



Artigos Originais

Os mecanismos de introdução e regulação na escolha da especialidade médica

The introduction and regulation mechanisms in the medical specialty choice - case study

Marcos Aurélio Maeyama¹
Marco Aurélio da Ros¹

¹ Universidade do Vale do Itajaí

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 semiestruturadas 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 na formação. 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 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 at education. 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.

1. 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 atenção¹.

O objetivo das DCN era responder às 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 concentrava-se (e concentra-se ainda) na carência de profissionais em quantidade e qualidade², 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 historicamente não têm conseguido preencher suas vagas³.

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 de um curso de Medicina do Estado de Santa Catarina, 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.

2. 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 sociais⁴.

O curso de Medicina, ao qual pertencem os alunos entrevistados, 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 na Atenção Básica permanente, todos com vistas à mudança na formação, e ênfase na Atenção Básica⁵.

O Projeto de Extensão na Atenção Básica, 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 integralidade⁵.

Para a amostra da pesquisa, foram eleitos egressos do curso de Medicina elegido, do período entre 2012 e 2015, que participaram de pelo menos três edições do Projeto de Extensão na Atenção Básica, que, portanto, demonstraram interesse pela Atenção Básica. Trata-se, portanto, de amostra intencional, cuja premissa é de que determinados sujeitos podem melhor responder as questões de pesquisa⁶. As informações sobre os sujeitos foram fornecidas pela coordenação do curso.

Inicialmente, foram entrevistados dez egressos e, a partir dos achados preliminares, foram eleitos mais quatro sujeitos, quando se deu a saturação de dados⁷, 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 profundidade⁷.

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 à apresentação de resultados⁸.

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.

3. 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”⁹.

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, uma vez que as DCN e o próprio sistema nacional de saúde, clamam por este profissional.

3.1 A escolha por 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 ideológica 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 acoplamento⁸.

Os acoplamentos ativos correspondem às condições em que os fatos acontecem relacionados a fatores históricos, sociais e culturais. Já os acoplamentos passivos são como consequências dos acoplamentos ativos, aquilo que é percebido de forma natural⁸.

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 e a concorrência no vestibular, também carregam valores do seu produtor, o capitalismo, na qual a competição e o mérito são elementos norteadores da sociedade, portanto, 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); ainda que as condições de acesso à educação sejam totalmente desiguais, prevalece o pensamento de estado mínimo, para o qual vale o mérito.

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 privada¹⁰.

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.

3.2 A formação como forma de introdução nos estilos de pensamento

Para Fleck⁸, 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 Pensamento⁹.

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 curso¹, a estrutura disciplinar é fragmentadora, e segue as ideias propostas por Flexner¹¹.

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 pensamento⁹.

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 aprendizagem¹².

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 estilos⁸.

Segundo Fleck⁸, 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 de acadêmicos tornam-se subprodutos do contato com professores¹³. 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 de Extensão na Atenção Básica (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 de Extensão na Atenção Básica 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 problematizadora¹⁴.

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 a fala 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 Testa¹⁵, 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 família¹⁶.

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	Flexneriano
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	

Fonte: elaborado pelos autores.

O fato da disciplina de MFC ser considerada a mais organizada e com melhor aproveitamento de aprendizagem, e ainda, o fato do Projeto de Extensão na Atenção Básica 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.

3.3 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 comparadas 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**. E 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 Pensamento⁸.

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 vida¹⁷.

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 a 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; Fernandes, et al.¹⁸ identificou a qualidade de vida e o retorno financeiro como os mais importantes. Na pesquisa de Cruz; Sandy, et al.¹⁹, 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; Yazigi¹⁷, 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 e 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.

3.4 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 exceções⁹.

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 ilusões⁹.

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 reinterpretação dos fatos para adequação ao seu Estilo, gerando tendência à persistência do seu sistema de opiniões⁸.

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 teorias⁸. Porém, quando as diferenças entre os Estilos não apresentam limites precisos de distanciamentos ou proximidades, elas são chamadas de matizes de um Estilo de Pensamento⁸.

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 de MFC 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 Gêrvas; Fernández²⁰, 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 processo²¹.

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; Alves²² 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 habitantes².

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 país²³.

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.

Testa¹⁵ 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 à 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-Andersen²⁴ na qual o Estado socialdemocrata 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.

4. 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 durante o processo de formação, 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 da integralidade e na perspectiva de rede de atenção, o que justifica e valoriza a formação com orientação para a APS.

Segundo Testa¹⁵, 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 (mercantil) que o determina.

Neste sentido, transformar os acoplamentos parece ser medular para o provimento de profissionais na Atenção Básica. 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.

O fato é que a necessidade de provimento para a Atenção Básica não é maior do que a necessidade de transformação dos acoplamentos neoliberais. O direito à saúde integral, o direito à educação inclusiva, o direito à renda suficiente, o direito ao trabalho digno, o direito ao lazer, o direito à segurança, o direito à democracia, enfim, o direito à vida, deve ser soberano nas decisões sobre as políticas públicas de qualquer natureza.

Referências

1. 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.
2. Brasil. Nota Técnica: Programa Mais Médicos. Elaboração: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2013.
3. Carvalho MS, Souza MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface. Comunicação, saúde, educação 2013; 17(47): 13-926.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
5. UNIVALI. Projeto Pedagógico do curso de Medicina da UNIVALI. Centro de Ciências da Saúde. Itajaí; 2015.
6. Goldim JR. Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde. Porto Alegre: da Casa; 1997.

7. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
8. Fleck L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Tradução: Georg Otte e Marina Camilo de Oliveira. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.
9. 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.
10. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad Saúde Pública 2005; 21(4): 1260-8.
11. Cutolo LRA. (Tese) Estilo de Pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2001.
12. Brasil. Ministério da Educação. Indagações sobre currículo: currículo, conhecimento e cultura. Brasília; 2007.
13. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas médicas. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica; 2009.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília; 2005.
15. Testa M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
16. Costa JRB, et al. A Transformação Curricular e a Escolha da Especialidade Médica. Rev bras educ med, Rio de Janeiro, 2014; 38(1): 47-58.
17. Fiore MLM, Yazigi L. Especialidades Médicas: Estudo Psicossocial. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, 2005; 18(2): 200-6.
18. Corsi PR, et al. Fatores que Influenciam o Aluno na Escolha da Especialidade Médica. Rev bras educ med, Rio de Janeiro, 2014; 38(2): 213-20.
19. Cruz JAS, et al. Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no Brasil. Rev Med, São Paulo, 2010; 89(1): 32-42.
20. Gêrvas J, Fernández MP. 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.
21. Mello GA, et al. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. Rev bras educ med, Rio de Janeiro, 2009; 33(3): 475-82.
22. Oliveira NA, Alves LA. Ensino Médico, SUS e Começo da Profissão. Rev bras educ med, Rio de Janeiro; 35(1): 26-36.
23. 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.
24. Esping-Andersen G. As Três Economias Políticas do Welfare State. Revista Lua Nova, 1991; 24: 85-116.

Artigo Recebido: 02.05.2017

Aprovado para publicação: 25.08.2017

Marcos Aurélio Maeyama

Universidade do Vale do Itajaí

Rua Uruguai, 458

CEP: 88302-901 Itajaí, SC – Brasil

Email: marcos.aurelio@univali.br
