das formações de pensamento e a solidariedade intelectual dos pares fazem com que o Estilo de Pensamento ganhe estabilidade, possibilitando que os coletivos de pensamento construam seus sistemas de opiniões, reclamando para si a explicação do seu objeto de estudo (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). Quanto mais organizados são

os Estilos de Pensamento com seus sistemas de opiniões, mais “força sugestiva” eles possuem sobre seus membros para tornar imperceptível a dependência de utilização de seus pressupostos, ao que Fleck denomina harmonia das ilusões (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

A harmonia das ilusões ocorre diante de qualquer contradição às ideias do Estilo de Pensamento, ora descartando problemas que não se encaixam ou não são explicados pelo Estilo de Pensamento, ora realizando uma reinterpretação dos fatos para adequação ao seu Estilo de Pensamento, gerando sua tendência à persistência do seu sistema de opiniões (FLECK, 2010).

Como prova dessa prática, Fleck demonstra algumas publicações de livros científicos que não coincidem com efetivas possibilidades de observação, nas quais são omitidos os detalhes “insignificantes” e ressaltados os “significativos”, tudo de acordo com os pressupostos do seu Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). Fleck afirma que neste processo, o indivíduo nunca, ou quase nunca, está consciente da força coercitiva que o Estilo de Pensamento exerce em seu pensamento e pela qual qualquer contradição passa a ser impensável (FLECK, 2010).

Mesmo com a harmonia das ilusões estando presente, especialmente no âmbito científico, o sistema de opiniões só se consolida a partir de sua legitimação nos poderes sociais, que formam conceitos e criam hábitos de pensamento, determinando o que “não pode ser pensado de outra maneira” e transformando o fato numa realidade evidente, tornando o sistema fechado e harmonioso para um coletivo de pensamento (FLECK, 2010).

A estrutura interna dos coletivos de pensamento é dividida em círculo esotérico e círculo exotérico. O primeiro, mais interno, é formado pelos iniciados que já possuem uma disposição para perceber e agir direcionados, marcado pelo contato próximo com o fato científico, e, externamente a esse círculo, formam-se outros círculos exotéricos com uma gradual hierarquia de iniciação baseada especialmente na confiança dos iniciados (FLECK, 2010). Apesar dessa hierarquia, os iniciados dependem da opinião pública (círculo mais exotérico), que em última instância é quem legitima o conhecimento. A comunicação do círculo esotérico para o círculo exotérico se dá de forma simplificada, com ausência de detalhes e principalmente de polêmicas, e essa simplificação vai aumentando à medida que o círculo é mais exotérico, pois para este saber popular interessam apenas sua certeza, simplicidade e plasticidade (FLECK, 2010).

Quando Fleck se refere aos coletivos do mundo da vida cotidiana, considera a produção de conhecimento do senso comum, portanto,

também passível de uma análise epistemológica. Ele afirma que o pensamento coletivo nos possibilita comparar e investigar de forma uniforme o pensar primitivo, arcaico, infantil ou mesmo o pensamento de um povo, classe ou grupo social (FLECK, 1986). Apesar disso, considera que o conhecimento científico é o que permite maior concentração de elementos que nos aproxima do que chamamos de realidade (FLECK, 1986).

Além disso, os pesquisadores (círculo esotérico) são influenciados por eventos externos à ciência, de grande importância social e cultural, ao mesmo tempo em que também interferem neles (LÖWY, 2012).

Outra questão bastante importante para a produção do conhecimento diz respeito à realidade dos indivíduos, que vivem ao mesmo tempo a vida cotidiana, a profissional, a religiosa, a política e ainda a científica em alguns casos, e por vezes elas se mostram contraditórias entre si (FLECK, 1986); ou seja, valores e crenças de outros coletivos dos quais os membros de um coletivo específico participam acabam por modificar o próprio Estilo de Pensamento.

Para o médico polonês, esses tráfegos intercoletivos das pessoas, que são particulares, fazem com que existam processamentos de informações externas ao Estilo de Pensamento, ocorrendo um deslocamento ou uma alteração dos valores de pensamento, que pode ser pequena ou mesmo possibilitar a mudança do Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). Essas informações propiciam internamente, no coletivo de pensamento, trocas, apropriações, reajustes, divergências, disputas estratégicas de legitimação e de compatibilização (OLIVEIRA, 2012), que por um lado podem levar a um processo de intersubjetividade e consenso, desenvolvendo o estilo de pensamento, ou até mesmo promover a mudança de Estilo de Pensamento.

A instauração de um novo Estilo de Pensamento geralmente implica uma perda da capacidade de observar certos aspectos, muitas vezes relevantes, do estilo anterior (LÖWY, 1994b). Portanto, as complicações de determinado Estilo de Pensamento podem tornar-se ferramentas preciosas para que se processe a mudança de Estilo de Pensamento.

As grandes mudanças de Estilo de Pensamento muitas vezes surgem em épocas de grandes conturbações sociais, motivadas pelo conflito de opiniões, pelas grandes diferenças dos pontos de vistas, pela falta de clareza, ou seja, pela impossibilidade de perceber de forma imediata e dirigida (FLECK, 2010).

Outro ponto destacado por Fleck no desenvolvimento das ciências é a importância da linguagem, pois, apesar da sua capacidade de

reprodução do conhecimento, ela também pode, a partir do “mal-entendido”, possibilitar novas formas de compreensão, principalmente nos trâfegos intercoletivos (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Os fatos científicos construídos pelos coletivos de pensamento são assimilados por outros coletivos de pensamento que realizam uma tradução em seu próprio estilo, transformando-os num outro fato científico (LÖWY, 1994a). A maneira característica de ver, perceber e sentir de cada Estilo ou coletivo faz com que a aproximação com um determinado objeto seja mediada a partir de seus pressupostos, ou seja, para um mesmo “objeto” podemos ter fatos distintos, ou melhor, Estilos de Pensamento distintos.

Quando os deslocamentos de significados dos conceitos são muito consideráveis entre membros de coletivos diferentes, sua compreensão/comunicação se torna impossível; nessa situação, estamos diante da incomensurabilidade das teorias (FLECK, 2010). Porém, quando as diferenças entre os Estilos de Pensamento não apresentam limites precisos de distanciamentos ou proximidades, elas são chamadas de matizes de um Estilo de Pensamento (FLECK, 1986).

Ainda em relação ao processo de conhecimento, Fleck faz uma crítica relacionada ao pensamento de progresso do saber, pois para ele não existe o progresso em si (SCHAFER; SCHNELLE, 2010), não se pode comparar os saberes, uma vez que o saber está relacionado com um Estilo de Pensamento que, por sua vez, apresenta pressupostos históricos, sociais e culturais. Logo, ele se torna ímpar e “adequado” para determinado contexto. O que pode ser adequado para uma sociedade pode não ser para outra e vice-versa. Portanto, podemos ter diferentes Estilos de Pensamento, tanto num mesmo período histórico (sincrônicos) quanto em períodos distintos (diacrônicos).

Possibilidades de uso em pesquisa de cunho qualitativo

As categorias epistemológicas de Fleck, por considerarem o contexto histórico específico, com suas leis e forças sociais que influenciam no pensamento de determinada sociedade, podem ser extremamente úteis para os estudos das ciências não exatas.

Apesar da ênfase dada por Fleck para o entendimento da ciência, sua teoria do conhecimento pode ser aplicada a outros Estilos de Pensamento não científicos, como, por exemplo, o artístico, o filosófico, o místico, pois, em última instância, a questão de fundo de sua obra é o entendimento da realidade (CONDÉ, 2012).

Somente uma epistemologia comparada do conhecimento que investigue como as concepções e ideias pouco claras circulam de um Estilo de Pensamento para outro; que identifique as relações históricas, sociais e culturais dos fatos atuais; que demonstre os mecanismos de persistência de uma teoria pode nos auxiliar na compreensão da nossa época (FLECK, 2010). E ainda, numa análise histórica, é necessário considerar o contexto histórico específico da época (FLECK, 2010).

Pelo fato de o indivíduo ser condicionado pelo meio social em que vive, tanto o indivíduo pode ser estudado do ponto de vista coletivo quanto o coletivo do ponto de vista individual. Porém, a especificidade, tanto da personalidade individual quanto da totalidade coletiva, só se torna acessível com a utilização de métodos adequados, lembrando ainda que o indivíduo é participante de vários coletivos que condicionam também outras regras de comportamento, turvando a pureza de qualquer doutrina ou sistema (FLECK, 2010). Essas relações tornam-se fundamentais para o entendimento dos processos de persistência ou mudança de Estilo de Pensamento.

A utilização de Estilo de Pensamento depende do recorte do estudo, só podendo ser definido com a escolha do objeto a ser investigado (DA ROS, 2000; CUTOLO, 2001). O Estilo de Pensamento deve ser especialmente considerado e contextualizado a um campo determinado e sua utilização deve estar subordinada a um enfoque previamente escolhido pelo investigador (CUTOLO, 2001). Portanto, o que caracteriza tratar-se de Estilo de Pensamento não é o objeto em si, mas sim o enfoque dado pelo investigador.

Trabalhos produzidos por diversos autores demonstram algumas de suas aplicações na área da saúde e da educação. Da Ros (2000) realizou um estudo sobre os trabalhos desenvolvidos em dois programas de pós-graduação *stricto sensu* e identificou vários Estilos de Pensamento em saúde pública que, coincidentemente, seguem uma linhagem a partir de seus orientadores, demonstrando a introdução a um Estilo de Pensamento e sua manutenção.

Koifman (2001), estudando a mudança curricular do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense, destacou a resistência de grupos de professores (coletivos de pensamento) ligados a disciplinas específicas que, mesmo diante da necessidade de mudança, mostravam-se resistentes ao processo, pois tal mudança expunha diferentes visões de mundo e conseqüentemente ocorria a incomensurabilidade de ideias, dificultando o diálogo.

Cutolo (2001) identificou diferentes Estilos de Pensamento em educação médica a partir de estudo das práticas curriculares do curso de

Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, demonstrando que o seu desenvolvimento se dá a partir do pertencimento do professor a um Estilo de Pensamento, independentemente do projeto político-pedagógico do curso.

Camargo Júnior (2003) utilizou as relações internas do coletivo de pensamento (círculo esotérico e exotérico) para caracterizar a busca por informações clínicas de um grupo de médicos, evidenciando que ela ocorre de forma amplamente intuitiva, pragmática, orientada a resultados, por meio de informação relevante, selecionada de fontes com suficiente credibilidade acadêmica e submetida a um primado do conhecimento prático; e que estão fortemente ligadas a um Estilo de Pensamento próprio. Também verificou que essa escolha não é opcional, mas uma imposição (mesmo que inconsciente) feita pelo processo de socialização dentro do coletivo de pensamento, o que determina o conhecimento e a prática médica.

Em outro trabalho, Camargo Júnior (2005), discutindo a racionalidade médica, aponta para questões maiores discutidas por Fleck sobre como o Estilo de Pensamento determina o que são fatos, artefatos e “anomalias”, o que é objetivo ou ilusório, reforçando a ideia de doutrinação do coletivo de pensamento.

Maeyama (2006), ao estudar uma disciplina de saúde coletiva transversal ao curso de odontologia, a partir de entrevistas com professores, análise do projeto político-pedagógico do curso, planos de ensino e referências utilizadas, constatou que mesmo dentro de uma disciplina existem diferentes Estilos de Pensamento, fruto da formação específica de cada professor.

No sentido de caracterizar as categorias utilizadas por Fleck, Cutolo (2001) identifica como Estilo de Pensamento:

1. modo de ver, entender e conceber; 2. processual, dinâmico, sujeito a mecanismos de regulação; 3. determinado psico/sócio/histórico/culturalmente; 4. que leva a um corpo de conhecimentos e práticas; 5. compartilhado por um coletivo com formação específica (CUTOLO, 2001, p. 56).

Em trabalho mais recente, Cutolo (2006) desdobra o 5º elemento constitutivo do Estilo de Pensamento, fracionando-o em “compartilhado por um coletivo” e “com formação específica” (que passa a ser considerado o 6º elemento).

Delizoicov (1999) faz um agrupamento de elementos constitutivos do Estilo de Pensamento como sendo: a) técnicas, instrumentos e procedimentos; b) formação; c) modo de ver; d) teorização; e) linguagem específica.

Da Ros (2000) define provisoriamente, no sentido de não reduzir o que pode ser um Estilo de Pensamento, da seguinte forma:

Uma postura teórico-psicológica de aceitação de uma verdade provisória que subordina conhecimentos. Tal postura é determinada histórico-sócio-culturalmente e, embora se movimente continuamente, apresenta resistências a transformações. Neste contexto, desenvolve uma aparente lógica formal, a partir de áreas do conhecimento científico, nascendo, portanto, do “velho” para criar o novo. E isto é feito dentro de um coletivo que tem o mesmo modo de pensar e agir (DA ROS, 2000, p. 59).

Deste modo, as categorias que compõem o Estilo de Pensamento podem ser ferramentas importantes para a investigação dos aspectos históricos, sociais e culturais, que determinam a constituição, manutenção, mudança e transformação de um fato.

Portanto, o entendimento de um fato (de acordo com um recorte/Estilo de Pensamento) passa pela identificação de:

- Suas protoideias, raízes históricas desse saber;
- Seus acoplamentos ativos e passivos;
- Sua maneira característica de ver, perceber e sentir com um agir direcionado correspondente;
- Seus sistemas de opiniões e seu poder de sugestão;
- Seus mecanismos de introdução – o peso da educação, tradição e hábito; a relação entre os círculos esotérico e exotérico; coerção de pensamento exercida nos iniciantes;
- Sua época clássica e a harmonia das ilusões;
- Suas complicações;
- A incomensurabilidade com outras teorias concorrentes;
- Os tráfegos intercoletivos que influenciam sua movimentação;
- Os possíveis matizes do seu Estilo de Pensamento.

A escolha dos problemas, a maneira de trabalhar, o equipamento teórico utilizado e eventualmente o estilo técnico e literário do sistema do

saber são outras características marcantes de um Estilo de Pensamento (FLECK, 2010).

Outro ponto considerado por Fleck (1986) é o estilo de argumentação utilizado, que pode se apresentar tanto no discurso oral quanto no escrito com a utilização de técnicas de linguagem e termos específicos. Ele considera que essa linguagem é o elemento mais importante da comunicação científica, porém, deixa claro que ela não é suficiente para assegurar a cooperação por coletivo de pensamento, pois a experiência prática também é necessária.

A caracterização de um objeto ou fato, utilizando-se os elementos do Estilo de Pensamento, pode ser muito útil no estudo das ciências sociais, das ciências da saúde, das ciências da educação e do próprio cotidiano, não só como referencial teórico, mas também como referencial de análise, uma vez que esses elementos auxiliam no processo de busca de significados e conteúdos latentes, especialmente característicos nesses tipos de estudo.

A busca de informações que caracterizem o Estilo de Pensamento a partir de seus elementos pode ser realizada como em outros métodos qualitativos, seja por meio de entrevistas, observação de campo, pesquisa documental (atas, publicações, portarias, projetos, leis, pareceres, diários, etc), inclusive com triangulação destas fontes de dados (TRIVIÑOS, 1987).

Vale a ressalva de que a busca de informações deve considerar os aspectos descritos por Fleck, que não se restringem ao objeto em si, mas também ao contexto histórico, social, cultural do fato estudado, bem como a biografia das pessoas e seu pertencimento aos vários coletivos de pensamento da vida profissional e cotidiana.

Exemplo da utilização em uma pesquisa

Esta metodologia foi desenvolvida com parte da tese de doutorado e aplicada em sua parte empírica.

O objetivo da pesquisa foi analisar o contexto que envolve a escolha da especialidade médica, em um curso que apresenta processos indutores de mudança com importante exposição dos acadêmicos na Atenção Básica.

A pesquisa foi realizada com egressos do curso que passaram por várias experiências em projetos de extensão na Atenção Básica de forma voluntária, o que sugere uma aproximação com a área.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas. Além disso, foram analisados alguns documentos do projeto

pedagógico, e ainda trabalhos disponíveis na literatura sobre o tema para entendimento do contexto, e para a análise de dados foi utilizada a categoria Estilo de Pensamento e seus elementos constituintes.

Os resultados demonstraram a concorrência dos Estilos de Pensamento da Atenção Básica e do Estilo de Pensamento Flexneriano, porém, com grande predominância deste último. O *quadro 1* demonstra os elementos que caracterizam os Estilos de Pensamento identificados na pesquisa.

Quadro 1 – Utilização de Estilo de Pensamento em pesquisa qualitativa.

	EP FLEXNERIANO	EP ATENÇÃO BÁSICA
Protoideia	- Teoria do Germe. - Relatório Flexner.	- Declaração de Alma-Ata. - Diretrizes Curriculares Nacionais.
Acoplamentos	- Acoplamento Ativo: estado neoliberal. - Acoplamentos passivos: educação não é direito; estudar medicina é um investimento, que por consequência exige retorno; o serviço público é de baixa qualidade para população pobre; o privado é pra quem tem poder de consumo.	- Acoplamento Ativo: estado neoliberal. - Acoplamento passivo: contra-hegemonia (estado de bem-estar social).
Modo de ver, perceber e sentir	- Necessidade de ser especialista focal. - Especialista com visão ampliada. - Medicina como forma de obter uma boa remuneração. - O privado é melhor do que o público.	- Generalista com visão ampliada do processo saúde-doença. - Medicina com forma de ajudar o outro. - Saúde pública universal e de qualidade.
Agir direcionado	- Fazer especialidade focal. - Especialidades com tendência mais generalista ou agregação de conceitos de clínica ampliada. - Trabalhar em serviço público e privado. - Serviço público como forma de complementação de renda.	- Fazer residência em Medicina de Família e Comunidade e trabalhar na lógica da clínica ampliada. - Trabalhar na Atenção Básica. - Trabalhar somente em serviço público.
Sistema de opiniões	- O especialista é mais resolutivo e mais valorizado.	- A Atenção Básica tem alta resolubilidade.

	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilidade de agregar os conhecimentos da saúde coletiva na especialidade; - O privado é mais rentável que o público. - Estado mínimo. 	<ul style="list-style-type: none"> - O caráter da medicina é de ajudar as pessoas. - Saúde é um direito de todos e dever do Estado.
Mecanismo de introdução – relação entre os círculos esotéricos e exotéricos; educação, tradição e hábito; coerção de pensamento.	<ul style="list-style-type: none"> - Matriz curricular com base flexneriana. - Professores na grande maioria especialistas. - Cenários de prática majoritariamente em especialidades. - Conteúdos voltados para as especialidades. - Professores bem sucedidos e com boa remuneração. - Agregação de valores da Saúde Coletiva na prática de especialidade. - Experiência prática. - Possibilidade de boa remuneração. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disciplina de Medicina de Família e Comunidade bem organizada. - Abordagem ampliada do processo saúde-doença nas atividades práticas na disciplina de Medicina de Família e Comunidade. - Projeto de Extensão na Atenção Básica com grande participação dos alunos. - Boa relação professor-aluno na disciplina de Medicina de Família e Comunidade. - Possibilidade de ajudar as pessoas.
Classismo	<ul style="list-style-type: none"> - Majoritariamente as escolhas são pelas especialidades focais. - A população prefere o especialista. - A população e os médicos especialistas acham que o privado é melhor que o público. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não atingiu o classismo por conta das complicações.
Harmonia das ilusões	<ul style="list-style-type: none"> - Negação do público pela ausência de plano de carreira (o privado também não). - No Brasil não faltam médicos, o problema é a distribuição (todos os médicos estão empregados e existem muitos lugares sem médico). 	<ul style="list-style-type: none"> - Não apresentou.
Complicações	<ul style="list-style-type: none"> - Lógica da queixa-conduta limitada. - Insuficiência de prática baseada em protocolos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de estrutura do sistema público. - Baixo reconhecimento e menor status. - Não exigência da especialização. - Salários menores que de outros especialistas.

		<ul style="list-style-type: none"> - Gestão de baixa qualidade. - Interferência política partidária. - Precarização do vínculo de trabalho. - Interiorização.
Incomensurabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Carreira eminentemente pública. - Programa Mais Médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde como bem de consumo. - Medicina corporativista. - Reserva de mercado.
Tráfegos intercoletivos	<ul style="list-style-type: none"> - Vida cotidiana. - Família. - Ligas acadêmicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vida cotidiana. - Religião. - Família.
Matizes	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem ampliada do problema. - Humanização na atenção. - Relação médico-paciente. - Preferência por especialidades focais mais generalistas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não apresentou.

Esse quadro representa apenas uma síntese, pois como outros métodos de cunho qualitativo, os resultados são discutidos à luz do referencial teórico utilizado, e não apenas apresentado como resultado.

A ilustração demonstra que a análise a partir da categoria Estilo de Pensamento permite uma compreensão não apenas dos motivos das escolhas, mas especialmente o que determina e favorece essas escolhas, propiciando um entendimento ampliado do fato.

O método se mostrou bastante apropriado, visto os resultados alcançados, mas enquanto proposta metodológica necessita ser mais utilizado em outras pesquisas.

REFERÊNCIAS

CAMARGO JR., K. R de. A biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 2005.

CAMARGO JR., K. R de. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1163-1174, ago. 2003.

COHEN, R.; SCHNELLE, T. **Cognition and fact**. Dordercht: Reidel Publishing Company, Holland, 1986.

CONDÉ, M. L. L. Ciência e linguagem: Fleck e Wittgenstein. In: CONDÉ, M. L. L. (org.). **Ludwik Fleck: estilos de pensamento na ciência**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012. p. 77-107.

CONDÉ, M. L. L. Um livro e seus prefácios: de pé de página a novo clássico. In: FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. p. 7-16.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC**. 2001. 227 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CUTOLO, L. R. A. A localização da pediatria e a saúde da criança em seu contexto histórico e epistemológico. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. São Paulo, v. 35, n.3, p. 87-93, 2006.

DA ROS, M. A. **Estilo de pensamento em saúde pública**. 2000. 207 f. Tese (Doutorado em Educação e Ciência) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

DELIZOICOV, D. et al. Sociogênese do conhecimento e a pesquisa em ensino: contribuições a partir do referencial fleckiano. **Caderno Brasileiro de Ensino de Física**. Florianópolis, v.19, n. especial, p. 52-69, jun. 2002.

FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FLECK, L. **La genesis y el desarrollo de un hecho científico**. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

LÖWY, I. Fleck e a historiografia recente da pesquisa biomédica. In: PORTOCARRERO, V. **Filosofia, história e sociologia das ciências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994a. p. 233-249.

LÖWY, I. Ludwik Fleck e a presente história das ciências. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-18, 1994b.

LÖWY, I. Fleck no seu tempo, Fleck no nosso tempo: gênese e desenvolvimento de um pensamento. In: CONDÉ, M. L. L (org.). **Ludwik Fleck: estilos de pensamento na ciência**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012. p. 11-33.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 48-70, 2001.

MAEYAMA, M. A. **Estilos de pensamento na odontologia social e preventiva: um estudo da disciplina de odontologia social e preventiva do curso de odontologia da Univali**. 2006. 191 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.

OLIVEIRA, B. J. de. Os circuitos de Fleck e a questão da popularização da ciência. In: CONDÉ, M. L. L (org.). **Ludwik Fleck: estilos de pensamento na ciência**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012. p. 121-144.

SCHAFER, L.; SCHNELLE, T. Fundamentação da perspectiva sociológica de Ludwik Fleck na teoria da ciência. In: FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. p. 1-36.

SCHAFER, L.; SCHNELLE, T. Los fundamentos de la visión sociológica de Ludwik Fleck de la teoría de la ciencia. In: FLECK, L. **La genesis y el desarrollo de un hecho científico**. Madrid: Alianza Editorial, 1986. p. 9-42.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

5.2 ARTIGO 2

Estilos de Pensamento na escolha da especialidade médica – estudo de caso

(Thought Styles in the medical specialty choice - case study)

Marcos Aurélio Maeyama¹

Marco Aurélio Da Ros²

Resumo: Uma das maiores dificuldades encontradas para a consolidação da Atenção Básica no Brasil concentra-se na carência de profissionais em quantidade e qualidade. Neste contexto, o objetivo da pesquisa de cunho qualitativo foi identificar os Estilos de Pensamento presentes na escolha da especialidade médica em egressos da UNIVALI, que participaram de projetos na Atenção Básica na graduação. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semi-estruturadas e para a análise de dados foi utilizada a categoria Estilo de Pensamento. Os resultados demonstraram a hegemonia de um Estilo de Pensamento voltado para a especialidade focal e visão mercantil, porém, apresentou elementos de abordagem ampliada, por isso foi chamado de Estilo de Pensamento Flexneriano Ampliado. Contra-hegemonicamente foi identificado um Estilo de Pensamento voltado para a prática generalista integral da Atenção Básica, com caráter eminentemente público. Os resultados demonstraram a importância da orientação na graduação para a Atenção Básica na formação do perfil do futuro médico, independente da especialidade escolhida.

Palavras-chave: Educação Médica; Atenção Básica à Saúde; Sistema Único de Saúde; Residência Médica.

Abstract: One of the biggest difficulties of the Primary Health Care consolidation in Brazil is the lack of quantity e quality of the professionals. In this context, the qualitative goal of this research was to

¹ Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho pela UNIVALI. Doutorando no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública. Doutor em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

identify the features surrounding the medical specialty choice in UNIVALI's graduating students, who had an effective participation in undergraduate projects in Primary Health Care. The data collection was conducted through semi-structured interviews and the data analysis was performed using the Thought Style category. The results showed the hegemony of the Thought Style with characteristics aimed at the focal expertise and at the market vision; however, it showed elements of an expanded vision, so it was called the Extended Flexnerian's Thought Style. In a counter-hegemonic way, it was also identified a Thought Style faced at the full general practice of the Primary Health Care, with an eminently public appeal, here called the Primary Health Care Thought Style. The results demonstrated the importance of guidance for Primary Health Care graduation in medical training future profile, regardless of the chosen specialty.

Keywords: Education, Medical; Primary Health Care; Unified Health System; Internship and Residency.

Introdução

O modelo biomédico no Brasil inicia sua grande hegemonia a partir da década de 1960, sustentado por um lado pelo apoio e financiamento do governo militar na construção de hospitais e compra de equipamentos favorecendo a iniciativa privada (DA ROS, 1991), e por outro pela publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior, que ordenava aos cursos de medicina a adoção do modelo Flexneriano de ensino (NOGUEIRA, 2009).

Em contraposição ao modelo biomédico, inicia-se na década de 1970, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, defendendo uma atenção à saúde mais abrangente (PAIM, 2007).

O grande marco da Reforma Sanitária Brasileira ocorre em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que propunha a reorganização do sistema, considerando entre outras questões, a universalidade e a integralidade da atenção (BRASIL, 1988).

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi o modelo proposto para responder a estas novas demandas constitucionais, e com sua expansão, fica evidente o descompasso entre educação e atenção (NOGUEIRA, 2009).

A publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina em 2001 representa a aproximação entre a atenção

à saúde e a educação médica, que tem APS seu ponto de convergência (ALMEIDA et al., 2007), pelo menos no que se refere ao plano legal.

Porém, mesmo passados mais de catorze anos desde a sua publicação, as universidades ainda encontram dificuldades e resistência para o cumprimento das DCN, que foram recentemente republicadas em 2014, enfatizando a necessidade de mudança na formação para um perfil profissional que atenda as necessidades do SUS (BRASIL, 2014).

O curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) participou do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), criou o Projeto de extensão Sérgio Arouca, buscando responder as DCN, dando ênfase ao componente da Atenção Básica na formação.

Neste contexto, o presente trabalho buscou identificar os Estilos de Pensamento presentes na escolha da especialidade médica, de egressos que participaram ativamente de projetos envolvendo a Atenção Básica durante a graduação.

Metodologia

Este artigo constitui parte de uma tese de doutorado. Foi utilizada abordagem qualitativa, pois para esta pesquisa que buscou entender os significados, motivações, valores e crenças (MINAYO, 2007), se mostrou bastante apropriado.

A pesquisa foi realizada no curso de Medicina da UNIVALI (Itajaí), que descreve em seu projeto pedagógico o perfil de um médico com formação geral, humanista, crítica e reflexiva, com capacidade para atuar na integralidade da atenção (UNIVALI, 2015).

O curso é organizado em disciplinas, dividido em três ciclos: básico, clínico e internato médico. Possui as disciplinas do ciclo clínico e do internato médico nas cinco grandes áreas descritas nas DCN de 2001: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade e Pediatria (UNIVALI, 2015).

Para a amostra da pesquisa, foram eleitos egressos do curso de Medicina da UNIVALI, do período entre 2012 e 2015, que participaram de pelo menos três edições do Projeto Sérgio Arouca. Trata-se, portanto, de amostra intencional. As informações sobre os sujeitos foram fornecidas pela Coordenação do curso de Medicina.

O Projeto Sérgio Arouca foi inspirado no Projeto Rondon, com o objetivo de propiciar ao aluno a vivência em cenários de grande carência social que representam a grande maioria da realidade nacional. O projeto

busca integrar ações assistenciais e coletivas, e de promoção da cidadania, tendo como lócus a Atenção Básica (UNIVALI, 2015).

A amostra intencional se justifica quando os informantes podem melhor responder aos objetivos da pesquisa (GOLDIM, 1997), e neste caso, a intencionalidade buscou identificar como a exposição e relativa identificação com a Atenção Básica influencia na escolha da especialidade médica.

Inicialmente, foram entrevistados dez egressos, por meio de entrevista com roteiro semi-estruturado, até o limite de catorze sujeitos, quando se deu a saturação de dados, justificando a interrupção da coleta de dados (TRIVIÑOS, 1987).

Para análise dos dados, foi utilizada a categoria Estilo de Pensamento, de Ludwik Fleck, buscando identificar, a partir das falas dos entrevistados, os elementos que caracterizam o Estilo de Pensamento na escolha da especialidade médica.

Estilo de Pensamento pode ser entendido como pressuposições com as quais um coletivo de pensamento constrói seu “edifício teórico” (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Fleck se utiliza de alguns elementos para caracterizar o Estilo de Pensamento. Nesta etapa da pesquisa, foram utilizados os elementos: protoideia; modo de ver ou perceber de forma dirigida; o agir de acordo; e sistema de opiniões (FLECK, 2010).

Na teoria de Fleck, as experiências do presente estão ligadas às do passado e estas ligar-se-ão às do futuro – são as chamadas protoideias, esboços históricos evolutivos das teorias atuais que, apesar das variações dos Estilos de Pensamento, mantêm algumas concepções surgidas no passado ou partem delas para seu desenvolvimento, tendo, por conseguinte, grande valor heurístico (FLECK, 2010).

O Estilo de Pensamento tem como raiz uma disposição para ver ou perceber de forma dirigida que é condicionada pelos pressupostos históricos, sociais e culturais de uma comunidade em determinada época (FLECK, 2010). Essa forma de ver gera uma disposição para um sentir seletivo e um agir de acordo (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

A construção do fato científico está intrinsecamente relacionada com essa forma de ver (FLECK, 2010). As teorias que embasam o modo de ver e o agir de acordo, são chamados de sistemas de opiniões, e exercem “força sugestiva” sobre seus membros para um determinado Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

A caracterização dos elementos foi realizada a partir de leitura exaustiva do material transcrito, como realizado em outros métodos qualitativos de análise.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa e aprovado sob parecer nº 1.091.720, e foram respeitadas as diretrizes e normas da resolução CNS 466/2012.

Resultados e discussão

A partir da análise da fala dos entrevistados foram identificados dois Estilos de Pensamento, conforme *Quadro 1*. O mais prevalente, com doze representantes, tem relação com o Estilo de Pensamento Flexneriano, com tendência voltada para a especialidade focal e o mercado liberal, porém, apresentou características de abordagem ampliada dos problemas. De forma contra-hegemônica, em dois representantes foi identificado o Estilo de Pensamento da Atenção Básica, voltado para o sistema público universal.

Quadro 1 – Estilo de Pensamento dos entrevistados, segundo a escolha da especialidade.

	Especialidade escolhida	Estilo de Pensamento
Entrevistado-1	Medicina de Família e Comunidade	Atenção Básica
Entrevistado-2	Medicina de Família e Comunidade	
Entrevistado-3	Clínica Médica	Flexneriano Ampliado
Entrevistado-4	Pediatria	
Entrevistado-5	Ginecologia e Obstetrícia	
Entrevistado-6	Ginecologia e Obstetrícia	
Entrevistado-7	Medicina do Esporte	
Entrevistado-8	Psiquiatria	
Entrevistado-9	Psiquiatria	
Entrevistado-10	Cardiologia	
Entrevistado-11	Pneumologia	
Entrevistado-12	Mastologia	
Entrevistado-13	Ortopedia	
Entrevistado-14	Oftalmologia	

Estilo de Pensamento Flexneriano Ampliado

Dos catorze entrevistados, doze deles (entrevistado 3 ao 14) apresentaram características de pertencimento a um Estilo de Pensamento que tem elementos do modelo Flexneriano e Biomédico e alguns pequenos elementos da Atenção Básica. Por conta das características que serão abaixo descritas, estamos provisoriamente chamando de Estilo de Pensamento Flexneriano Ampliado.

O Estilo de Pensamento Flexneriano Ampliado tem como protoideia a explicação unicausal biológica do processo saúde-doença, desenvolvido a partir do descobrimento da bactéria por Pasteur, no final do século XIX, e corroborado pelos postulados de Robert Kock, que tipificam o rigor do raciocínio mecanicista e a correlação causa-efeito (BARROS, 2012). Essa forma de entender saúde começa a ser denominada de “medicina científica”.

No que se refere à formação, a protoideia deste Estilo de Pensamento, tem suas raízes no Relatório Flexner, publicado em 1910, o qual propunha a reformulação do ensino médico, em bases eminentemente biológicas, centrada objetivamente na doença de forma individual, tendo como lócus o hospital, o que resultava em uma prática mecanicista (CUTOLO, 2001). Esse modelo de educação médica ficou posteriormente conhecido como modelo Flexneriano.

Atribui-se ao modelo Flexneriano a ênfase nas especializações precoces, fragmentando o conhecimento e dificultando a visão holística do paciente (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

A publicação do Relatório Flexner teve como provedora a Fundação Carnegie, que tinha grande interesse no desenvolvimento do complexo médico-industrial, tendo investido cerca de US\$ 300 milhões, no período de 1910 a 1930, para propagar suas ideias (CUTOLO, 2001).

A publicação do relatório Flexner marca a convergência de interesses entre o grande capital, a corporação médica e as universidades, com a institucionalização da “medicina científica” (MENDES, 1985). Desta forma, o relatório também pode ser considerado como protoideia do pensamento mercantil da medicina.

Essa união de interesses culminou no desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde que veio a se tornar hegemônico no mundo e ficou conhecido como Modelo Biomédico.

A primeira característica de pertencimento a este Estilo de Pensamento foi identificada pelo desejo ou escolha de uma especialidade médica focal. O modo de ver é representado pela necessidade expressa de ser especialista focal.

O especialista tem mais reconhecimento do que o clínico (Entrevistado-4).

A gente aprende na faculdade que ser bom médico é ser superespecialista. (Entrevistado-8).

A hegemonia do modelo Biomédico nos serviços de saúde e suas características de fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo e tecnicismo, favorecem a visão para a especialização e superespecialização.

No modelo biomédico, a especialização é justificada pela necessidade de melhor conhecimento das partes. Porém, a especialização leva à fragmentação e faz com que o profissional de saúde se distancie do produto final da sua atividade laboral, sem compromisso com o resultado sanitário (CAMPOS, 2003).

Tal forma de ver a prática médica leva a um agir de acordo, caracterizados pela escolha de residências em especialidades focais demonstrada pelos seus representantes, como mostra o *Quadro 1*. Neste sentido, esse modo de ver se aproxima bastante de sua protoideia.

Essa tendência de valorização da especialidade em detrimento da prática generalista pode ser observada pela implantação do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). A bonificação de 10% dada ao participante sobre a nota em programas de residência tem servido muito mais para o acesso a outras especialidades do que propriamente para a fixação de profissionais na Atenção Básica (FEUERWERKER, 2013).

Outra característica importante identificada que caracteriza o Estilo de Pensamento é a abordagem dos problemas.

Afastando-se um pouco da lógica biomédica, os entrevistados, apesar de optarem pela especialidade focal, demonstraram aspectos que os aproximam de uma visão ampliada dos problemas.

Pra mim não é uma doença apenas. Eu procuro entender o **contexto do paciente**. E a psiquiatria me proporciona isso (Entrevistado-9).

Você não precisa ser médico de família para fazer uma **clínica ampliada** (Entrevistado-5).

Nas falas dos entrevistados apareceram aspectos relacionados com os pressupostos da saúde coletiva, e apesar das limitações que o trabalho

do especialista pode apresentar quando comparado com o do médico de família, as características relatadas podem ajudar o profissional a ser mais resolutivo, especialmente por entender melhor o problema e ainda dar respostas que considerem o cuidado, superando a racionalidade anátomo-clínica do modelo biomédico.

Esse modo de ver ampliado, mesmo a partir das especialidades focais, pode ser confirmado com um agir de acordo que considera o contexto e o cuidado.

A pediatria precisa muito **conversar** como os pais, **dar orientações**. Muitas vezes eles não têm noção porque nunca foram orientados (Entrevistado-4).

Por exemplo, uma gravidez planejada e outra que não foi planejada e é indesejada, **não podem ser conduzidas da mesma forma** (Entrevistado-5).

Um trabalho realizado em uma universidade canadense após uma reforma curricular, passando de um currículo tradicional flexneriano para um currículo baseado na APS, demonstrou que, mesmo optando por especialidades, os médicos formados no currículo baseado na APS eram mais resolutivos que os do currículo tradicional, por agregarem à sua prática pressupostos da APS (TAMBLYN, 2005), o que ratifica a importância da formação a partir da Atenção Básica.

Outra questão que chama a atenção diz respeito às especialidades escolhidas. Apesar de optarem pelas especialidades focais, boa parte deste grupo optou por especialidades mais generalistas. A Clínica Médica, a Pediatria e a Ginecologia e Obstetrícia em alguns países são consideradas especialidades generalistas (LÓPEZ-VALCÁRCEL et al., 2011), o que possibilita um olhar mais ampliado. Além disso, a Medicina do Esporte e a Psiquiatria, apesar de terem focos específicos, também têm características generalistas. A exceção fica com a Cardiologia, Pneumologia, Ortopedia e Oftalmologia, que são especialidades mais focais, ainda que também permitam o olhar ampliado.

Esta abordagem ampliada ou mesmo a escolha de especialidades que permitem um olhar mais generalista, se afastam de sua protoideia Flexneriana, podendo ser considerada um matiz do Estilo de Pensamento Flexneriano clássico.

Estas aproximações e distanciamentos são denominados de matizes de Estilo de Pensamento, na qual existe uma variação do estilo, porém mantem-se a ideia principal (FLECK, 2010).

Porém, apesar de demonstrarem a visão ampliada na abordagem dos problemas em relação ao modelo biomédico tradicional, a opção pela especialidade e a própria visão da profissão, são principalmente relacionadas à boa remuneração, o que os aproxima mais uma vez da protoideia flexneriana-biomédica.

Pode ter um conflito você querendo ajudar as pessoas e **receber por isso**, mas é assim que o mundo tá organizado, você depende de dinheiro. O problema é você colocar o financeiro a frente de tudo (Entrevistado-9).

Com certeza o especialista **ganha mais** que o generalista (Entrevistado-13).

Ainda que exista o desejo de ajudar as pessoas, as escolhas quanto à profissão e especialidade apresentam um importante peso do componente financeiro, conferindo um modo de ver mercantil da profissão médica para este Estilo de Pensamento.

No Brasil, mesmo com a criação do SUS e a proposta de universalização, manteve-se a política de compra de serviços do setor privado pelo setor público, além do funcionamento da rede privada em si. Isso permitiu que a categoria médica se inserisse de diversas maneiras no mercado de trabalho, mesclando assalariamento com formas intermediárias de autonomia profissional (CAMPOS, 2007).

Além disso, sempre existiu forte tencionamento do complexo médico-industrial para o crescimento da mercantilização da saúde (GADELHA, 2003), quadro que persiste até os dias de hoje.

Essa visão liberal é ratificada pelo desejo expresso de inserção futura no mercado de trabalho. Apesar de citarem o trabalho no serviço público, ele é visto apenas como forma de complementação de renda, uma vez que o privado também tem limitações quanto ao retorno financeiro.

Eu me vejo trabalhando na **clínica**, com consultório, tendo uma rotina tranquila, mas trabalhando no **público** também, porque eu acho que a gente **precisa de ambos na questão financeira**. Só o privado não se sustenta (Entrevistado-3).

Essa tendência liberal da medicina também foi identificada na pesquisa de Issa (2013) com alunos do curso de Medicina do Centro

Universitário de Anápolis, que demonstraram a preferência futura em trabalhar no serviço privado, sendo que nenhum apresentou o desejo de trabalhar exclusivamente no público (ISSA, 2013).

Em outra citação, um entrevistado, ao falar sobre o futuro profissional, cita a preocupação com as pessoas em sua escolha.

O meu sonho de profissão é **ter meu consultório** e atender como **ginecologista na Atenção Básica**. Minha vó sempre me dizia para não esquecer o SUS e **dedicar um tempo pra quem precisa e não pode pagar** (Entrevistado-5).

Apesar de destacar o trabalho no sistema público, aparece aqui a noção de estado mínimo, em que o setor público é dedicado aos que não podem pagar, e desta forma também ratifica o pensamento liberal no sentido de que quem tem poder de compra pode usufruir do privado.

Essa noção de estado mínimo aparece em outras falas, quando os entrevistados falam da relação público-privado na saúde.

A grande maioria das pessoas se pudessem **pagariam um plano**. Os médicos também na grande maioria acham **melhor trabalhar no privado**, que tem mais recursos e te permite crescimento (Entrevistado-14).

A visão é de que o setor privado é melhor que o público, tanto no que se refere à qualidade quanto à possibilidade de crescimento profissional, o que em parte explica suas preferências. Porém, o que chama a atenção é que todos os representantes desse Estilo de Pensamento relataram o desejo de dividir seu trabalho entre o privado e o público, sendo este último quase sempre como forma complementar de renda.

A proposta de universalização da saúde por meio do SUS carrega características de um Estado de bem-estar social, inspirado na experiência europeia (OCKÉ-REIS, 2012), porém, na prática, a configuração do estado brasileiro com tendência ao neoliberalismo, aliada à falta de financiamento e interesse do setor privado, faz com que o público seja de baixa qualidade, voltado para a população pobre.

Esse modo de ver especialista liberal é sustentado por um sistema de opiniões, que exerce força sugestiva sobre os membros do Estilo de Pensamento.

Existe a crença de que o especialista é mais competente que o generalista.

As especialidades de maior prestígio hoje são oftalmo e rádio. E sem desmerecer, mas o que a gente escuta, as de menor prestígio são de clínica médica e medicina de família (Entrevistado-13).

Essa crença foi se consolidando a partir da estruturação do Modelo Flexneriano-Biomédico, que ao longo dos anos foi incorporando na atenção médica a dependência de tecnologias de alta densidade. Consequentemente, as especialidades médicas que passaram a ser mais valorizadas foram aquelas que conseguiram mais aporte de tecnologia dura (equipamentos e procedimentos), em detrimento das tecnologias leves (relacionais). Isso tem efeito sugestivo para a necessidade de fazer residência, e de preferência uma especialidade que agregue alta tecnologia e alta remuneração.

Um estudo realizado por Fiore & Yazigi (2005) descreve que a escolha por superespecialidades são mediadas pela agregação tecnológica e pelo monopólio de mercado, influenciada, portanto, pelas ideias neoliberais, fazendo com que as especialidades como Cirurgia, Oftalmologia, Dermatologia e Oncologia, que agregam maior prestígio social e alta remuneração, sejam mais valorizadas que especialidades mais generalistas como a MFC e Pediatria.

Essa valorização do especialista com consequente desvalorização do generalista, de certa forma é legitimada pela própria população.

As mães trazem os filhos aqui na residência e não têm nenhuma coisa importante, é só puericultura porque **não querem fazer com o médico da unidade de saúde**. Elas acham que o especialista é quem resolve (Entrevistado-4).

Esse pensamento de valorização do especialista em detrimento do generalista foi historicamente construído com a própria estruturação dos serviços, com a lógica de que quem atende criança é o pediatra, quem atende gestantes é o obstetra, quem trata do coração é o cardiologista. É a reprodução do pensamento cartesiano e das propostas de Flexner.

Além disso, a carga ideológica vinda da medicina especializada, com a utilização de alta densidade tecnológica, seduz a população e caracteriza a APS como medicina de baixa qualidade, repercutindo no plano político, no qual os maiores investimentos são na atenção

especializada e hospitalar devido à visibilidade política (MENDES, 2012).

Porém, esse excesso de agregação tecnológica trouxe complicações ao modelo biomédico, especialmente no que tange a relação médico-paciente e a personalização na atenção.

A relação médico-paciente não era valorizada. A humanização, acolhimento, clínica ampliada, são coisas que surgiram de um tempo pra cá e devem fazer parte da prática médica de qualquer especialidade hoje (Entrevistado-5).

As novas teorias e novos fatos que vão surgindo são absorvidos pelos Coletivos de Pensamento, reinterpretados e adaptados a sua forma de ver (FLECK, 2010). Esse grupo de entrevistados, diante de suas complicações quanto à humanização e abordagem dos problemas, se apropriou desses fatos, adaptando-os a sua forma de ver (especialista focal).

Essa incorporação de conceitos e práticas da saúde coletiva introduz um novo sistema de opiniões no Estilo de Pensamento Flexneriano, por isso pode ser considerado como matiz do Estilo; e por esse motivo o denominamos de ampliado.

Já a fundamentação do caráter liberal da profissão é sustentada pela própria estruturação de estado mínimo.

Nós precisamos de uma saúde pública forte, mas também de uma medicina privada ou convênio, que desonera o próprio SUS, para aqueles 30% que podem pagar (Entrevistado-11).

Ainda que se pense em uma saúde pública forte, a convivência com o privado, sempre vai gerar um tencionamento do capital para que o público seja de baixa qualidade, favorecendo a compra de serviços dos que podem pagar por eles.

Na lógica neoliberal de estado mínimo, os programas ou políticas governamentais têm apenas caráter compensatório para a população mais pobre, abrindo espaço para as iniciativas neoliberais (CAMPOS; MISHIMA, 2005).

Ainda que a Constituição Federal de 1988 inaugure o direito à saúde e a sua universalização, ela própria garante a complementariedade do setor privado na saúde.

Estilo de Pensamento Da Atenção Básica

Dos catorze entrevistados, apenas dois foram identificados como pertencentes ao Estilo de Pensamento da Atenção Básica.

Este Estilo de Pensamento tem como protoideia as propostas discutidas e sistematizadas em Alma-Ata, em 1978, na I Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, cuja centralidade apontava a saúde como direito humano fundamental (MENDES, 2012).

O documento final da conferência, conhecido como Declaração de Alma-Ata, afirmava que as iniquidades em saúde eram a expressão das desigualdades econômicas e sociais, e que seriam necessárias ações intersetoriais, criação de sistemas nacionais de saúde com base comunitária e efetiva participação social nesse processo (CONNIL, 2008). A sistematização desse modelo posteriormente foi denominada Atenção Primária à Saúde.

Concomitantemente a esse movimento mundial, na década de 1970, inicia-se o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que se opunha à ditadura militar e ao modelo de saúde curativista e não inclusivo adotado pelo governo, discutindo novas possibilidades de práticas de saúde que se aproximavam do conceito de APS de Alma-Ata (CUTOLO, 2006).

A APS no Brasil se concretiza enquanto política em 1994, ainda como proposta seletiva, sob a denominação de Programa Saúde de Família, e posteriormente ampliada como política estruturante de todo o sistema de saúde, então chamada de Atenção Básica (INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2014). Essas propostas dão materialidade à construção de um novo Estilo de Pensamento, que ganham direcionalidade com a publicação das DCN dos cursos de Medicina em 2001, cujo ideário representa a sua protoideia no que se refere à educação médica para a formação generalista e integral (BRASIL, 2001).

A identificação com essas ideias foram caracterizadas nas falas dos entrevistados 1 e 2, cujo modo de ver é de uma visão generalista e ampliada do processo saúde-doença.

A grande maioria dos problemas tem uma causa social, ambiental, emocional, que no final refletem no corpo físico (Entrevistado-1).

Essa primeira fala remete ao sentido primário de integralidade, cuja explicação do processo saúde-doença parte da determinação social, do condicionante ecológico-ambiental e do desencadeador biológico (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

Outro sentido da integralidade que caracterizou esse modo de ver tem relação com a clínica ampliada.

O bom médico não é aquele que conhece todos os protocolos, mas que vai além da doença, e tenta entender o contexto da pessoa que tem o problema (Entrevistado-2).

A clínica ampliada pressupõe a consideração da singularidade e do contexto que envolve o problema (CUNHA, 2004).

A visão ampliada e o exercício desta, na visão dos dois entrevistados, são possíveis no lócus da Atenção Básica.

O conhecimento **do território, das famílias, das pessoas**, é fundamental para que a gente possa responder às necessidades individuais e coletivas (Entrevistado-2).

Ainda que outras especialidades permitam uma visão ampliada do processo saúde-doença, a Atenção Básica propicia de fato conhecer o contexto, pela adscrição de território e longitudinalidade do cuidado, e consequentemente as respostas são mais efetivas.

Além disso, esse modo de ver ampliado é confirmado pelo agir de acordo.

Na Atenção Básica, conhecendo a comunidade e as pessoas, você consegue fazer uma **clínica muito melhor**, consegue fazer **grupos, visitas** (Entrevistado-1).

E consegue pensar no cuidado, na prevenção, na **promoção de saúde**, e é claro, **ter uma boa clínica** (Entrevistado-2).

As falas acima remetem à orientação do processo de trabalho da Atenção Básica, que dentre as atribuições dos profissionais de saúde inclui a visita domiciliar, a realização de atividades coletivas e consultas (BRASIL, 2012).

A prática da integralidade também pode ser identificada na menção sobre as ações integradas de saúde, considerando a promoção, prevenção e recuperação (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

Outra característica desse Estilo de Pensamento identificada nos entrevistados é a visão da medicina como forma de ajudar as pessoas.

Eu até brinco que eu escolhi medicina de família porque eu gosto mais do pacientes do que de qualquer parte deles. Você pode ouvir, conversar, aconselhar, e ajudar as pessoas. Isso é medicina pra mim (Entrevistado-2).

Estudos internacionais demonstram que os médicos que decidem pela MFC geralmente o fazem por questões de relevância social, revelando um perfil mais humanizado e sem preocupação com o prestígio social ou maior remuneração (SCOTT, 2011).

A visão humanizada pode ser confirmada com o modo de ver a organização do setor saúde.

Eu acho que tem que ser público pra todos e com qualidade, porque o privado sempre vai ter aquela coisa de pedir coisas desnecessárias, de ser mediada pela questão do lucro (Entrevistado-1).

Contrariando a visão hegemônica de mercantilização da saúde, o modo de ver é de um serviço público universal e de qualidade, exaltando os malefícios que o interesse mercantil pode causar às pessoas.

O desenvolvimento capitalista do complexo médico-industrial e a consequente mercantilização, têm causado, em diversos países, iniquidades em saúde especialmente pelas grandes desigualdades sociais existentes (BARROS, 2012).

Condizentes com a visão universalista da saúde como expressão do direito, os representantes deste Estilo de Pensamento relatam o desejo de trabalhar eminentemente no serviço público, o agir de acordo.

Eu queria estar trabalhando, lá pra frente assim, numa cidadezinha com até 40 mil habitantes, numa equipe que compreenda o que é ESF e uma gestão que preze pela qualidade e não pela quantidade (Entrevistado-2).

Além do desejo de trabalhar futuramente no serviço público, outro ponto relevante presente na fala diz respeito à qualidade. Além de se tratar de uma questão bioética indiscutível, a qualidade do serviço público é fundamental para a consolidação do SUS enquanto política pública universal, e ainda, como resposta as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011).

Esse modo de ver da Atenção Básica é sustentado por um sistema de opiniões que apresenta a APS como eixo estruturante de um sistema de saúde público e universal, como expressão do direito humano.

Um primeiro aspecto que tem força sugestiva nos membros do Estilo de Pensamento diz respeito à resolubilidade da Atenção Básica.

A gente consegue resolver mais de 85% dos problemas, e isso é possível porque conhecemos nosso território e a comunidade, por isso somos resolutivos (Entrevistado-1).

Existe a crença de que o trabalho na Atenção Básica tem vantagens em relação a outras formas de organização do processo de trabalho. Essa convicção de resolubilidade a partir do reconhecimento do processo de trabalho exerce força sugestiva dentro do Estilo de Pensamento e é sustentada por diversos estudos.

A APS, reconhecidamente, é a estratégia estruturante que obteve melhor impacto positivo nos indicadores de saúde de países com sistemas de saúde universais, apresentando maior eficiência no fluxo dos usuários no sistema, cuidado mais efetivo de condições crônicas, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (STARFIELD, 2002).

Outro aspecto que exerce força sugestiva e que compõe o sistema de opiniões do Estilo de Pensamento da Atenção Básica é quanto ao caráter da medicina.

Tem gente que acha que a gente se priva de status e dinheiro. Isso depende do que tu tem de valores. Eu ganho valorização da comunidade e gratidão das pessoas, que é impagável (Entrevistado-1).

O que sustenta esse modo de ver é a percepção de que ajudar as pessoas está acima da necessidade de obter boa remuneração, posição

oposta do modo de ver flexneriano, que também cita a ajuda as pessoas, porém as escolhas iniciais sempre recaem sobre o financeiro.

Neste sentido, a Medicina de Família e Comunidade no Brasil é uma vertente da medicina cuja atividade cotidiana possibilita a agregação de valor no seu trabalho abstrato (TESTA, 1992). Ela representa uma prática profissional ideológica contra-hegemônica, cujo valor agregado concentra-se principalmente no propósito de ajudar as pessoas, em contraposição ao pensamento mercantil da medicina.

E, por fim, o sistema de opiniões deste Estilo de Pensamento parte do princípio de que saúde é direito de todos e dever do Estado.

Todo mundo tem direito, tá na Constituição. Pra mim é inconcebível pagar pela saúde. Saúde é como poder respirar e andar na rua, é como escola que tem que ser pública pra todos, não pode ser só pra quem não pode pagar (Entrevistado-2).

A sustentação do Estilo de Pensamento é baseada nas premissas de um estado de bem-estar social, com políticas sociais amplas e universais, superando a visão de estado mínimo, de atenção de baixa qualidade para a população pobre.

Essa lógica, em teoria é garantida pela Constituição Federal de 1988, que inaugura um novo modelo de proteção social, incluindo a previdência, a saúde e a assistência como parte da seguridade social, introduzindo a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania (FLEURY, 2009).

Considerações finais

A concorrência de Estilos de Pensamento durante a graduação com racionalidades que divergem quanto ao olhar do processo saúde-doença, abordagem do problema, e no caráter laboral da profissão, ainda apresenta a hegemonia de um Estilo de Pensamento Flexneriano, voltado para a especialidade focal, com forte tendência ao sistema liberal privado.

Porém, a aproximação com o Estilo de Pensamento da Atenção Básica propicia o aparecimento de um matiz do Estilo de Pensamento Flexneriano clássico, no que se refere à abordagem do problema, que pode favorecer uma prática mais ampliada e humanizada.

Outro aspecto que a aproximação com a Atenção Básica pode ter sido determinante, foi quanto a escolha de especialidades focais que permitem uma prática mais generalista, que dentro do Estilo de

Pensamento Flexneriano Ampliado, também podem ser consideradas como matiz generalista.

De forma contra hegemônica, também aparece o Estilo de Pensamento da Atenção Básica, que tem como eixo a Medicina de Família e Comunidade de caráter eminentemente público.

Ainda que a aproximação com a Atenção Básica na graduação, não tenha força suficiente para se tornar escolha hegemônica, ela demonstrou ter bastante importância na formação do perfil do futuro médico, uma vez que a visão ampliada perpassa a Atenção Básica, sendo eixo fundamental para consolidação do SUS como um todo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. J. et. al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o Modelo Biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. (11)1, p. 67-84, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior, 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Homologada em 03/10/2001, Parecer CES 1.133/2001, Resolução CNE/CES Nº 4, de 7/11/2001. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Homologada em 06/06/2014, Parecer CNE/CES nº 116/2014, Resolução CNE/CES Nº 3, de 20/06/2014. Brasília: Ministério da Educação, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.654**, de 19 de julho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB,

denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável- PAB variável. Diário Oficial da União – Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da Integralidade Segundo Perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21(4), p. 1260-1268, jul-ago, 2005.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12(sup), p. 1865-1874, 2007.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n. 1, p.7-27, 2008.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004. 201 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2004.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica**: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. 2001. 227 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, vol. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DA ROS, M. A. **Um drama estratégico** – O movimento sanitário e sua expressão em um município de SC. 1991. Dissertação (Mestrado) – ENSP/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1991.

FEUERWERKER, L. C. M. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.17, n.47, p.929-30, out./dez., 2013.

IORE, M. L. M.; YAZIGI, L. Especialidades Médicas: Estudo Psicossocial. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18(2), p. 200-206, 2005.

FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Tradução: Georg Otte e Marina Camilo de Oliveira. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Maringá, v. 3, n. 14, p.743-752, 2009.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GOLDIM, J. R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre: da Casa, 1997.

INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE.
Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul - Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 2014.

ISSA, A. H. T. M. **Percepções discentes sobre a Estratégia de Saúde da Família e a escolha pela especialidade de Medicina de Família e Comunidade**. 2012. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, 2013.

LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G. et al. **Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil: Projeções para 2020**. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Espanha, 2011.

MAEYAMA, M. A.; CUTOLO, L. R. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arq. Catar. Med.**, Florianópolis, vol. 39, n. 1, p. 89-96, 2010.

MENDES, E. V. **A Evolução Histórica da Prática Médica, Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médica.** Belo Horizonte, PUC/FINEP, 1985.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.

OCKÉ-REIS, C.O. **SUS: o desafio de ser único.** Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 32 (4), p. 492-499, 2008.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. 2007. 300p. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

SCHAFER, L.; SCHNELLE, T. Fundamentação da perspectiva sociológica de Ludwik Fleck na teoria da ciência. In: FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico.** Tradução: Georg Otte e Marina Camilo de Oliveira. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. (p. 1-36).

SCOTT, I. et al. Determinants of choosing a career in family medicina. Canadá. **Canadian Medical Association Journal**, v. 183, n.1, p. 1-8, 2011.

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

TAMBLYN, R. et al. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. **British Medical Journal**, v. 331, 2005.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVALI. **Projeto Pedagógico do curso de Medicina da UNIVALI**. Centro de Ciências da Saúde. Itajaí, 2015.

5.3 ARTIGO 3

Os mecanismos de introdução e regulação na escolha da especialidade médica - estudo de caso **(The introduction and regulation mechanisms in the medical specialty choice - case study)**

Marcos Aurélio Maeyama¹
Marco Aurélio Da Ros²

Resumo: Mesmo com a convergência para a Atenção Primária das políticas de educação e saúde, ainda existe um grande desinteresse dos médicos por esta área de trabalho. Com o objetivo de entender os mecanismos de introdução e regulação que envolvem a escolha da especialidade, foi realizada uma pesquisa de cunho qualitativo, com egressos de um curso de Medicina que tiveram grande aproximação com a Atenção Básica na graduação. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e utilizada a categoria Estilo de Pensamento para análise. Os resultados demonstram a hegemonia do Estilo de Pensamento Flexneriano, motivada especialmente pelos acoplamentos neoliberais. Porém, a experiência com a Atenção Básica propiciou um pequeno movimento de contra-hegemonia com o aparecimento do Estilo de Pensamento da Atenção Básica, e o surgimento de um matiz do Estilo de Pensamento Flexneriano com visão ampliada dos problemas, demonstrando a importância da orientação para a Atenção Básica. A pesquisa conclui ainda a necessidade de desmercantilização do setor para a consolidação do SUS enquanto política pública ampla.

Palavras-chave: Educação Médica; Atenção Básica à Saúde; Sistema Único de Saúde; Residência Médica.

Abstract: Even with the convergence for Primary Health Care in health and education policies, there is still a great lack of interest by the doctors

¹ Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho pela UNIVALI. Doutorando no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública. Doutor em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

for this area of work. In order to understand the introductions mechanisms e regulations surrounding the specialty choice, a qualitative research was carried out with medical school graduates that had great approach do the Primary Health Care at graduation. Semi-structured interviews were conducted and used the Thought Style category for analysis. The results showed the hegemony of the Thought Style, especially motivated by the neoliberal couplings. However, the experience with it led to a small counter-hegemony movement with the emerge of the Thought Style of Primary Health Care, and the emergence of a Flexnerian's Thought Style opinion with a broader view of the problems, demonstrating the importance of guidance for the Primary Health Care. The research also concludes the need for a denationalization of the sector to the setting of the Unified Health System as a broad public policy.

Keywords: Education, Medical; Primary Health Care; Unified Health System; Internship and Residency.

Introdução

A publicação em 2001 das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em medicina definia como novo perfil um médico generalista apto para atuar a partir da integralidade da atenção (BRASIL, 2001).

O objetivo das DCN era responder as novas demandas de formação para a saúde, que correspondia à estruturação da Atenção Básica como eixo do Sistema Único de Saúde, num contexto de formação cuja referência era o Modelo Flexneriano.

A partir desta determinação legal, em meio a avanços e resistências, as instituições de ensino iniciaram processos de mudanças buscando atender as DCN. Já no âmbito dos serviços, uma das maiores dificuldades encontradas para a consolidação da Atenção Básica no país concentra-se na carência de profissionais em quantidade e qualidade (BRASIL, 2013), mesmo com a criação de programas de provimento como o Programa da Valorização da Atenção Básica (PROVAB) em 2011, e o Projeto Mais Médicos em 2013. E ainda, os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade não têm conseguido preencher suas vagas (CARVALHO; SOUZA, 2013).

Neste cenário, o presente trabalho buscou identificar o contexto que envolve a escolha da especialidade médica, com seus mecanismos de introdução e regulação.

O estudo foi realizado com egressos do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), que participaram ativamente de projetos envolvendo a Atenção Básica, portanto, com importante exposição, buscando entender em que medida isso influencia em sua formação e em suas escolhas profissionais.

Metodologia

Este artigo constitui parte de uma tese de doutorado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja opção pelo método se deu pela possibilidade da busca de significados, motivações, crenças, aspirações, valores e atitudes, que permitem a compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (MINAYO, 2007).

O curso de Medicina da UNIVALI (Itajaí) descreve em seu Projeto Pedagógico um perfil alinhado com as DCN. Tem histórico de participação no PRÓ-Saúde e no PET-Saúde e possui Projeto de Extensão denominado Projeto Sérgio Arouca, todos com vistas à mudança na formação, e ênfase na Atenção Básica (UNIVALI, 2015).

O Projeto Sérgio Arouca, inspirado no Projeto Rondon, tem o objetivo de propiciar a vivência em realidades distintas, integrando ações assistenciais, coletivas e de promoção da cidadania, tendo como eixo a integralidade (UNIVALI, 2015).

Para a amostra da pesquisa, foram eleitos egressos do curso de Medicina da UNIVALI, do período entre 2012 e 2015, que participaram de pelo menos três edições do Projeto Sérgio Arouca. Trata-se, portanto, de amostra intencional, cuja premissa é de que determinados sujeitos podem melhor responder as questões de pesquisa (GOLDIM, 1997). As informações sobre os sujeitos foram fornecidas pela coordenação do curso.

Inicialmente, foram entrevistados dez egressos e partir dos achados preliminares, foram eleitos mais quatro sujeitos, quando se deu a saturação de dados (TRIVIÑOS, 1987), possibilitando a suspensão da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, favorecendo a discussão com maior profundidade (TRIVIÑOS, 1987).

Para análise dos dados, foi utilizada a categoria Estilo de Pensamento, de Ludwik Fleck, buscando identificar os mecanismos de introdução e regulação que envolvem escolha da especialidade médica, utilizando alguns elementos que compõem o Estilo de Pensamento: acoplamentos, coerção de pensamento; educação; classismo; harmonia

das ilusões; complicações; incomensurabilidade; e tráfegos intercoletivos, que serão descritos concomitante a apresentação de resultados (FLECK, 2010).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa e aprovado sob parecer nº 1.091.720, e desenvolvido seguindo as diretrizes e normas da resolução CNS 466/2012.

Resultados e discussão

A primeira etapa da pesquisa, discutida em outro artigo, identificou dois Estilos de Pensamento.

Estilo de Pensamento pode ser entendido como pressuposições com as quais um coletivo de pensamento (unidade social de um campo determinado) constrói seu “edifício teórico” (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

O estilo mais predominante, com doze representantes, apresentou características do Modelo Flexneriano, voltado para a especialidade focal, com forte tendência liberal, porém apresentou também características que se aproximam de uma abordagem ampliada, por este motivo foi denominado de Estilo de Pensamento Flexneriano Ampliado.

De forma contra-hegemônica, com dois representantes foi identificado o Estilo de Pensamento da Atenção Básica, voltada para a prática generalista e para o sistema público universal.

Este artigo se dedica a discutir os mecanismos de introdução e regulação que interferiram nestas escolhas, num contexto específico de alunos que tiveram grande aproximação com a Atenção Básica na graduação.

A escolha de Medicina

Uma das questões que podem interferir futuramente na escolha da especialidade médica é o motivo da escolha pelo curso de Medicina.

Entre os catorze entrevistados, as respostas mais mencionadas para a escolha da profissão foram as seguintes: desejo de ajudar as pessoas (nove vezes); aspecto financeiro (cinco vezes); reconhecimento profissional (três vezes); concorrência do curso no vestibular (três vezes); e influência familiar (duas vezes). Vejamos as falas mais representativas.

Aquelas coisas românticas de adolescente de mudar o mundo. A medicina me parecia uma forma de **ajudar pessoas**, e foi na época que eu comecei

a ler o livro mais emblemático da minha vida “Veias Abertas da América Latina” (Entrevistado-2).

A escolha de ajudar as pessoas e melhorar a sociedade tem um embasamento de uma visão socialista, referenciado pelo livro citado. Essa referência de escolha pode ser um aspecto importante, pois uma das entrevistadas, apesar de mencionar a escolha pelo mesmo motivo, chama atenção para uma resposta padrão.

Eu tinha essa vontade, parece até meio **clichê**, de realmente ajudar as pessoas (Entrevistado-4).

Não fazendo referência a esta fala especificamente, mas a resposta de ajudar as pessoas é a politicamente mais correta, pois a medicina carrega uma carga histórica de profissão humanitária, porém, em contrapartida também é das que melhor remunera, o que também acaba sendo uma das motivações na escolha da profissão.

Eu sempre identifiquei a medicina como um ato de cuidar das pessoas e por isso escolhi o curso. Além disso, não vou negar que o financeiro, o reconhecimento da profissão, também influenciaram (Entrevistado-5).

Essa aparente dualidade entre o ato de cuidar e o benefício financeiro, tem relação com o que Fleck chama de acoplamento (FLECK, 2010).

Os acoplamentos ativos correspondem às condições em que os fatos acontecem relacionados à fatores históricos, sociais e culturais. Já os acoplamentos passivos são como consequências dos acoplamentos ativos, aquilo que é percebido de forma natural (FLECK, 2010).

No contexto da pesquisa, a sociedade capitalista em que vivemos (acoplamento ativo) faz com que as escolhas profissionais tenham motivação financeira (acoplamento passivo).

Outras escolhas citadas, como reconhecimento da profissão, concorrência no vestibular, também carregam valores do seu produtor, o capitalismo, na qual a competição e o mérito são elementos norteadores da sociedade, portanto, também podem ser considerados como acoplamentos passivos.

Por vezes, o acoplamento ativo tem tamanha força sugestiva que os acoplamentos passivos são tidos como naturais, e, portanto, deixa de ser contraditório ajudar as pessoas e ter um benefício financeiro.

Outras falas evidenciam a força sugestiva dos acoplamentos.

Além da mensalidade, tinha transporte, apartamento, alimentação. Foram meses apertados. Se não tivesse saído o FIES, não ia dar. É uma dívida grande, mas acho que vale a pena pelo retorno (Entrevistado-5).

Para muitos, fazer o curso de medicina é bastante oneroso, pois as vagas em universidades públicas são reduzidas e extremamente concorridas, e isso é visto como natural, educação não é direito (acoplamento passivo), o pensamento de estado mínimo, vale o mérito, ainda que as condições de acesso sejam totalmente desiguais.

Estado mínimo refere-se à organização do estado neoliberal, a qual as políticas governamentais têm apenas um caráter compensatório direcionado para a população mais pobre, e no geral com serviços de baixa qualidade, abrindo espaço para a iniciativa privada (CAMPOS; MISHIMA, 2005).

Desta forma, ingressar num curso de Medicina em universidades particulares, é um custo bastante alto, e neste contexto, é considerado um investimento e para tal, espera-se um retorno, o que futuramente pode influenciar nas escolhas quanto à especialidade.

A formação como forma de introdução nos Estilos de Pensamento

Para Fleck (2010), a aprendizagem é marcada por uma sugestão de pensamentos puramente autoritária, a partir dos pressupostos de quem ensina, ou seja, a partir de seu Estilo de Pensamento. Toda introdução didática é uma suave coerção para dentro de um Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

A matriz curricular do curso é dividida em disciplinas entre o ciclo básico, ciclo clínico e internato médico. As disciplinas do ciclo clínico são divididas nas grandes áreas médicas: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade, e Pediatria.

Ainda que as DCN de 2001 sugiram a inclusão destas grandes áreas na organização do curso (BRASIL, 2001), a estrutura disciplinar é fragmentadora, segue as ideias propostas por Flexner (CUTOLO, 2001).

Neste formato de organização curricular a Medicina de Família e Comunidade (MFC) é entendida como mais uma especialidade, porém, de caráter generalista, e não como eixo da formação. De certa forma, isso já gera uma coerção de pensamento para o modo de ver de especialidade focal.

Fleck afirma que o percebido é experienciado a partir do coletivo de pensamento, que realiza a intermediação através da coerção exercida no pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Isso é evidenciado nos conteúdos desenvolvidos e nos cenários de prática que privilegiam a lógica da especialidade, com exceção da MFC, como já dito, que por si é de cunho generalista, como demonstra a fala abaixo.

O que faltava para as disciplinas era pensar na prática do dia-a-dia. Era muito cenário de especialidade, coisas que você acaba não fazendo como clínico, com exceção da MFC e um pouco da Ginecologia/Obstetrícia (Entrevistado-5).

A fala acima contraria o projeto pedagógico do curso que tem o objetivo de formar um profissional generalista. Com exceção da MFC, as disciplinas privilegiam a formação para a especialidade focal, com ocorrência do currículo oculto, de acordo com os Estilos de Pensamento dos docentes.

O currículo oculto pode ser entendido como um conjunto de atitudes e valores que são transmitidos de forma subliminar, por meio de regras, práticas, relações hierárquicas e a forma de organizar o espaço e as práticas no ambiente de aprendizagem (BRASIL, 2007).

O modo de ver o processo saúde-doença majoritariamente é baseado na queixa-conduta, e mais uma vez com a exceção da MFC, que considera o contexto.

Eu gostei mais da MFC porque não ficamos apenas na queixa-conduta. Você busca entender o que está acontecendo e os recursos para solucionar o problema. Nas outras disciplinas é queixa-conduta mesmo (Entrevistado-9).

A MFC apresenta um modo de ver baseado no princípio da integralidade, próprio da Atenção Básica, e já nas demais disciplinas a racionalidade é estritamente biomédica.

Essa concorrência de estilos gera uma coerção de pensamento no iniciante que ainda apresenta um ver inicial confuso, pouco claro, não

orientado, com disposições contraditórias de vários estilos (FLECK, 2010).

Segundo Fleck (2010), esse processo de introdução a um Estilo de Pensamento é baseado na confiança dos iniciantes nos iniciados (professores) e disciplinas que estejam bem organizadas, podem ter importante papel na coerção de pensamento para um determinado Estilo de Pensamento.

Na opinião dos entrevistados a disciplina de MFC é uma das mais organizadas, na qual o aprendizado é mais significativo. Dos catorze entrevistados, oito consideram a MFC como a melhor disciplina, em seguida a Ginecologia/Obstetrícia com quatro citações.

Apesar dessa predileção pela disciplina de MFC, a maioria dos entrevistados relatou que a vivência nas disciplinas e o exemplo dos professores, pouco influencia na escolha da especialidade. Porém, relatam que o exemplo dos professores, tem bastante importância nas características profissionais, como demonstra a fala abaixo.

A formação influencia muito mais no tipo de profissional que você vai ser do que na escolha de uma especialidade. A gente vai tirando características boas de cada um (Entrevistado-7).

Ainda que não influencie diretamente na escolha da especialidade, os professores exercem um aprendizado indireto, na qual valores, atitudes e comportamentos tornam-se subprodutos do contato com professores (LAMPERT, 2009).

Outro aspecto investigado que poderia indicar uma coerção de pensamento nos alunos entrevistados foi quanto às experiências positivas e marcantes na faculdade. As mais citadas foram o Projeto Sérgio Arouca (onze entrevistados) e a disciplina de Semiologia (cinco entrevistados).

A semiologia é bastante lembrada pela oportunidade de ter o primeiro contato com o paciente, porém, esse fato em si, exerce baixa coerção de pensamento para a introdução a uma especialidade médica. Já o projeto Sérgio Arouca parece exercer uma coerção de pensamento para o Estilo de Pensamento da Atenção Básica.

É uma **visão mais humanizada**. Lá, você aprende a enxergar a **necessidade das pessoas**, não focando apenas na doença, como na faculdade, mas o **contexto** da pessoa (Entrevistado-8).

No projeto vamos além da prescrição, pensando no **cuidado** do paciente, como por exemplo, **oficinas de culinária** para diabéticos e hipertensos, **rodas de conversa** (Entrevistado-5).

As falas evidenciam conceitos e práticas da Atenção Básica, acima destacadas, indo ao encontro dos eixos de mudança propostos pelo PRÓ-Saúde, com reorientação do processo saúde-doença, ênfase na Atenção Básica, e metodologia problematizadora (BRASIL, 2005).

Outro assunto já abordado, que se refere ao caráter da medicina, pode tanto ser evidenciado quanto negligenciado durante a graduação. É também um processo de coerção de pensamento para um Estilo.

No curso não se discute o papel social do médico, talvez um pouco na ética e na MFC (Entrevistado-8).

A falta de discussão no curso sobre o papel social do médico, não sensibiliza para a uma prática altruísta. Já a postura dos profissionais e a própria organização dos cenários, favorecem uma visão mais mercantil da saúde, como demonstra as falas abaixo.

Tem professores que trabalham no público e no privado e a gente acaba acompanhando os dois. É notório como alguns tratam os pacientes do particular melhor. E a estrutura no mesmo hospital da ala pública para a particular também é muito diferente (Entrevistado-8).

A prática docente e a organização dos espaços exercem uma coerção de pensamento de que o público é menor, e o privado de melhor qualidade, portanto, enfatizam a visão mercantil e de estado mínimo.

Como afirma Testa (1982), nos países capitalistas, a sua lógica de organização social (mercantil) passa a dominar a mente humana, e transforma um determinado objeto (a prática médica), a ponto de ser completamente diferente pelo motivo o qual foi criado (ajudar as pessoas).

Este modo de ver liberal modifica e interfere nas escolhas profissionais, como demonstra a fala abaixo.

O problema de seguir carreira na MFC é que você fica dependendo do governo, não tem opção do

particular, como nas outras especialidades (Entrevistado-12).

O Estilo de Pensamento da Atenção Básica demonstra ter pouca força coercitiva no que se refere ao caráter público da saúde. Ele parece ter maior influência na abordagem do problema e na relação médico-paciente.

Eu pegava aquilo que a gente aprendeu na MFC para tentar aplicar nas outras disciplinas, entender o contexto, e como isso influencia no problema (Entrevistado-7).

A forma como a graduação é organizada, ainda que tenha um forte direcionamento para a Atenção Básica, parece ter pouca potência para influenciar na escolha.

O problema não é durante a faculdade. A maioria prefere a disciplina de MFC. Dá pra ver isso no optativo, que muita gente faz MFC, mas não escolhe depois (Entrevistado-1).

Um estudo realizado em um curso de Medicina após mudança curricular, com utilização de metodologias ativas e inserção na Atenção Básica desde os primeiros períodos, demonstrou que a mudança pouco influenciou na escolha da especialidade, mantendo o cenário de desvalorização do médico de família (COSTA et al., 2014).

Portanto, um primeiro filtro que o modo de ver liberal predominante realiza, é a separação de especialidades que podem ter um caráter eminentemente público (MFC) e especialidades que possibilitam inserção mista no mercado de trabalho (todas as outras especialidades), conforme o *Quadro 1*.

Quadro 1 – Estilo de Pensamento dos entrevistados, segundo a escolha da especialidade.

	Especialidade escolhida	Estilo de Pensamento
Entrevistado-1	Medicina de Família e Comunidade	Atenção Básica
Entrevistado-2	Medicina de Família e Comunidade	
Entrevistado-3	Clínica Médica	

Entrevistado-4	Pediatria	Flexneriano
Entrevistado-5	Ginecologia e Obstetrícia	
Entrevistado-6	Ginecologia e Obstetrícia	
Entrevistado-7	Medicina do Esporte	
Entrevistado-8	Psiquiatria	
Entrevistado-9	Psiquiatria	
Entrevistado-10	Cardiologia	
Entrevistado-11	Pneumologia	
Entrevistado-12	Mastologia	
Entrevistado-13	Ortopedia	
Entrevistado-14	Oftalmologia	

O fato da disciplina de MFC ser considerada a mais organizada e com melhor aproveitamento de aprendizagem, e ainda, o fato do Projeto Sérgio Arouca ser considerado um dos marcos da formação, demonstram que os acoplamentos, num primeiro momento, são mais decisivos do que a educação na escolha da especialidade médica, pois dos catorze entrevistados, somente dois optaram pela MFC como especialidade.

As motivações diretas da escolha da especialidade médica

Quando perguntados pelo motivo de suas escolhas pela especialidade, a resposta mais prevalente foi a identificação com a especialidade sendo citada por nove entrevistados.

Essa relação pela identificação com a especialidade pode ser confirmada pelas suas próprias escolhas, pois além dos que optaram pela MFC, a grande maioria não optou por especialidades consideradas como de melhor remuneração, decidindo pela Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina do Esporte e Psiquiatria. Neste sentido, talvez o modo de ver da Atenção Básica na graduação, possa ter exercido algum tipo de coerção, pois estas especialidades apresentam um caráter mais generalista se comparados com outras consideradas como superespecialidades, e desta forma, permitem uma visão e uma prática mais ampliada, podendo ser um indicativo de matiz do Estilo de Pensamento Flexneriano Ampliado.

As falas abaixo demonstram essa visão mais generalista mesmo quando da escolha por especialidades focais, e ainda, que a identificação com a especialidade parece ter relação com os tráfegos intercoletivos, que por sua vez interferem na escolha por uma determinada especialidade.

A escolha por GO foi muito pelo gosto pela obstetrícia, eu sou apaixonado, **me emociono a cada parto**. Além disso, a ginecologia permite uma **atuação muito ampla** e eu **quero fazer um pouco de tudo** (Entrevistado-5).

Eu sempre gostei e pratiquei muito esporte, **sou fascinado por esporte**. É uma área que trabalha com a **promoção de saúde, com a prevenção, com tratamento e reabilitação** (Entrevistado-7).

Os indivíduos vivem ao mesmo tempo a vida cotidiana, a profissional, a religiosa, a política e ainda a científica em alguns casos, ou seja, pertencem a vários coletivos de pensamento, que por vezes apresentam contradições entre si. Esses tráfegos intercoletivos com valores e crenças distintas, propiciam transformações ou mudanças de Estilo de Pensamento (FLECK, 2010).

Fazer esportes, pertencer à determinada família, participar de grupos sociais de qualquer natureza, pode interferir neste caso, na escolha por uma determinada especialidade.

Em pesquisa realizada com médicos de diversas especialidades, os autores concluem que a escolha pela profissão e pela especialidade podem ser influenciadas pelas suas experiências ao longo da vida (FIORE; YAZIGI, 2005).

Portanto, depois do primeiro filtro de não escolher pela MFC, explicados pelos acoplamentos, os tráfegos intercoletivos parecem ter importante influência na escolha da especialidade deste grupo estudado.

O estilo de vida foi o segundo motivo mais citado como determinante na escolha da especialidade com sete menções, e ele também pode ser considerado como produto de possíveis tráfegos intercoletivos, pois representa a biografia da pessoa com seus planos futuros.

O que me levou a fazer psiquiatria, é que eu trabalhei no PSF e era muito prevalente os problemas de saúde mental e eu percebia que muita coisa se resolvia com uma boa conversa. Apesar da

remuneração ser inferior à de outras áreas, pensei no estilo de vida (Entrevistado-8).

Essa fala reforça o peso dos acoplamentos na decisão de não optar pela Atenção Básica, mesmo com a experiência vivida. Enfatiza mais uma vez a escolha por afinidade e a visão de abordagem ampliada, e ainda, a consideração pelo estilo de vida, evidenciando a força dos tráfegos intercoletivos.

Já no caso de quem escolhe a MFC como residência, os tráfegos intercoletivos parecem ser mais fortes que os acoplamentos.

A minha família é espírita, então eu convivi com muitos grupos voluntários e serviços sociais. Então isso também ajudou na hora de decidir (Entrevistado-2).

Eu sempre fui muito de ter um cantinho meu. E a MFC me traz isso, de poder conhecer quem eu acompanho, de dar e ganhar um abraço (Entrevistado-1).

Estas falas demonstram que o pertencimento à outros coletivos de pensamento, que possuem outros pontos de vista, podem ter força sugestiva, que superem a força dos acoplamentos.

A questão financeira foi mencionada por cinco entrevistados, ratificando também a força dos acoplamentos passivos. Porém, ela sempre foi citada com alguma outra motivação.

A literatura diverge bastante quanto ao que é mais determinante na escolha da especialidade. Um estudo realizado por Corsi et al. (2014) identificou a qualidade de vida e o retorno financeiro como os mais importantes. Na pesquisa de Cruz et al. (2010), a afinidade com a especialidade e estilo de vida foram os mais citados.

Por outro lado, quando a pergunta se referia à opinião de como os seus colegas escolhiam a especialidade, citaram principalmente a questão financeira aparecendo em treze falas, seguida da identificação pela especialidade e estilo de vida que a especialidade proporciona, ambas com cinco citações.

Essa percepção vai ao encontro do estudo realizado por Fiore & Yazigi (2005), que afirmam que as escolhas de superespecialidades são mediadas pelas ideias e interesses neoliberais, o que faz com que especialidades como Cirurgia, Oftalmologia, Dermatologia e Oncologia,

sejam mais valorizadas e melhor remuneradas que as de cunho generalista como Pediatria e MFC.

Esta discordância entre o que os entrevistados referiram como determinantes para suas escolhas, com as que atribuíam para escolha de seus colegas, sugere que a convivência mais intensa com o Estilo de Pensamento da Atenção Básica na graduação possa ter tido alguma influência em suas escolhas.

Os mecanismos de regulação dos Estilos de Pensamento

Outros elementos que compõem o Estilo de Pensamento podem ajudar a compreender melhor o entendimento dos fatos.

Um Estilo de Pensamento apresenta fases características: a época clássica, na qual os fatos percebidos se encaixam com exatidão em suas teorias, e a época das complicações, na qual se toma consciência das exceções (SCHAFFER; SCHNELLE, 2010).

Quanto mais organizados são os Estilos de Pensamento com seus sistemas de opiniões, mais “força sugestiva” eles possuem sobre seus membros para tornar imperceptível a dependência de utilização de seus pressupostos, ao que Fleck denomina harmonia das ilusões (SCHAFFER; SCHNELLE, 2010).

A harmonia das ilusões ocorre diante de qualquer contradição às ideias do Estilo de Pensamento, ora descartando problemas que não se encaixam ou não são explicados pelo Estilo, ora realizando uma reinterpretção dos fatos para adequação ao seu Estilo, gerando tendência à persistência do seu sistema de opiniões (FLECK, 2010).

Quando os deslocamentos de significados dos conceitos são muito consideráveis entre membros de coletivos diferentes, sua compreensão/comunicação se torna impossível; nessa situação, estamos diante da incomensurabilidade das teorias (FLECK, 2010). Porém, quando as diferenças entre os Estilos não apresentam limites precisos de distanciamentos ou proximidades, elas são chamadas de matizes de um Estilo de Pensamento (FLECK, 2010).

Uma das questões bastante relevantes para a introdução, pertencimento ou manutenção de Estilo de Pensamento são as complicações.

Dos catorze entrevistados, nove deles tiveram experiências profissionais na Atenção Básica, sendo dois na Residência de Medicina de Família e Comunidade, três pelo PROVAB, e quatro por vínculo formal de trabalho. Com exceção de um deles, todos relataram ter gostado

da experiência, apesar das muitas complicações relatadas, porém, somente os que fazem a residência pretendem seguir na Atenção Básica.

Todos os entrevistados que trabalharam na Atenção Básica relataram problemas. Os mais citados referem-se ao excesso do número de pessoas por área de abrangência, falta de suporte de atenção especializada, falta de medicamentos, limite para solicitação de exames, interferência política, gestão desqualificada, ausência de plano de carreira, estrutura física inadequada e precarização no vínculo de trabalho.

Este conjunto de complicações não exerce coerção de pensamento para o Estilo de Pensamento da Atenção Básica, pelo contrário, ele reforça o pensamento de estado mínimo, já construído na graduação e agora constatado na prática, reforçando, portanto, o Estilo de Pensamento Flexneriano.

Estudo realizado por Gervas & Fernández (2011) visitando diversas equipes de Atenção Básica no Brasil, apontou que existem carências de infraestrutura, falta de profissionalização da gestão, precarização das relações de trabalho, limitação da oferta de serviços e subfinanciamento, o que ratifica a percepção dos entrevistados.

Além da questão estrutural outra complicação relatada por um dos entrevistados é quanto a não exigência de titulação para o trabalho na Atenção Básica.

O fato de todo ano entrar uma enxurrada de médicos recém-formados para trabalhar na Atenção Básica sem exigência de especialização, desestimula a alguém querer fazer residência em MFC (Entrevistado-8).

Essa não exigência de qualificação específica para o trabalho do médico na Atenção Básica (o que não ocorre em outras áreas da medicina), de certa forma desvaloriza a residência, o especialista e a própria profissão de médico de família e comunidade.

Vale a ressalva que muitos países que hoje têm um sistema de saúde consolidado baseado na Atenção Primária, como Canadá e Inglaterra, também iniciaram suas construções com médicos generalistas sem formação específica e durante seu desenvolvimento foram qualificando o processo (MELLO et al., 2009).

Outra grande complicação para a consolidação da Atenção Básica são as desigualdades regionais e sociais Brasil afora.

A cidade tem que ser atrativa pro médico, uma boa escola pro filho. Essas coisas dificultam (Entrevistado-7).

Os acoplamentos passivos oriundos do neoliberalismo, leia-se aqui desigualdades regionais, são extremamente complexos, pois extrapolam o setor saúde, portanto, mais difíceis de serem solucionados. Ainda que haja planos de carreira com incentivos financeiros de interiorização, a estrutura social local pode ser uma grande barreira para provimento e fixação de profissionais.

Isso pode ser comprovado por uma pesquisa realizada por Oliveira & Alves (2011) com alunos de treze cursos de medicina, que revelou que somente 5% pretendem trabalhar em municípios pequenos, justamente onde estão as maiores carências de médicos.

A harmonia das ilusões ainda pouco aparece no discurso do Estilo de Pensamento da Atenção Básica, pois as complicações são bastante evidentes para ter poder sugestivo sobre seus membros para negar ou reinterpretar os fatos, e por este motivo ainda não atingiu seu período de classismo.

Já o Estilo de Pensamento Flexneriano pela sua hegemonia e pelo poder sugestivo que exerce sobre seus membros, diante das complicações, reinterpreta ou nega os fatos ao seu modo de ver.

Uma complicação superada pelos representantes do Estilo de Pensamento Flexneriano é quanto à abordagem baseada na lógica queixa-conduta própria do modelo biomédico.

Às vezes a resposta não está no último consenso, no último guideline (Entrevistado-11).

Eu aprendi no projeto que tu sempre deve tentar ir um pouco mais à fundo, entender o contexto do problema, e pra isso não tem protocolo (Entrevistado-11).

Diante desta complicação relatada na primeira fala, a reinterpretação do fato, possibilitou uma mudança no seu próprio estilo, propiciando uma abordagem ampliada, que foi relatada pelos representantes deste estilo, independente da especialidade escolhida.

Essa transformação pode ser considerada um matiz do Estilo de Pensamento Flexneriano clássico, pois apesar de manter a opção pela especialidade focal, agregou a prática da clínica ampliada, adaptada ao

seu Estilo, por este motivo chamamos de Estilo de Pensamento Flexneriano Ampliado.

Outras complicações são negadas e justificadas pelo Estilo de Pensamento Flexneriano. Aqui aparece mais fortemente a harmonia das ilusões.

O problema maior é a distribuição, não é a falta de médicos. Nas grandes cidades está saturado em várias áreas, e falta médico no interior do país. Vi isso na mídia e num estudo do CFM (Entrevistado-8).

Uma das maiores dificuldades encontradas para se atingir a cobertura universal da Atenção Básica no Brasil é a quantidade insuficiente de médicos, com a proporção de 1,8 médicos por mil habitantes, inclusive bem abaixo de países como Argentina e Uruguai, que apresentam respectivamente uma relação de 3,2 e 3,7 médicos por mil habitantes (BRASIL, 2013).

Já dados do estudo “Demografia médica no Brasil” realizado em 2013 pelo Conselho Federal de Medicina, apontam que o principal problema não é a falta de médicos, e sim a distribuição desigual pelo país (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

Ainda que exista de fato o problema de distribuição desigual, a falta de médicos também é verdadeira. A visão corporativista exerce forte coerção de pensamento nos seus membros.

As maiores incomensurabilidades entre os dois Estilos residem especialmente quanto ao caráter da medicina. Isto fica evidenciado na discussão quanto ao Programa Mais Médicos, especialmente com a vinda de médicos estrangeiros.

Eu acho que finalmente a gente está virando mais um. O CRM me dá nos nervos com esse mimimi de desvalorização do médico. E que bom que vem gente de fora e vai pra lugares que ninguém quer trabalhar (Entrevistado-1).

O modo de ver do Estilo de Pensamento da Atenção Básica é baseado nas necessidades das pessoas, demonstrando uma visão de coletividade e solidariedade com a população. Já a visão do Estilo de Pensamento Flexneriano tem posição contrária ao programa, com um modo de ver corporativista baseado na reserva de mercado.

Eu vejo a profissão muito desvalorizada hoje, por conta dos conflitos com o governo, principalmente em relação ao Mais Médicos, que todos foram contra (Entrevistado-11).

O fato mais gritante desta incomensurabilidade é que quem defende o programa e a vinda de médicos estrangeiros é exatamente quem ocupa este espaço de trabalho (MFC), que na lógica corporativista seria uma concorrência. Por outro lado, quem é contra neste caso, sequer vai ocupar tal espaço de trabalho por ter escolhido uma especialidade focal.

Testa (1992) afirma que a medicina nos países de capitalismo avançado, tem uma maneira particular e distorcida de enxergar seus objetivos, e que seus êxitos estão mais interessados na prática médica em si, do que propriamente nas necessidades reais dos pacientes.

Esta visão corporativista em contraposição a visão de necessidades das pessoas tem como pano de fundo outra incomensurabilidade já destacada nas falas anteriores quanto à visão de saúde como bem de consumo ou como direito. O Estilo de Pensamento Flexneriano se apoia na composição de estado mínimo e o Estilo de Pensamento da Atenção Básica numa organização de estado de bem-estar social.

Esta visão de estado de bem-estar social se aproxima de um dos conceitos descritos por Esping-Andersen (1991) na qual o Estado social-democrata é provedor de proteção social, garantido mediante direitos universais de cidadania, realizado por meio de políticas sociais amplas que garantam a segurança social dos cidadãos e a diminuição das desigualdades.

Porém, neste contexto de disputas de estilos, alguns fatos demonstrados na pesquisa apontam que o Estilo de Pensamento Flexneriano ainda passa por um período de classismo.

O primeiro é evidenciado na própria escolha majoritária pelas especialidades médicas focais em detrimento da MFC.

Um segundo aspecto que chama a atenção é a vinculação da opinião pública com as ideias do Estilo de Pensamento Flexneriano, que em última instância é quem legitima suas práticas e seu estilo, evidenciado nas falas abaixo.

As pessoas preferem ir ao pronto atendimento ou hospital, mesmo para as coisas mais simples (Entrevistado-5).

As mães querem que seus filhos sejam atendidos pelo pediatra (Entrevistado-4).

Outro fato que reforça o classismo do Estilo de Pensamento Flexneriano são as próprias complicações do Estilo de Pensamento da Atenção Básica.

Considerações finais

A experiência positiva na Atenção Básica durante o processo de graduação se mostrou bastante importante no processo de formação destes alunos de medicina.

Na concorrência de Estilos de Pensamento, ainda prevaleceu a hegemonia do Estilo de Pensamento Flexneriano na escolha da especialidade médica. Porém, algumas questões merecem destaque. Ainda que não seja tão expressivo estatisticamente, dois dos entrevistados decidiram pela Medicina de Família e Comunidade, demonstrando um movimento de contra-hegemonia.

Um segundo aspecto é que os que optaram pelas especialidades focais, demonstraram uma visão ampliada na abordagem dos problemas, se distanciando do Estilo de Pensamento Flexneriano clássico, por isso denominado de Ampliado. E ainda, destes entrevistados que escolheram pelas especialidades focais, a grande maioria ainda optou por especialidades que proporcionam uma prática mais generalista se comparado com outras de caráter superespecializado, o que aponta para um matiz do próprio Estilo de Pensamento Flexneriano Ampliado.

O que parece definir pela recusa de trabalhar na Atenção Básica, são os acoplamentos passivos de várias naturezas, oriundos do neoliberalismo, que favorecem escolhas de especialidades com melhor remuneração, status profissional, valorização, autonomia, entre outros, valores esses do capitalismo.

Em que pese a hegemonia do Estilo de Pensamento Flexneriano na escolha da especialidade, a prática da clínica ampliada é de fundamental importância para a consolidação do SUS, na lógica integralidade e na perspectiva de rede de atenção, o que justifica e valoriza a formação com orientação para a APS.

Segundo Testa (1992), a determinação do ensino pela prática é uma determinação forte, o que significa que é difícil de ser superada a partir da modificação somente das formas de ensino, sendo necessária a modificação prioritariamente da prática que o determina.

Neste sentido, transformar os acoplamentos parece ser medular. Isso sugere a desmercantilização da saúde, que aponta para duas possibilidades, o socialismo ou o estado de bem-estar social. Ainda assim,

com valorização da profissão, pois caso contrário, o provimento também será insuficiente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior, 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7/11/2001. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. **Indagações sobre currículo: currículo, conhecimento e cultura**. Brasília, 2007.

BRASIL. **Nota Técnica: Programa Mais Médicos**. Elaboração: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21(4), p. 1260-1268, jul-ago, 2005.

CARVALHO, M. S.; SOUZA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface. Comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.17, n.47, p.913-26, out./dez., 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Demografia médica no Brasil**. Volume 2. Cenários e Indicadores de Distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, 2013.

CORSI, P. R. et al. Fatores que Influenciam o Aluno na Escolha da Especialidade Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38 (2), p. 213-220, 2014.

COSTA, J. R. B. et al. A Transformação Curricular e a Escolha da Especialidade Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38 (1), p. 47-58, 2014.

CRUZ, J. A. S. et al. Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no Brasil. **Rev Med**, São Paulo, v. 89(1), p.32-42, 2010.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC**. 2001. 227 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ESPING-ANDERSEN, G. As Três Economias Políticas do Welfare State. **Revista Lua Nova**, n. 24, set. 1991.

FIORE, M. L. M.; YAZIGI, L. Especialidades Médicas: Estudo Psicossocial. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18(2), p. 200-206, 2005.

FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Tradução: Georg Otte e Marina Camilo de Oliveira. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. Como construir uma atenção primária forte no Brasil: É possível transformar o círculo vicioso de má qualidade em um círculo virtuoso de boa qualidade, no trabalho clínico e comunitário na atenção primária no Brasil. **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, 2011.

GOLDIM, J. R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre: da Casa, 1997.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas médicas**. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.

MELLO, G. A. et al. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33 (3), p. 475-482, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A. Ensino Médico, SUS e Começo da Profissão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 35 (1), p. 26–36, 2011.

SCHAFER, L.; SCHNELLE, T. Fundamentação da perspectiva sociológica de Ludwik Fleck na teoria da ciência. In: FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Tradução: Georg Otte e Marina Camilo de Oliveira. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. (p. 1-36).

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVALI. **Projeto Pedagógico do curso de Medicina da UNIVALI**. Centro de Ciências da Saúde. Itajaí, 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa demonstrou que mesmo com a convergência das políticas de educação e saúde para a Atenção Primária, ainda prevalece a hegemonia do Estilo de Pensamento Flexneriano na escolha da especialidade médica, com visão voltada para a especialidade focal e para o mercado privado.

Essa hegemonia pode ser justificada especialmente pelos acoplamentos oriundos do neoliberalismo, que determinam a visão mercantil da medicina e com isso interferem na escolha da especialidade médica, com preferência para as áreas de melhor remuneração e maior reconhecimento, alheias as necessidades da população e do sistema de saúde.

Porém, a aproximação com a Atenção Básica durante a graduação, se mostrou bastante importante tanto na construção de um Estilo de Pensamento contra-hegemônico baseado na visão generalista e integral da Atenção Básica, identificado em dois participantes, mas também no aparecimento de um matiz do Estilo de Pensamento Flexneriano, cuja visão se mostrou ampliada na abordagem dos problemas em relação a sua protoideia clássica, por este motivo foi denominado de Estilo de Pensamento Flexneriano Ampliado.

A aproximação com a Atenção Básica pode ainda ter influenciado os membros do Estilo de Pensamento Flexneriano Ampliado nas escolhas das especialidades, uma vez que mais da metade dos integrantes deste estilo, optaram por especialidades focais mais que permitem uma visão e prática mais generalista, o que também pode ser considerado um matiz generalista dentro do próprio Estilo de Pensamento Flexneriano Ampliado.

A visão ampliada identificada nos Estilos de Pensamento, independente da especialidade, são bastante importantes, uma vez que a consolidação do SUS depende de profissionais que trabalhem na perspectiva da integralidade seja qual for seu lócus de trabalho na rede de atenção, o que ratifica a importância da orientação na Atenção Básica no processo de formação da graduação.

Outro aspecto importante encontrado na pesquisa que interfere na escolha da especialidade médica são os possíveis tráfegos intercoletivos das pessoas, com suas biografias e desejos futuros. Porém, eles ainda estão num plano secundário em relação ao peso dos acoplamentos.

Por outro lado, o que parece também garantir a hegemonia do Estilo de Pensamento Flexneriano e seu classismo são as várias complicações do Estilo de Pensamento da Atenção Básica, que por conta

destas dificuldades, ainda tem pouco poder sugestivo de introdução ao seu Estilo de Pensamento.

Este cenário de formação e atenção é fortemente influenciado pelos acoplamentos do neoliberalismo, que internalizam o pensamento de estado mínimo, que é visto como natural, tamanha força sugestiva que exerce na população de forma geral, o que inclui os profissionais da saúde.

Testa (1992) afirma que a determinação do ensino pela prática é uma determinação forte, o que significa que é muito difícil de mudar a prática somente pelo ensino, e que, portanto, é necessária prioritariamente a modificação da prática para transformar o ensino.

Esta afirmativa de Testa e os resultados da pesquisa que apontam a força dos acoplamentos, sugerem a necessidade desmercantilização do setor saúde para que de fato as escolhas profissionais e a estruturação dos serviços sejam baseadas nas necessidades das pessoas e não nos interesses individuais e corporativos, de forma a consolidar o SUS enquanto política pública ampla e saúde como direito de cidadania.

REFERÊNCIAS DA TESE

ALMEIDA, C. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 3-53, 1996.

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina/Rio de Janeiro: Editora UEL/Abem, 1999.

ALMEIDA, M. J. et. al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.

ALMEIDA, M. M. et al. Da Teoria à Prática da Interdisciplinaridade: A Experiência do Pró-Saúde Unifor e seus Nove Cursos de Graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36 (1), p.119-126, 2012.

ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. (p. 783-836).

ANDRADE, S. C. et al. Avaliação do Desenvolvimento de Atitudes Humanísticas na Graduação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.35 (4), p. 517-525, 2011.

ANJOS, R. M. P. et al. Vivendo o SUS: Uma Experiência Prática no Cenário da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.34 (1), p. 172-183, 2010.

ARAÚJO, M. A. de. Uma Experiência Pedagógica Interdisciplinar na Comunidade. **Rev Responsabilidade Social**, Florianópolis, n 5, p. 26-34, 2011.

ARRUDA, A. E. et al. Formação e Pesquisa em Saúde: Relato de Experiência na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36 (1), p. 102-110, 2012.

BARATA, R. C. B. A Historicidade do Conceito de Causa. In: **Textos de Apoio - Epidemiologia I**. Rio de Janeiro: Ed. ABRASCO, 1985.

BARBEIRO, H. **História Geral**. São Paulo: Ed. Moderna, 1977.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o Modelo Biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. (11)1, p. 67-84, 2012.

BERNAL, J. D. **Ciência na História** - Volume III. Lisboa: Livros Horizonte, 1977.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080/90**. Brasília: Diário Oficial da União, n. 182, p. 18055-9, seção I, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior, 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Homologada em 03/10/2001, Parecer CES 1.133/2001, Resolução CNE/CES Nº 4, de 7/11/2001. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Homologada em 06/06/2014, Parecer CNE/CES nº 116/2014, Resolução CNE/CES Nº 3, de 20/06/2014. Brasília: Ministério da Educação, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. Secretaria de Políticas de Saúde / Secretaria de Educação Superior. **PROMED - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas**: uma nova escola para um novo sistema de saúde. Brasília: Ministério da Educação, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria No 198/GM/MS – Anexo II** (Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor). Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802/08**. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria Conjunta MS/MEC nº4/10**. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde: PRÓ-Internato. Brasília, 2010b.

BRASIL. **Decreto nº 7508**, de 28 de julho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011a.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.087**, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 set. 2011b. Seção 1, p.92.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.654**, de 19 de julho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável- PAB variável. Diário Oficial da União – Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.355**, de 10 de outubro de 2013. Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. Diário Oficial da União – Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Nota Técnica: Programa Mais Médicos**. Elaboração: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital n.14 de 8 de março de 2013**: seleção para o programa de educação pelo o trabalho para saúde/rede de atenção à saúde/PET-Saúde 2013-2015. Diário Oficial da União n.47. Brasília, DF, 11 mar. 2013c.

CAMARGO JR, K. R. A. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(4), p. 1163-1174, jul-ago, 2003.

CAMARGO JR, K. R. A. Biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 15(Suplemento), p. 177-201, 2005.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da Integralidade Segundo Perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, C.; MALIK, A. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42 (2), p. 347-68, 2008.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21(4), p. 1260-1268, jul-ago, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3ª ed., Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1990.

CARVALHO, M. S.; SOUZA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface. Comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.17, n.47, p.913-26, out./dez., 2013.

CAVALCANTE NETO, P. G. et al. Interesse dos Estudantes pela Medicina de Família: Estado da Questão e Agenda de Pesquisa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 33(2), p. 198–204, 2009.

CECILIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta Pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. (p. 113-126).

CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol. 12, n. 24, jan./mar., p. 125-140, 2008.

COHEN, R.; SCHNELLE, T. (ed.). **Cognition and Fact**. Dordercht: Reidel Publishing Company, Holland, 1986.

CONDÉ, M. L. L. Um livro e seus prefácios: de pé de página a novo clássico. In: Fleck L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. (p. 7-16).

CONDÉ, M. L. L. Ciência e Linguagem: Fleck e Wittgenstein. In: CONDÉ, M. L. L. (Org.). **Ludwik Fleck: estilos de pensamento na ciência**. Belo Horizonte, MG: Fino Traço, 2012. (p. 77-107).

CONNILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n. 1, p.7-27, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Demografia médica no Brasil**. Volume 2. Cenários e Indicadores de Distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal, 2013.

CORSI, P. R. et al. Fatores que Influenciam o Aluno na Escolha da Especialidade Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38 (2), p. 213-220, 2014.

COSTA, J. R. B. et al. A Transformação Curricular e a Escolha da Especialidade Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38 (1), p. 47-58, 2014.

COSTA, J. R. B. et al. Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36 (3), p. 387-400, 2012.

COSTA, M. C. G. et al. As Ações do Serviço de Saúde Voltadas para o Âmbito Individual e Pouco Coletivo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36 (1 Supl. 1), p. 57-63, 2012.

CRUZ, J. A. S. et al. Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no Brasil. **Rev Med**, São Paulo, v. 89(1), p.32-42, 2010.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004. 201 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2004.

CUNHA, E. M. **Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS**. 2009. 150 p. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC**. 2001. 227 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CUTOLO, L. R. A. O SUS e a Formação de Recursos Humanos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, vol. 32, n. 2, p. 49-59, 2003.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, vol. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

CUTOLO, L. R. A. **Estratégia saúde da família**: bases conceituais. Texto elaborado para a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), 2009. (mimeo).

DA ROS, M. A. **Um drama estratégico** – O movimento sanitário e sua expressão em um município de SC. 1991. Dissertação (Mestrado) – ENSP/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1991.

DA ROS, M. A. **Estilo de pensamento em saúde pública**. 2000. 207 f. Tese (Doutorado em Educação e Ciência) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

DELIZOICOV, D. et al. Sociogênese do Conhecimento e a Pesquisa em Ensino: contribuições a partir do referencial fleckiano. In: **Atas do II ENPEC**- CD-Rom. Valinhos, S.P, 1999.

DERMAZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36 (1), p. 143-148, 2012.

FEHR, J. Fleck, sua vida, sua obra. In: CONDÉ, MLL (org.). **Ludwik Fleck**: estilos de pensamento na ciência. Belo Horizonte, MG: Fino Traço, 2012. (p. 35-50).

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil**. São Paulo, HUCITEC, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.17, n.47, p.929-30, out./dez., 2013.

FIORE, M. L. M.; YAZIGI, L. Especialidades Médicas: Estudo Psicossocial. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18(2), p. 200-206, 2005.

FLECK, L. **La Genesis y el Desarrollo de un Hecho Científico**. Madrid: Alianza Editorial, 1986. p. 9-42.

FLECK, L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico.

Tradução: Georg Otte e Marina Camilo de Oliveira. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Maringá, v. 3, n. 14, p.743-752, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Jan, 24(1), p. 17-27, 2008.

FOUCAULT, M. **A Microfísica do Poder**. 11a edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.

FRATINI, J. R. G. **Avaliação de um programa de referência e contra-referência em Saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2007.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5), p. 951-963, 2006.

GIOVANELLA, L.; STEGMULLER, K. Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países europeus. **Anais do I Seminário Nacional de Cuidado em Atenção Primária em Saúde**. Cascavel (PR), mai., 2013.

GOLDIM, J. R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre: da Casa, 1997.

GOMES, A. P. Atenção Primária à Saúde e Formação Médica: entre Episteme e Práxis. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36 (4), p. 541-549, 2012.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da Educação Médica: É Possível Formar um Novo Médico a partir de Mudanças no Método de Ensino-Aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35 (4), p. 557-566, 2011.

GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33(3), p. 382-92, 2009.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Maringá v. 15(3), p. 757-762, 2010.

GUTIERREZ, D. D. D. **Esferas de Influências nos Currículos de Odontologia das Universidades Públicas do Estado de São Paulo**. 2008. 152 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

GUTIERREZ, P. R. Concepções sobre saúde e doença. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: coedição Editora da Universidade Estadual de Londrina – ABRASCO, 2001. (p. 1-25).

HADDAD, A. E. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a Construção da Política Brasileira de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36 (1 Supl. 1), p. 3-4, 2012.

HERRMANN, M.; GIOVANELLA, L. Desenvolvimento e formação profissional em medicina geral e de família na Alemanha. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8(27), p. 132-42, 2013.

INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE. **Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul - Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2014.

ISSA, A. H. T. M. **Percepções discentes sobre a Estratégia de Saúde da Família e a escolha pela especialidade de Medicina de Família e Comunidade**. 2013. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, 2013.

JUNQUEIRA, M. G. **Regulamentação da Emenda 29**: financiamento da saúde, em busca de soluções. Belo Horizonte: COSEMS de Minas Gerais, 2011.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. VIII (1), p. 48-70, 2001.

KOIFMAN, L. A Função da Universidade e a Formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35 (2), p. 145-146, 2010.

LEITE, M. R. S. et al. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na Formação Profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36 (1, Supl. 1), p. 111-118, 2012.

LIEBSCHER, P. Quantity with quality? Teaching quantitative and qualitative methods in a LIS Master's program. **Library Trends**, New York, v. 46, n. 4, p. 668-680, 1998.

LOBATO, L. V. C. **Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde**: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços. 2000. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G. et al. **Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil**: Projeções para 2020. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Espanha, 2011.

LÖWY, I. Fleck e a Historiografia Recente da Pesquisa Biomédica. In: PORTOCARRERO, V. **Filosofia, História e Sociologia das Ciências**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994a. (p. 233-249).

LÖWY, I. Ludwik Fleck e a Presente História das Ciências. **Manguinhos - História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 7-18, 1994b.

LÖWY, I. Fleck no seu tempo, Fleck no nosso tempo: Gênese e desenvolvimento de um pensamento. In: CONDÉ, M. L. L. (Org.). **Ludwik Fleck**: estilos de pensamento na ciência. Belo Horizonte, MG: Fino Traço, 2012. (p. 11-33).

LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de 'Transição Democrática' - anos 80. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, Rio de Janeiro: IMS/UERJ - Relume-Dumará, 1991.

MACINKO, J; SOUZA, M. F. M.; GUANAIS, F. C.; SIMÕES, C. C. S. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Social Science & Medicine**, 65(10), p. 2070-2080, 2007.

MAEYAMA, M. A. **Estilos de Pensamento na Odontologia Social e Preventiva** – Um estudo da disciplina de Odontologia Social e Preventiva do curso de Odontologia da UNIVALI. 2006. 191 p. Dissertação (Mestrado) – UNIVALI. Itajaí, SC, 2006.

MAEYAMA, M. A.; CUTOLO, L. R. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arq. Catar. Med.**, Florianópolis, vol. 39, n. 1, p. 89-96, 2010.

MARTY, I. K. **O uso de ferramentas e tecnologias de gestão no planejamento e na gestão por resultados dentro da APS**. 2011. Dissertação (Mestrado). Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

MELLO, G. A. et al. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33 (3), p. 475-482, 2009.

MENDES, E. V. **A Evolução Histórica da Prática Médica, Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médica**. Belo Horizonte, PUC/FINEP, 1985.

MENDES, E. V. **Uma Agenda Para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NEUMANN, C. R.; MIRANDA, C. Z. Ensino de Atenção Primária à Saúde na Graduação: Fatores que Influenciam a Satisfação do Aluno. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36 (1, Supl. 2), p. 42-49, 2012.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n.3, 2º sem, 1996.

NEVES, N. M. B. C.; NEVES, F. B. C. S.; BITENCOURT, A. G. V. O Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações. **Gaz Med Bahia**, Salvador, v. 75, n. 2, p. 162-168, jul./dez., 2005.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22 (4), p. 1293-1311, 2012.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.

OLIVEIRA, B. J. Os circuitos de Fleck e a questão da popularização da ciência. In: CONDÉ, M. L. L. (Org.). **Ludwik Fleck: estilos de pensamento na ciência**. Belo Horizonte, MG: Fino Traço, 2012. (p. 121-144).

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 66(esp), p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A. Ensino Médico, SUS e Começo da Profissão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 35 (1), p. 26-36, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe.** Washington, DC: PAHO, 2003.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Special Session on the 25th Anniversary of the Declaration of Alma Ata.** 45th Directing Council Provisionary Summary. PAHO publication CD45/SR/4. Washington, DC, 2004.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Llamado a la acción de Toronto, Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas, OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario y Long Term Care.** Toronto, Canadá, outubro, 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas:** documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as Redes de Atenção no SUS – contribuições para o debate. Brasília, DF: OPAS, 2011.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 32 (4), p. 492–499, 2008.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. 2007. 300 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PATTON, M. **Qualitative research and evaluation methods.** Londres, Thousand Oaks: Sage Publications, 2002.

PEREIRA, A. M. M.; CASTRO, A. L. B.; OVIEDO, R. A. M.; BARBOSA, L. G.; GERASSI, C. D.; GIOVANELLA, L. **Atenção**

primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, jul./set. 2012.

PINTO, S. T. **Breve História de la Medicina Universal**. Segunda edição. Santiago, Chile: Editorial Universitária, 1986.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A.; FALLEIROS, I. Saúde e desenvolvimento: a agenda do Pós-Guerra. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. (p.153-165).

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil**. Belo Horizonte, 2005.

ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1980.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo / Rio de Janeiro: coedição Hucitec / Unesp / Abrasco, 1994.

RUIZ, D. G.; FARENZENA, G. J.; HAEFFNER, L. S. B. Internato Regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34 (1), p. 21-27, 2010.

SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E.; SENA, R. R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. **CADRUH**, Belo Horizonte, v. 2, n.2, p.233-244, 1998.

SCHAFER, L.; SCHNELLE, T. Los Fundamentos de la Visión Sociológica de Ludwik Fleck de la Teoría de la Ciencia. In: FLECK, L.: **La Genesis y el Desarrollo de un Hecho Científico**. Madrid: Alianza Editorial, 1986. (p. 9-42).

SCHAFER, L.; SCHNELLE, T. Fundamentação da perspectiva sociológica de Ludwik Fleck na teoria da ciência. In: FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Tradução: Georg Otte e Marina Camilo de Oliveira. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. (p. 1-36).

SCOTT, I. et al. Determinants of choosing a career in family medicina. Canadá. **Canadian Medical Association Journal**, v. 183, n.1, p. 1-8, 2011.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Supl.), p. 203-211, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **A Medicina de Família e Comunidade – O Que, Como, Quando, Onde, Por quê**. Rio de Janeiro, 2004.

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

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVALI. **Projeto Pedagógico do curso de Medicina da UNIVALI**. Centro de Ciências da Saúde. Itajaí, 2015.

VARGAS, J. D. **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Revisão de Literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2008.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. (p.531-562).

WAITZKIN, H. **Uma Visão Marxista Sobre Atendimento Médico**. São Paulo: Editora Avante, 1980.

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, na pesquisa “A escolha da Especialidade Médica – Estilos de Pensamento”.

Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar contribuir com o estudo, assine ao final deste documento, que se apresenta em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

Trata-se de uma pesquisa que objetiva identificar os aspectos que envolvem a escolha da especialidade médica. Para atingir tal objetivo realizaremos entrevistas semiestruturadas com uma amostra de egressos do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí, buscando identificar como a história de vida pessoal, social e acadêmica influenciam na escolha da especialidade médica.

O principal benefício da pesquisa é problematizar os aspectos que envolvem a escolha da especialidade médica, buscando soluções para uma melhor distribuição de profissionais dirigidas pelas necessidades da população e não apenas pela lógica de mercado.

A pesquisa será de cunho qualitativo e sua participação fica restrita às informações fornecidas. Não haverá identificação nominal ou outras formas que permitam identificá-lo (CPF ou RG) em qualquer material da pesquisa, sendo que antes de sua publicação o material será submetido a sua aprovação. Além disso, a pesquisa conta com autorização prévia da Universidade do Vale do Itajaí para sua realização. Caso você não se sinta confortável em responder a qualquer pergunta ou mesmo se posicionar frente a qualquer afirmação, você poderá não emitir nenhuma opinião.

Todos os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins científicos, sem prejuízos de ordem profissional ou acadêmica para os participantes, e serão devolvidos à Instituição participante, mais especificamente à Universidade do Vale do Itajaí.

A pesquisa pode trazer algum tipo de risco ou desconforto para os participantes em questões que envolvam seus motivos de escolha ou mesmo passagens de sua vida pessoal ou acadêmica, desta forma, caso sinta qualquer tipo de constrangimento ou desconforto, você poderá optar pela não participação na pesquisa. Além disso, pode ocorrer a perda de informações confidenciais, ou mesmo a identificação e a divulgação das informações dos sujeitos. Porém, os pesquisadores se comprometem em minimizar estes riscos, garantindo que os documentos serão acessados e

manipulados apenas pelos pesquisadores em local seguro, mantendo em caráter confidencial todas as informações.

A pesquisa não tem fins lucrativos, tanto você como os pesquisadores não receberão qualquer forma de remuneração.

Ao final da pesquisa você receberá uma cópia da pesquisa na íntegra e constará na base de dados de pesquisa da UNIVALI.

Você ainda será convidado a conhecer os resultados da pesquisa, recebendo dos pesquisadores o relatório final que será apresentado sob forma de artigo científico. Posteriormente será enviado convite, com local, data e hora marcados para que você conheça os principais achados do estudo, sendo que sua participação é livre.

A qualquer tempo e sem ônus, por sua própria vontade e sem a obrigatoriedade de explicitação dos motivos, você pode revogar este termo de consentimento e solicitar seu desligamento da pesquisa.

Caso tenha qualquer tipo de dúvida, o participante poderá solicitar esclarecimentos para os pesquisadores, nos telefones e endereços abaixo.

Além da assinatura no final, todas as folhas deste documento em todas as suas vias deverão ser rubricadas pelo participante e pelos pesquisadores, de acordo com carta circular 003/2011 CONEP CNS, de março de 2011.

Este projeto foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Marcos Aurélio Maeyama
Pesquisador

Marco Aurélio da Ros
Pesquisador responsável

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____,
RG _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar como sujeito da pesquisa intitulada “A escolha da especialidade médica – Estilos de Pensamento”. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação, através do termo de consentimento livre e esclarecido que me foi fornecido. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou prejuízo.

Itajaí, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do Entrevistado

Telefone do entrevistado para contato: _____

Pesquisador: Marcos Aurélio Maeyama

Endereço: Rua José Gall, 1089 – ap. 1103 – Ressacada – Itajaí/SC – CEP 88.307-102

Tel. (47) 8838-0495

Pesquisador: Marco Aurélio da Ros

Endereço: Rua Jornalista Manoel de Menezes, 1/2001, 1750 – Barra da Lagoa – Florianópolis/SC – CEP 88.061-700

Telefone: (48) 9981-7744

APÊNDICE 2 – Roteiro da Entrevista

- 1) Por que você escolheu fazer Medicina?
- 2) Você tem algum parente próximo na família que é médico?
- 3) Quais foram as experiências mais marcantes que você teve durante a graduação?
- 4) De quais disciplinas você mais gostou na graduação?
- 5) Qual foi o tema do seu TCC?
- 6) Qual especialidade pretende fazer ou está fazendo?
- 7) Qual foi o motivo da escolha?
- 8) O que interfere na escolha e no descarte de uma especialidade?
- 9) O que você deseja enquanto pessoa influenciou em sua decisão?
- 10) E as disciplinas durante a graduação, influenciaram? Esses professores eram os modelos que gostaria de ser?
- 11) Como foi a experiência na disciplina de Medicina de Família e Comunidade?
- 12) Se não tivesse escolhido esta especialidade, você faria carreira na Medicina de Família e Comunidade? Por quê?
- 13) Você trabalhou na Atenção Básica antes de ingressar na residência? Se sim, relate a sua experiência.
- 14) Em que condições você trabalharia na Atenção Básica como médico de família?
- 15) Você participou de diversos projetos na Atenção Básica durante a graduação. O que você levou deles para sua prática profissional?
- 16) Como você acha que seus colegas escolhem a especialidade médica?
- 17) Por que poucos médicos escolhem trabalhar na Atenção Básica como carreira?
- 18) Como você vê a profissão médica hoje no Brasil?
- 19) Qual é o papel do médico na sociedade?
- 20) Quais são seus sonhos ou metas dentro da profissão?
- 21) Que médico você gostaria de ser ou como gostaria de ser visto?
- 22) Saúde pública ou privada, ou pública e privada?