



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Débora Alves dos Santos Fernandes

**A construção da Identidade Médica na concepção de  
médicos recém-graduados**

Rio de Janeiro

2022

Débora Alves dos Santos Fernandes

**A construção da Identidade Médica na concepção de médicos recém-graduados**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Stella Regina Taquette

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBA

F363 Fernandes, Débora Alves dos Santos.  
A construção da Identidade Médica na concepção de médicos recém-graduados / Débora Alves dos Santos Fernandes – 2022.  
228 f.

Orientadora: Stella Regina Taquette.

Coorientadora: Luciana Maria Borges da Matta Souza.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. Medicina – Aspectos sociais – Teses. 2. Residentes (Medicina) – Teses. 3. Identidade social – Teses. 4. Crise de identidade – Teses. 5. Papel do médico – Teses. 6. Representações sociais – Teses. I. Taquette, Stella Regina. II. Souza, Luciana Maria Borges da Matta. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 614.255:159.923.2

Bibliotecária: Kalina Silva CRB7/4377

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Débora Alves dos Santos Fernandes

**A construção da Identidade Médica na concepção de médicos recém-graduados**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 19 de dezembro de 2022.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza  
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Stella Regina Taquette (Orientadora)  
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marise Elia de Marsillac  
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cristina Caetano Kuschnir  
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Andrea Povedano  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

---

Prof. Dr. Sérgio Henrique de Oliveira Botti  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

## DEDICATÓRIA

A todos que trabalham e se esforçam a fim de oferecer aos aprendizes em Medicina uma Educação Médica humanista, crítica, reflexiva e ética, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade e da saúde integral do ser humano.

Ao meu marido, companheiro incansável em minhas peregrinações pelos centros acadêmicos de pesquisa, em escutar-me as ideias embrionárias e em comemorar comigo cada pequeno objetivo alcançado.

Aos amigos e familiares que compreenderam e incentivaram quando precisei me ausentar do convívio a fim de me dedicar à escrita deste trabalho e que, perto ou distantes, sempre estiveram presentes.

Aos professores e aos colegas médicos que possuem, na alma, a chama de uma educação médica capaz de mediar e estimular os voos pessoais e profissionais dos futuros médicos que ora confiam em suas palavras de incentivo e em sua conduta ético-moral.

A Deus e aos Benfeitores de Luz, que me inspiram a prosseguir no caminho do Bem.

## AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), ao Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) e à Escola de Medicina e Cirurgia (EMC), por apoiarem a capacitação do corpo docente em Educação Médica e por serem os ambientes de prática onde meus ideais como professora de Medicina almejam ser concretizados.

À Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e ao Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas (PGCM), por alicerçarem profundamente a minha carreira profissional e por me acolherem como pesquisadora, mestranda e doutoranda.

À Comissão de Residência Médica (COREME) do HUGG / UNIRIO, por apoiar os ideais educacionais, desde os esboços, desta pesquisa.

Às minhas orientadoras Prof.<sup>a</sup> Dra. Stella Regina Taquette e Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza, por me acolherem desde minha chegada na UERJ e por me guiarem neste árduo caminho de ser pesquisadora, lembrando-me de que, em referência à Paulo Freire, é necessário *um pé no sonho, outro na realidade e um bocado de ousadia louca*.

Aos professores que participaram da banca examinadora desta tese, por inspirarem uma reflexão crítica no intuito de aperfeiçoar este trabalho.

Aos colegas de doutorado da PGCM, do Programa de Pós Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS) e do Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ, pela convivência e aprendizado salutareis.

Aos colegas docentes da EMC, por estimularem os participantes a fazerem parte desta pesquisa e cederem os horários em sessões clínicas para realização dos grupos focais.

Aos técnico-administrativos da UNIRIO e da UERJ, por assessorarem as buscas documentais, por corrigirem as diversas versões desta tese e por suas palavras encorajadoras.

Aos médicos-residentes, aos discentes de Medicina e aos futuros médicos, que são a razão e a motivação desta pesquisa e desta tese de doutoramento.

Eu não estaria aqui falando com você se não fosse por eles, pelos meus professores, porque cada um foi colocando uma sementinha e criando um mapa, na minha cabeça, de por onde eu deveria trilhar para ser um bom médico e uma boa pessoa.

*Médico-residente participante da pesquisa – P4.25a.masc.R2.Clín.*

## RESUMO

FERNANDES, Débora Alves dos Santos. *A construção da Identidade Médica na concepção de médicos recém-graduados*. 2022. 228 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A Identidade Médica (IM) é uma construção social dinâmica e é influenciada por fatores relacionados ao estudante, ao docente/preceptor e à sociedade, além de moldar a forma como o futuro médico exercerá sua profissão. O objetivo desta tese é analisar a construção da IM e os fatores que a influenciam a partir das percepções de médicos recém-graduados, além de realizar uma revisão da literatura atual, pesquisar os fatores intrínsecos e extrínsecos formadores da IM, a influência dos primeiros anos do exercício profissional e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) no perfil e na consolidação da IM. Estudo observacional de corte transversal de caráter qualitativo realizado com médicos-residentes de um hospital universitário de um grande centro urbano brasileiro. Os dados foram coletados por meio de doze entrevistas virtuais no período de setembro a novembro de 2021 e três grupos focais presenciais, com seis participantes cada, em agosto de 2022. O material produzido foi submetido à análise de conteúdo, seguindo os seguintes passos: leitura e releitura flutuante, busca de semelhanças e divergências, classificação em categorias temáticas, contextualização espaço-social-temporal, discussão com a literatura científica e síntese interpretativa. Além disso, foram pesquisadas as bases de dados PubMed®/MEDLINE, SciELO, LILACS, Cochrane Library e BVS para realização da revisão da literatura. Para a revisão, estruturação da fundamentação teórica e discussão dos dados da pesquisa, foram estudados, na íntegra, os 154 artigos encontrados. Pouco mais da metade (51%) dos artigos trata-se de pesquisas empíricas que possuem como foco um dos três eixos formadores da IM (estudante / docente / sociedade), enquanto 40% são revisões da literatura e 9% são editoriais. A maioria das pesquisas (73%) foi desenvolvida no eixo América do Norte / Europa. Apesar disso, o Brasil configura-se como o 5º país em número de publicações. O material produzido no campo revelou que as expectativas dos estudantes com relação ao médico que imaginam se tornar, a influência de docentes e preceptores e o perfil de médico exigido pela sociedade moldam a IM dos participantes. Os primeiros anos da carreira profissional constituem um período de turbulência e de conflitos identitários que são suavizados durante a Residência Médica, quando esta se configura como um ambiente de prática e de ensino-aprendizagem salutar. Os médicos-residentes desconhecem as DCN e isso impacta negativamente na forma que vivenciam as expectativas da sociedade traduzidas pelas Diretrizes. Na percepção dos médicos recém-graduados, há uma incongruência entre o que é preconizado nas DCN, a formação que é efetivamente oferecida nos cursos de medicina e o mercado de trabalho que eles encontram após estarem habilitados a exercer a profissão. Essa incongruência gera uma IM pouco saudável que é prejudicial ao exercício qualificado da profissão e gera sofrimento e insatisfação nos novos médicos. Os resultados desse estudo podem contribuir com o trabalho daqueles envolvidos no processo de formação identitária dos médicos, auxiliando-os a empreender ações que favoreçam a formação de uma IM mais saudável em benefício dos atuais e futuros médicos e da população por eles assistida.

Palavras-chave: Educação médica. Médicos residentes. Identidade Médica. Crise de identidade. Papel do médico.

## ABSTRACT

FERNANDES, Débora Alves dos Santos. *The construction of Medical Identity in the conception of newly graduated physicians*. 2022. 228 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The Medical Identity (MI) is a dynamic social construction and is influenced by factors related to the student, the professor/preceptor and society, in addition to shaping the way the future physician will exercise his profession. The objective of this thesis is to analyze the construction of MI and the factors that influence it based on the perceptions of newly graduated physicians, in addition to carrying out a review of the current literature, researching the intrinsic and extrinsic factors that form MI, the influence of the first years of professional practice and the National Curriculum Guidelines (NCG) for Brazilian Medicine courses in the profile and consolidation of MI. A qualitative, cross-sectional observational study carried out with resident physicians at a university hospital in a large Brazilian urban center. Data were collected through twelve virtual interviews from September to November 2021 and three face-to-face focus groups, with six participants each, in August 2022. The material produced was subjected to content analysis, following the steps below: reading and fluctuating rereading, search for similarities and divergences, classification into thematic categories, spatio-social-temporal contextualization, discussion with the scientific literature and interpretative synthesis. In addition, the PubMed®/MEDLINE, SciELO, LILACS, Cochrane Library and BVS databases were searched to carry out the literature review. For the review, structuring of the theoretical foundation and discussion of the research data, the 154 articles found were studied in full. A little more than half (51%) of the articles are empirical research that focus on one of the three axes that form MI (student / teacher / society), while 40% are literature reviews and 9% are editorials. Most of the surveys (73%) were developed in the North America / Europe axis. Despite this, Brazil ranks 5th in number of publications. The material produced in the field revealed that the students' expectations regarding the doctor they imagine becoming, the influence of professors and preceptors and the profile of a doctor required by society shape the participants' MI. The first years of the professional career constitute a period of turbulence and identity conflicts that are softened during the Medical Residency Program, when it is configured as an environment of practice and healthy teaching-learning. Medical residents are unaware of the NCG and this negatively impacts the way they experience society's expectations translated by the Guidelines. In the perception of newly graduated physicians, there is an inconsistency between what is recommended in the NCG, the training that is effectively offered in medical courses and the job market that they find after being qualified to practice the profession. This incongruity generates an unhealthy MI that is harmful to the qualified exercise of the profession and generates suffering and dissatisfaction in new physicians. The results of this study can contribute to the work of those involved in the physicians' identity formation process, helping them to undertake actions that favor the formation of a healthier MI for the benefit of current and future physicians and the population they assist.

Keywords: Medical education. Medical staff. Medical Identity. Identity crisis. Physician role.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Esquema do marco teórico da Educação Médica .....	16
Figura 2 –	História em quadrinhos de um estudante do quarto ano de Medicina .....	34
Figura 3 –	Representação esquemática da formação da identidade profissional .....	36
Figura 4 –	Representação esquemática dos múltiplos fatores envolvidos no processo de socialização em Medicina .....	37
Figura 5 –	Fatores formativos formação da Identidade Médica organizados segundo a TAR .....	41
Figura 6 –	Síntese das categorias de fatores formativos da Identidade Médica .....	42
Figura 7 –	Fluxograma das etapas de realização da pesquisa .....	58
Figura 8 –	Fluxograma sobre o processo de busca e seleção dos artigos revisados ....	68
Gráfico 1 –	Porcentagem de artigos publicados por ano de publicação (1972-2020) ...	69
Gráfico 2 –	Locais de realização de pesquisas sobre Identidade Médica (1972-2020)	70
Figura 9 –	Categorias pré-analíticas e categorias pós-analíticas das entrevistas .....	77
Figura 10 –	Categorias pré-analíticas e categorias pós-analíticas dos grupos focais ....	79
Quadro 1 –	Resumo das categorias pré e pós analíticas formadoras da IM .....	81
Quadro 2 –	Categoria pré-analítica <i>Estudante</i> e as categorias e subcategorias pós-analíticas .....	82
Quadro 3 –	Categoria pré-analítica <i>Docente / Preceptor</i> e as categorias pós-analíticas .....	111
Quadro 4 –	Categoria pré-analítica <i>Sociedade</i> e as categorias e subcategorias pós-analíticas .....	126
Quadro 5 –	Número de Médicos-residentes por especialidade em 2021 no HUGG ....	213
Quadro 6 –	Dados sociodemográficos dos entrevistados .....	219
Quadro 7 –	Artigos incluídos na revisão de literatura .....	220

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ANDES	Associação Nacional dos Docentes da Educação Superior
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CCBS	Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNE	Conselho Nacional de Educação
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COREME	Comissão de Residência Médica
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
EBP	Ensino Baseado em Problemas
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMC	Escola de Medicina e Cirurgia
FCM	Faculdade de Ciências Médicas da UERJ
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FUNRIO	Fundação de Apoio à Pesquisa, Ensino e Assistência à Escola de Medicina e Cirurgia e ao Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
GF	Grupos focais
HU	Hospital Universitário
HUGG	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
IM	Identidade Médica
IP	Identidade Profissional
LAM	Lei do Ato Médico
MEC	Ministério da Educação
MR	Médico(s) Residente(s)
NHS	National Health Service

OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBL	Problem-based Learning
PF	Pessoa Física
PJ	Pessoa Jurídica
PMM	Programa Mais Médicos
PRM	Programas de Residência Médica
RM	Residência Médica
SI	Síndrome do Impostor
TAR	Teoria Ator-Rede
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNIFESP-EPM	Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
1	<b>OBJETIVOS</b> .....	56
1.1	<b>Geral</b> .....	56
1.2	<b>Específicos</b> .....	56
2	<b>MÉTODOS</b> .....	57
2.1	<b>Desenho da pesquisa</b> .....	57
2.2	<b>Local da pesquisa</b> .....	59
2.3	<b>População pesquisada</b> .....	59
2.4	<b>Estratégia da pesquisa de campo</b> .....	61
2.5	<b>Instrumento de coleta de dados</b> .....	63
2.6	<b>Análise dos dados</b> .....	64
2.7	<b>Considerações sobre os aspectos éticos</b> .....	65
3	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	67
3.1	<b>Revisão da literatura sobre a formação da Identidade Médica</b> .....	67
3.2	<b>Os participantes da pesquisa e o processo de categorização dos conteúdos</b> .....	74
3.2.1	<u>Os entrevistados e as categorias pré e pós analíticas</u> .....	74
3.2.2	<u>Os grupos focais e as categorias pré e pós analíticas</u> .....	77
3.3	<b>Fatores intrínsecos e extrínsecos aos médicos-residentes na formação da Identidade Médica</b> .....	79
3.3.1	<u>Fatores intrínsecos: Categoria pré-analítica <i>Estudante</i></u> .....	81
3.3.1.1	Categoria pós-analítica <i>Expectativas X Realidade</i> .....	82
3.3.1.1.1	Subcategoria pós-analítica <i>Médico herói X Médico real</i> .....	92
3.3.1.1.2	Subcategoria pós-analítica <i>Ser paciente</i> .....	98
3.3.1.1.3	Subcategoria pós-analítica <i>Sexismo</i> .....	100
3.3.1.1.4	Subcategoria pós-analítica <i>Fé</i> .....	102
3.3.1.2	Categoria pós-analítica <i>Delineando o caminho percorrido</i> .....	103
3.3.1.2.1	Subcategoria pós-analítica <i>Escolha pela Medicina</i> .....	103
3.3.1.2.2	Subcategoria pós-analítica <i>Escolha da especialidade</i> .....	107
3.3.2	<u>Fatores extrínsecos: Categoria pré-analítica <i>Docente / preceptor</i></u> .....	110

3.3.2.1	Categoria pós-analítica <i>Modelagem de papéis</i> .....	112
3.3.2.2	Categoria pós-analítica <i>Prática supervisionada</i> .....	118
3.3.2.3	Categoria pós-analítica <i>Relação professor-aluno</i> .....	122
3.3.3	<u>Fatores extrínsecos: Categoria pré-analítica <i>Sociedade</i></u> .....	125
3.3.3.1	Categoria pós-analítica <i>Curso médico</i> .....	126
3.3.3.1.1	Subcategoria pós-analítica <i>Saúde mental do estudante de Medicina</i> .....	131
3.3.3.1.2	Subcategoria pós-analítica <i>Clínica da Família</i> .....	135
3.3.3.2	Categoria pós-analítica <i>A Medicina e o médico atualmente</i> .....	136
3.3.3.2.1	Subcategorias pós-analíticas <i>Papel social do médico, Como a sociedade vê o médico e O que os pacientes esperam do médico</i> .....	137
3.3.3.2.2	Subcategoria pós-analítica <i>Pandemia</i> .....	143
3.3.3.2.3	Subcategoria pós-analítica <i>Ser médico</i> .....	145
3.3.3.3	Categoria pós-analítica <i>O paciente na formação do médico</i> .....	148
3.3.3.4	Categoria pós-analítica <i>SUS X Serviços privados</i> .....	151
3.3.3.4.1	Subcategoria pós-analítica <i>Pejotização</i> .....	154
3.3.3.4.2	Subcategoria pós-analítica <i>Infraestrutura</i> .....	157
3.3.3.4.3	Subcategoria pós-analítica <i>Paciente SUS X Particular X Convênio</i> .....	161
3.3.3.5	Subcategoria pós-analítica <i>Social (familiares e amigos)</i> .....	163
3.3.3.6	Categoria pós-analítica <i>Interdisciplinaridade</i> .....	166
3.3.3.7	Categoria pós-analítica <i>Lei do Ato Médico</i> .....	169
3.3.3.8	Categoria pós-analítica <i>Programa Mais Médicos</i> .....	172
3.3.3.9	Categoria pós-analítica <i>Entidades de Classe</i> .....	174
3.4	<b>Os primeiros anos do exercício profissional médico na consolidação da Identidade Médica</b> .....	176
3.5	<b>Diretrizes Curriculares Nacionais e a Identidade Médica</b> .....	181
3.6	<b>Dificuldades operacionais</b> .....	186
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	187
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	190
	<b>APÊNDICE A – Médicos-residentes por especialidade em 2021 no HUGG</b> .....	213
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	214
	<b>APÊNDICE C – Roteiro das entrevistas</b> .....	216
	<b>APÊNDICE D – Roteiro dos grupos focais</b> .....	218

<b>APÊNDICE E</b> – Dados sociodemográficos dos entrevistados .....	219
<b>APÊNDICE F</b> – Artigos incluídos na revisão de literatura .....	220
<b>ANEXO A</b> – Termo de anuência da COREME / HUGG / UNIRIO .....	223
<b>ANEXO B</b> – Parecer consubstanciado do CEP-HUGG / UNIRIO .....	224
<b>ANEXO C</b> – Carta de submissão do artigo à Revista Brasileira de Educação Médica .....	228

## INTRODUÇÃO

[...] você descobre que médico você é de verdade quando só está você e o paciente, sem preceptor, sem professor. Aí você escuta as palavras dos professores na sua cabeça e cria sua própria forma de atuar.  
*Médica-residente participante da pesquisa – P11.26a.fem.R1.Cirur.*

### **Apresentação e motivação pessoal para estudar Identidade Médica**

O texto apresentado nesta tese foi concebido a partir de um substrato de experiências incorporadas e vem sendo adquirido no exercício de diferentes atividades acadêmicas e profissionais ao longo dessa árvore que é a carreira de professora e de médica. Primeiro como professora, em minhas raízes, porque cursei o antigo Curso Normal (Magistério) para formação inicial de professores e professoras, antes do curso de graduação em Medicina, almejado desde a remota infância e a adolescência. No tronco, as vivências como graduanda de Medicina e participante ativa de projetos de Extensão Universitária, de Pesquisa, de Ensino e do Diretório Acadêmico Benjamin Baptista (DABB) da Escola de Medicina e Cirurgia (EMC) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), de onde extraí um sumo que formou grande parte da minha própria Identidade Médica. Por último, na copa, da prática nas atividades profissionais e nas experiências como residente da UNIRIO e, posteriormente, como docente na instituição onde me graduei. Enfim, como professora-médica. Alguns frutos estão aqui nesta tese para serem apreciados por quem desejar compreender um pouco sobre o universo da formação da Identidade Médica (IM).

A motivação pessoal mais recente para ingressar no campo de estudo sobre a IM iniciou-se, de maneira mais concreta, a partir dos resultados encontrados na pesquisa realizada durante o mestrado sobre o ambiente educacional de um curso de Medicina. Acredito que o tema remete à inquietação presente desde a minha graduação iniciada há mais de vinte anos. A minha percepção sobre o que é *ser médico* evoluiu comigo ao longo das experiências nos ambientes educacionais e da minha própria existência enquanto indivíduo, desde o ideário infantil que atravessou a juventude e ingressou na faculdade, se transformando sempre sem nunca deixar de existir em sua essência. Atualmente, as inquietações tornaram-se mais

intensas após um estudo complementar à dissertação de mestrado, sobre o tema “O que é ser médico, hoje, no Brasil?”, desenvolvido com estudantes de Medicina do ciclo básico, do clínico e do internato<sup>1</sup>. Inclusive quando os resultados apontaram para o conflito entre o que *deve ser*, o que *se deseja ser* e o que *se pode ser*, isto é, entre o que a sociedade espera da profissão médica, o ideário do estudante e o que realmente é a vivência médica cotidiana no país, é causa de grande sofrimento psíquico e de uma visão negativa em relação à prática médica, especialmente para os formandos e jovens médicos<sup>1-3</sup>.

Dentro do tema IM gostaria de ressaltar minha especial preocupação com o papel do docente de Medicina no processo de formação identitária dos estudantes de graduação e de residência, pois esse é meu principal ofício atual e acredito que o modelo de médico exercido pelos professores tem influência singular na formação da IM. No Brasil, o atual campo educacional, social e político exige um novo perfil de competências para a docência no ensino superior e a diversidade de cenários de atuação do professor estimula uma constante reflexão sobre seu ofício<sup>4-6</sup>. É fundamental que os aspectos didático-pedagógicos, técnico-científicos, assistenciais, de gestão e as metodologias de ensino-aprendizagem tenham o estudante como foco principal de sua estruturação<sup>5-7</sup>.

A parte mais importante desta tese, em minha percepção, se encontra nos depoimentos dos participantes da pesquisa realizada no HUGG. Este trabalho intenciona oferecer uma materialização das vozes destes médicos-residentes que, em um ato de profunda generosidade, compartilharam suas experiências de vida a fim de conseguirmos alcançar os objetivos da pesquisa. Além de versar sobre as vivências, alegrias e dificuldades na construção e na consolidação da Identidade Médica por médicos-residentes, que são, de acordo com Luiz Antônio N. Martins<sup>8</sup>, Professor Associado aposentado da Universidade Federal de São Paulo:

[...] heróis e heroínas da Medicina. Personagens anônimos do dia a dia, do cotidiano dos hospitais. [...] jovens profissionais em treinamento que trabalham muito, que cuidam de pessoas, por vezes em situações extremas. Fala de jovens que crescem e se desenvolvem.<sup>8</sup>.

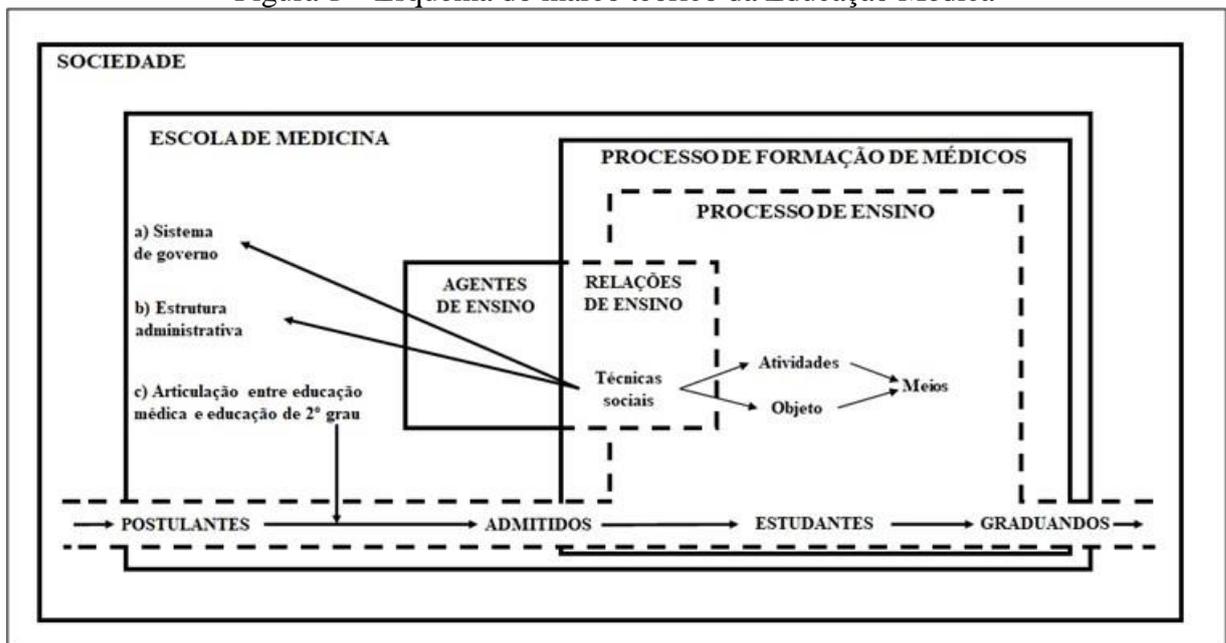
Em síntese, se fala de “De jovens que sofrem. Fala de vitórias e conquistas. De fracassos e frustrações. Fala de vida.”<sup>8</sup>.

## Origem e definições resumidas a respeito da Identidade Médica

Cientistas sociais, desde a década de cinquenta, notaram que a Educação Médica precisa ser capaz de fornecer aos aspirantes a médicos o melhor disponível em termos de conhecimentos e habilidades e de auxiliar na formação de uma identidade profissional de maneira que este aprendiz consiga pensar, agir e se sentir médico, isto é, que seja capaz de construir sua própria identidade enquanto profissional<sup>9,10</sup>.

A Educação Médica pode ser compreendida, em sua essência, como o processo pelo qual se *produz* médicos, com dois elementos indissociáveis: o processo de ensino e as relações de ensino<sup>11</sup> (Figura 1).

Figura 1 – Esquema do marco teórico da Educação Médica



Fonte: Garcia, citado por Nunes<sup>11</sup>.

De acordo com Juan César García (1932-1984), médico e sociólogo argentino, o processo de ensino pode ser entendido como um “conjunto de momentos sucessivos que envolvem atividades, meios e objetos de ensino pelos quais passa o estudante até transformar-se em médico. Em contraponto, as relações de ensino são compreendidas como as “conexões e vínculos que se estabelecem entre as pessoas participantes do processo de produção de médicos e são a resultante do papel que estes indivíduos desempenham no ensino médico.”<sup>11,12</sup>.

Uma profissão de nível universitário é estabelecida por dois atributos fundamentais. O primeiro é delineado por um conjunto de saberes transmitido por profissionais que falem, entre si, a mesma linguagem. O segundo é a orientação do indivíduo para um modelo de habilidades, competências e atitudes que sirva aos interesses da comunidade. Uma vez definidas essas singularidades, é necessário que o futuro profissional aceite os códigos de ética que são responsáveis por proteger o cliente leigo e que regulam as condutas, construindo, com seus pares, uma identidade profissional<sup>13</sup>.

O exercício de uma profissão está relacionado, dessa maneira, à identidade profissional e esta, por sua vez, necessita ser construída socialmente e por um período histórico que determinem seus elementos constitutivos. É necessário tempo suficiente para que estes elementos profissionais se incluam na consciência da sociedade e nos ordenamentos jurídicos, permitindo que um indivíduo seja capaz de reconhecer em si mesmo uma vocação ou inclinação para alguma atividade<sup>14,15</sup>.

Assim sendo, a identidade profissional pode ser definida como as atitudes, valores, conhecimentos, crenças e habilidades compartilhadas pelo indivíduo com outras pessoas dentro de um grupo profissional<sup>16</sup>.

### **Definição resumida do termo Identidade Médica**

É importante definir a palavra ou termo que será utilizado para se referir a este conceito de sentido individual que conferimos a nós mesmos e à relação singular que elaboramos com o mundo ao redor e com a profissão. A identidade profissional, na Medicina, é denominada *Identidade Médica (IM)* ou *Identidade Profissional Médica*. Entretanto, este último termo traz dificuldades como descritor nas plataformas de busca ou nos trabalhos científicos nacionais, pois, no processo de pesquisa nas bases de dados, o termo *Identidade Profissional Médica* se refere à cédula de identidade médica padronizada nacionalmente pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio da Resolução CFM nº 1.983/2012<sup>17</sup> e válida como prova de identidade para efeitos legais em todo o território nacional, de acordo com a Lei nº 6.206/1975<sup>18</sup>. Os artigos internacionais, contudo, utilizam os dois termos sem perda do significado essencial. Portanto, o termo que será utilizado nesta tese será o de *Identidade Médica (IM)*.

### **O que é Identidade Médica, de forma resumida?**

A formação da identidade profissional é considerada um fenômeno dinâmico e de grande importância, especialmente na Medicina. Essa formação se processa a partir das expectativas pessoais, da família e do meio social no qual estão inseridos e se desenvolve durante a graduação com o contato com os outros alunos do curso médico, com a prática clínica e com os professores e preceptores, assim como o modelo de ensino e a estrutura curricular<sup>7</sup>.

A IM é encarada como um passo fundamental na transição de ser estudante para profissional médico. Essa construção demanda uma definição de quem o indivíduo considera ser, dos seus valores morais e o que deseja realizar em sua vida. Dessa forma, o ser humano elabora uma concepção de si mesmo composta por metas, crenças e valores com os quais se compromete profundamente e os quais utiliza como base para a interação com o mundo ao seu redor. Os estudantes de medicina estão posicionados, na construção identitária, entre perceberem-se adolescentes egressos do mundo leigo dos pacientes e passarem a ser, efetivamente, médicos. Os médicos-residentes encontram-se em conflito semelhante, entre possuírem responsabilidades e vivências inerentes ao profissional formado enquanto ainda se encontram em um processo de aprendizado, que é a Residência Médica (RM). A IM, portanto, é uma identidade socialmente construída a partir da conciliação – harmônica ou não – da identidade pessoal com a identidade profissional do médico e construída a partir das idealizações a respeito da profissão, das vivências durante a graduação e da prática da Medicina, especialmente durante os primeiros cinco anos no mercado de trabalho<sup>19-22</sup>.

### **O que é Identidade Médica saudável, de forma resumida?**

Uma IM pode ser considerada saudável quando houve transição gradual entre o ideário do estudante e a realidade vivenciada no fim do internato e nas práticas hospitalares ou quando não existe confusão ou sentimento de angústia e ansiedade relacionados à função do médico nas equipes interprofissionais e na sociedade. Outro fator considerado como componente de uma identidade saudável é a sensação de pertencimento à profissão, identificação entre os pares e aumento da independência e segurança em emitir opiniões

profissionais ao longo do curso médico<sup>20,21-25</sup>. Em resumo, uma IM saudável é composta por características como “sensibilidade, empatia, retidão, generosidade, tolerância, bom senso, inteligência, dedicação, capacidade de elaboração e reparação”<sup>25,26</sup>.

### **Para que serve estudar Identidade Médica, de forma resumida?**

Estudar e conhecer os fatores que influenciam a formação da IM auxilia a definir a conduta na prática clínica e colabora para evitar a confusão de papéis, particularmente em equipes multidisciplinares em saúde. A falta de clareza de identidade profissional tem um impacto significativo na confiança dos médicos em defender uma linha de raciocínio no diagnóstico e tratamento dos pacientes sob seus cuidados. A IM também influencia os médicos-professores, especialmente na confiança em transmitir seus conhecimentos e valores profissionais de forma apropriada a seus alunos<sup>07,09,27</sup>.

Em uma das mais amplas pesquisas sobre o tema, a metassíntese desenvolvida por Rebecca Volpe<sup>28</sup> e autores associados, publicada pela BMC Medical Education em 2019, onde 92 materiais foram incluídos na revisão, de um total de 7.451 títulos e resumos encontrados, foram reveladas três categorias inter-relacionadas na formação da IM: 1) os estudantes e suas expectativas; 2) o ambiente educacional, a função do preceptor ou docente e a experiência prática supervisionada (modelagem de papéis) e 3) a sociedade, os sistemas sociais e as estruturas curriculares e impacto destes no profissional formado. De acordo com este estudo de revisão, quando a transição entre o médico idealizado pelo estudante e a realidade profissional se faz de maneira gradual, o aluno lida melhor com os conflitos resultantes de seus ideários frustrados. Da mesma maneira, se percebe que o jovem médico necessita conscientizar-se de que não precisa ser uma pessoa isenta de desordens emocionais, de comportamento ou de alterações orgânicas para ser um bom médico. Os participantes indicaram o tempo de permanência no hospital como um fator-chave para seus sentimentos de pertencimento à profissão médica e que a prática (fazer o trabalho de um médico) era, em muitos casos, mais valiosa na formação da identidade profissional do que a teoria (aprender o trabalho de um médico). Além disso, as experiências em ambientes pré-clínicos e clínicos são capazes de impactar a formação de IM, em particular modelos profissionais negativos, que causam sentimentos de confusão, de ansiedade e de isolamento<sup>28</sup>.

Outra pesquisa muito importante e referencial sobre IM foi a revisão de escopo realizada por Stephanie Best e Sharon Williams<sup>29</sup>, que visou a mapear conceitos basilares, os desafios e as barreiras à formação da identidade profissional, que implica diretamente na liderança, na gestão e na eficiência de equipes multiprofissionais. De acordo com as autoras, cada profissional necessita saber qual a sua função na equipe e qual o seu limite de atuação para que as equipes tenham êxito. Sem uma identidade profissional bem formada, o sucesso desses grupos é ameaçado. Essa revisão de escopo utilizou uma vasta base de dados mundiais, a citar o Business Source Complete (EBSCO), o CINAHL, o Proquest, o MEDLINE, o Scopus e a Cochrane Reviews e utilizou um período abrangente (janeiro de 1980 a julho de 2018). Apesar dessa ampla pesquisa, dentro de 40 anos de registros de publicações acadêmicas e que identificou 482 materiais, apenas dezesseis artigos foram incluídos por abordarem a temática de formação da identidade profissional e equipes multiprofissionais<sup>29</sup>.

Uma identidade profissional bem formada e saudável é o fundamento para uma prática clínica segura e eficaz de todas as profissões da área da saúde, inclusive no sentido de manter o bem-estar físico e emocional destes profissionais. Os programas universitários, seja na parte curricular, no núcleo pedagógico ou na figura do docente, desempenham um papel importante na formação da identidade profissional dos alunos. O avanço na compreensão desses temas fornece novas interpretações sobre o processo complexo da formação identitária nos estudantes de graduação em Medicina. A qualidade dessa formação impacta diretamente na decisão clínica a respeito do esquema terapêutico a ser proposto para os pacientes atendidos, no papel do médico e na sua atuação em equipes multiprofissionais, e na saúde física e mental dos estudantes de graduação e médicos atuantes no mercado de trabalho, seja em serviços públicos ou particulares de saúde<sup>07,25,28</sup>.

## **Fundamentação teórica: Identidade, Identidade Profissional e Identidade Médica**

### **Definições, conceitos e a formação da Identidade**

*Identidade* é uma palavra abstrata, cuja etimologia provém do latim, sendo formado a partir do adjetivo *idem* (*o mesmo*) e do sufixo *-dade* (indicador de um estado ou qualidade). Possui raiz etimológica no termo *idêntico* e se configura na linguagem filosófica como um

termo teórico. Inicialmente, foi usada pelas línguas neolatinas para designar a atividade de *reconhecer a si mesmo*<sup>30</sup>.

Na época pré-socrática, os conceitos sobre *identidade* estavam relacionados às definições sobre o *ser*, no qual o sujeito revela-se ao expor suas ideias a um interlocutor, com coerência própria, apresentando sua verdade e seus valores de maneira distinta. Stuart Hall (1932-2014)<sup>31</sup>, teórico cultural e sociólogo britânico-jamaicano, em seu livro sobre as questões multiculturais na formação da identidade, afirma que:

[...] a questão da identidade está sendo extensamente discutida na teoria social. Em essência, o argumento é o seguinte: as velhas identidades, que por tanto tempo estabilizaram o mundo social, estão em declínio, fazendo surgir novas identidades e fragmentando o indivíduo moderno, até aqui visto como um sujeito unificado. A assim chamada “crise de identidade” é vista como parte de um processo mais amplo de mudança, que está deslocando as estruturas e processos centrais das sociedades modernas e abalando os quadros de referência que davam aos indivíduos uma ancoragem no mundo social<sup>31</sup>.

Uma identidade definida instiga o indivíduo a procurar outras identidades e significações indefinidamente. Entretanto, sem a primeira identificação do sentido do *ser, agir e pensar*, não é possível estabelecer novas interações sociais. Dessa maneira, possuir uma *identidade* significa *ser* alguma coisa, possuir algum sentido em si mesmo<sup>30,31</sup>.

Para definir *identidade*, enquanto conceito teórico, é fundamental considerar a análise da dinâmica das sociedades e as construções simbólicas que os indivíduos desenvolvem a respeito de si mesmos. A perspectiva atual no estudo da identidade indica para a confluência de identidades distintas elaboradas pelos indivíduos e que se alternam entre si de acordo com a vivência social<sup>30,31</sup>.

Além disso, possui conceituações diferentes dependendo da ciência na qual está inserida, o que muda o entendimento do seu conceito. Nas ciências da saúde, quando nos referimos à *identidade*, dois conceitos básicos de *identificação* são relacionados em primeira análise: 1) a cédula de identidade profissional fornecida por um órgão regulador da profissão; 2) a parte de *identificação do paciente* em uma anamnese, como nome, idade, estado, profissão, sexo, atributos físicos ou impressões digitais. Em segunda análise vem o conceito sociológico, antropológico ou filosófico, que são utilizados nas pesquisas sobre identidade na Medicina, ou simplesmente Identidade Médica<sup>30</sup>.

Sob o olhar das ciências sociológicas, filosóficas ou antropológicas, a palavra *identidade* ganha outras conceituações e significados, se atrelando ou não à cultura. A identidade e a cultura se desenvolvem entrelaçadas e são construídas a partir das necessidades

históricas e sociais da humanidade. Portanto, o estudo destes conceitos está atrelado às pesquisas sobre a cultura dos povos e remonta à antiguidade do conhecimento científico<sup>30,31</sup>. Enquanto a cultura se constrói como um produto humano que é ensinado e transmitido por meio da linguagem oral e escrita, a identidade é construída e guiada pelos sistemas de significação socio-filosófico-antropológicos presentes na sociedade<sup>32</sup>.

De acordo com a Sociologia, a identidade significa o compartilhamento de ideais entre os indivíduos de um determinado grupo social, seja familiar, vicinal, educativo, religioso, de lazer, profissional ou político. Diversos mecanismos são responsáveis pela sustentação de um grupo social e, conseqüentemente, da identidade dos indivíduos que fazem parte desse grupo: a presença de uma liderança, as normas (o que é permitido / proibido), as sanções (recompensa / punição), os valores e os símbolos sociais, o sistema de status e a posição ocupada pelos indivíduos no grupo social. Esses mecanismos de sustentação são mantidos quando se trata do grupo social *médico* e se pode relacionar a liderança com os professores / preceptores, colegas mais experientes e com os Conselhos regulatórios. As normas e sanções podem ser relacionadas com o Código de Ética Médica. Em contraponto, os valores, os símbolos e o sistema de status variam de acordo com a época, uma vez que o que é considerado como bom status profissional hoje é diferente do que era considerado há cinquenta ou cem anos<sup>30-32</sup>.

Na Antropologia, o conceito de identidade associa-se com o de alteridade, que pode ser entendida como a relação entre um indivíduo, o *eu*, e o *outro*, de forma a evidenciar as particularidades de cada um na expressão do que possuem de diferente entre si. A distinção constituída entre *eu* e o *outro* fundamenta como o indivíduo percebe o que faz parte de si mesmo, do que faz parte do *outro* e, conseqüentemente, do que não faz parte de si. Portanto, o ser humano tem a sua própria existência sendo definida a partir da comparação e da diferenciação com outros indivíduos da sociedade. Em suma, uma pessoa só é considerada ou só considera a si mesma como um indivíduo quando se compara com outras pessoas. Um exemplo deste conceito, na Medicina, é um recém-formado (entidade humana) se considerar ou não um médico legítimo e a sua IM na medida que se compara com médicos já estabelecidos no mercado de trabalho (alteridade – o *outro*)<sup>30-32</sup>.

Na Filosofia, os conceitos de identidade evoluem de acordo com o período histórico da humanidade e são organizados de maneira dinâmica, se processando dialeticamente entre o indivíduo e a sociedade de maneira mutável e ativa. Incluem a identificação própria e a identificação reconhecida por outros indivíduos do mesmo grupo social e de grupos externos ao qual se pertence. Destes conceitos, derivam múltiplos princípios identitários como a

identidade linguística, cultural, social, de gênero, entre outros. Abarcam, inclusive, indagações se um indivíduo, em um momento do tempo específico sob determinadas condições, pode ser considerado o mesmo em outro momento e sob outras condições. Em uma análise contextualizada, podemos indagar se a IM recém desenvolvida de formandos, seus ideais, seus valores e crenças, será a mesma vinte ou trinta anos depois sob condições diferentes daquelas que vivenciava quando se formou<sup>30-32</sup>.

O sentido de *identidade* que concerne a esta pesquisa, portanto, se refere ao sentido de semelhança relativa de conceitos e de pontos de vista entre indivíduos de um determinado grupo social, de forma que ser, agir e pensar possa caracterizar e definir esse indivíduo e o associar a outros com características semelhantes<sup>31</sup>.

A reflexão sobre a formação da identidade, a partir das últimas décadas do século XX, parte do conceito de *dinamismo*. Neste conceito, a formação identitária é descentrada e fragmentada, isto é, está sendo formada continuamente pela maneira com que somos representados nos sistemas culturais que nos rodeiam. Devido a essas fragmentações provocadas na sua concepção, identidade passou de uma categoria estável para algo que precisa ser construído, negociado e reivindicado pelo indivíduo em sua vida social cotidiana. Essa mudança de categoria acompanhou as grandes transformações estruturais das sociedades pós-modernas que fragmentaram as paisagens culturais de classes sociais, de sexos, de gêneros, de etnias, de raças e de nacionalidades. Estas características, que antes forneciam aparentes pontos de ancoragem para que indivíduos pudessem formar sua própria identidade, estão em contínua transformação pelo processo de globalização. Estão, portanto, mudando as identidades das pessoas e modificando a ideia que possuímos a respeito de nós próprios enquanto sujeitos integrados em um meio social<sup>30,31,33</sup>.

De acordo com a época da humanidade, a formação da identidade foi influenciada por diferentes fatores e concepções. Na concepção iluminista, a partir da formulação primária de René Descartes (1596-1650), a identidade do sujeito moderno era formada a partir das capacidades de razão, consciência e ação como um ser centrado e unificado, sendo considerada como o centro essencial de si mesmo formando o *sujeito cartesiano*. Logo, o sujeito, na concepção pós-moderna da segunda metade do século XX, é considerado fragmentado. Sua identidade não é concebida como única e interior, ela é formada por um conjunto de identidades, algumas contraditórias e não-definidas em si mesmas, um aglomerado de rupturas do conhecimento moderno. Esses sistemas de significação e representação possibilitam a formação de múltiplas identidades culturais e sociais, que podem ser estudadas em associação ou em separado<sup>31,32,34</sup>.

A construção da identidade, quando considerada em seu contexto relacional, se faz por meio de e dentro de contextos sociais que determinam a posição dos indivíduos e orientam suas representações e suas escolhas. Por consequência, a noção de identidade como conceito individual e coletivo coexiste de uma maneira complexa nos sistemas organizados. Por mais que seja próprio da ciência tentar eliminar a imprecisão e as ambiguidades, é necessário admitir a fluidez das concepções e até uma certa imprecisão na definição dos fenômenos para compreender os conceitos e a forma como a identidade é formada<sup>34,35</sup>.

A capacidade de lidar com essas contradições, fluidez e imprecisões e de trabalhar com as relações dialéticas entre o sujeito e o objeto, entre a ordem e o caos, entre a auto e a hetero organização, faz parte das características do cérebro humano no reconhecimento das complexidades macro e microfísicas, biológicas, psíquicas e sociais. A identidade, portanto, se desenvolve nas atividades práticas, situadas em um mundo historicamente incerto, socialmente representadas e culturalmente construídas<sup>34,35</sup>.

Dessa forma, os fatores que influenciam a formação da identidade dependem, igualmente, da época histórica, do contexto social e do tipo de identidade que se deseja construir<sup>09,30,36</sup>.

### **Definições, conceitos e a formação da Identidade Profissional**

Antes de abordar a identidade profissional e a identidade médica, é necessário compreender o sentido por trás do conceito de trabalho, a partir do qual deriva do conceito de profissão que, por sua vez, origina a identidade profissional<sup>36</sup>.

A palavra trabalho deriva do latim vulgar *tripalium* que constitui um instrumento romano de tortura sustentado por três estacas, no qual eram supliciados os escravos. Ainda hoje, para muitas pessoas, o trabalho não é uma fonte de prazer, não gera percepções positivas e não fornece aos indivíduos uma boa definição de si mesmos. Ao longo do tempo, contudo, atividades de trabalho que são escolhidas, autônomas e abertas para carreiras passaram a possibilitar uma percepção positiva, como as ciências criadoras da arte e as produtoras de serviços úteis aos outros, a exemplo das carreiras exercidas por médicos e educadores. Estas atividades de trabalho são qualificadas como profissões, organizam a vida coletiva e dão sentido à existência individual porque não se reduzem à troca de bens econômicos. Isto é,

possuem dimensões simbólicas na realização pessoal de quem as exerce e reconhecimento por parte da sociedade que recebe seus benefícios<sup>36</sup>.

Essas atividades, que podem ser chamadas de ofícios, vocações ou profissões, permitem que os indivíduos identifiquem a si mesmos e sejam reconhecidos por outras pessoas por meio do seu trabalho. Assim, funcionam como fatores que constroem uma Identidade Profissional (IP), o que possibilita que o indivíduo possa mudar de emprego ao longo da vida e, ainda assim, garantir uma trajetória contínua na construção de sua IP. É por meio do processo de socialização das profissões que interliga o sistema educacional, o exercício do trabalho e a formação da carreira, que a IP se desenvolve dentro do próprio indivíduo, das instituições e dos coletivos que organizam as interações e asseguram o reconhecimento de seus membros como *profissionais*<sup>09,13,37</sup>.

O estudo sociológico das profissões apresenta três correntes teóricas distintas: a funcionalista, a interacionista e a neweberiana<sup>13,37,38</sup>. Os estudos mais significativos a respeito do processo de trabalho em saúde no Brasil foram publicados na década de 70 e versavam sobre a inserção da profissão médica nesse contexto, analisando a inclusão do médico da comunidade e a prática médica como uma práxis teórica e social. Ainda existe, atualmente, uma hegemonia da Medicina em relação às demais profissões da saúde, independente do progresso técnico-científico dessas profissões, que é perceptível nas diferenças salariais e no acesso a determinadas tecnologias que se colocam como exclusivas da classe médica<sup>13,39</sup>.

A corrente sociológica funcionalista, da primeira metade do século XX, tem base nos conceitos de função e papel da profissão, diferenciando a profissão do conceito de ocupação. Segundo seus postulados, o trabalho como ocupação se torna uma profissão a partir da especialização dos serviços prestados ao público, da criação de associações representativas dos trabalhadores e quando a formação depende de ensino de nível superior. Em vista disso, de acordo com o funcionalismo, uma profissão só pode ser caracterizada como tal se oferecer um serviço competitivo em relação ao mercado, se possuir uma autoridade profissional constituída pela competência e conhecimentos específicos e necessários às atividades profissionais, com neutralidade no exercício de suas funções<sup>13,36,40,41</sup>.

Para Émile Durkheim (1858-1917), um dos principais teóricos do funcionalismo, o trabalho é um conceito mais moral do que econômico, pois une os indivíduos em uma sociedade, gerando um sentimento de solidariedade entre aqueles que realizam as mesmas funções. Esta sociedade pode ser, segundo Durkheim, considerada uma metáfora para o corpo humano, onde a divisão social do trabalho seria encarregada de manter em funcionamento

harmônico o sistema de órgãos que compõe o organismo. A corporação profissional seria a origem de uma nova ordem moral da sociedade industrializada com todos os participantes de uma mesma atividade, sejam patrões ou empregados. Estes se organizariam de acordo com os regulamentos profissionais, onde os deveres e direitos seriam instituídos e delimitados em fontes prestigiosas de solidariedade mútua. Esta nova ordem criaria um poder moral capaz de impedir os egoísmos individuais, os abusos de poder dos fortes sobre os fracos e de proporcionar um sentimento de solidariedade social. Durkheim acreditava em uma sociedade capaz de gerenciar suas dissensões e outorgava às corporações uma função fundamental no processo democrático. Apesar disso, as corporações profissionais atuais de médicos, professores, advogados, entre outros, não parecem exercer, na prática, esse importante papel social, mas atuam nas questões que dizem respeito exclusivamente à sua coletividade de seus pares. As corporações adquiriram um caráter mais de arenas políticas conflitivas e competitivas do que as instituições harmoniosas idealizadas por Durkheim<sup>13,36,41</sup>.

De acordo com Lilia Blima Schraiber (1993), pesquisadora brasileira nas áreas de *violência, gênero e saúde, história das práticas de saúde e Medicina e Saúde Pública*, em seu livro *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*, as bases dessas corporações vêm de épocas mais antigas, de antes da ascensão do capitalismo, uma vez que seus agentes ocupavam posições sociais de autoridade e poder desde a sociedade feudal. Ao se instituírem os Estados Nacionais, a valorização do controle sobre o coletivo-social conferiu aos médicos uma participação permanente nas questões do Estado por meio do controle do meio ambiente das cidades, do coletivo dos cidadãos e da manutenção da força física dos exércitos. Assim, os médicos participaram ativamente da “construção das estruturas de poder que consolidaram o capitalismo, formulando e implantando estratégias de construção da nova forma de vida social”<sup>40</sup>.

Com base nessas características, surge o conceito de que o trabalho, na Medicina, é uma prática liberal e que o médico se configura como um profissional liberal, uma vez que o próprio médico é o produtor e o vendedor direto do *produto* por escolha livre do paciente. De acordo com o país onde o médico exerce sua profissão, essa escolha pode ser mais ou menos livre, dependendo do sistema de saúde predominante<sup>13,36,40,41</sup>.

A organização do trabalho médico no Brasil segue esta linha funcionalista de organização da profissão e será a linha filosófica utilizada nos argumentos e discussões dos resultados encontrado na pesquisa<sup>13,36,40-42</sup>. Entretanto, é importante que se compreenda a corrente interacionista e a neweberiana a fim de traçar um paralelo de comparação entre os conceitos a serem apresentados e discutidos durante esta tese.

A corrente sociológica interacionista, iniciada na década de cinquenta do século XX, lança novas reflexões na sociologia das profissões. Esta teoria, enunciada por Everett Hughes (1897-1983) e pelos sociólogos interacionistas americanos, entre eles Howard Becker e Anselm Strauss, contesta a tese funcionalista de que a qualidade do profissional é reservada a uma minoria de trabalhadores organizados em profissões, beneficiados por uma legislação que protege seu exercício e cujas associações detêm o monopólio da formação e da certificação. Hughes defende que a profissionalização é um processo geral e não reservado a certas atividades a partir do conceito de que todo trabalhador deseja ser reconhecido e protegido por um estatuto e de que toda ocupação tende a se organizar e lutar para ser conhecida como profissão. A profissionalização, de acordo com o interacionismo, seguiria etapas pelos grupos ocupacionais até o alcance do estágio do profissionalismo. Essas etapas podem ser consideradas os estágios vivenciados ao longo dos anos pelos quais os trabalhadores de uma determinada área durante a ação de algum trabalho. Poderiam ser consideradas como etapas o aumento progressivo dos sistemas de trabalho, com fundamento em uma continuidade, sem que haja ruptura entre os *não profissionais* e os *profissionais*. Cada nível de especialização ou de experiência que o trabalhador alcança corresponderia a um *ofício*, não a uma *profissão*, e seria provido de uma certificação específica para atuação sem o *monopólio* das associações de classe<sup>13,36,41,43</sup>.

A teoria neweberiana possui Max Weber (1864-1920), Eliot Friedson e Andrew Abbott como principais teóricos. De acordo com este princípio, o estudo das profissões deve estar centrado no estudo da jurisdição, isto é, sobre o direito de determinada profissão de controlar a prestação de serviços em uma determinada área. Por isso, o desenvolvimento profissional seria dinâmico, tendo como base as disputas, os conflitos e a competição entre diferentes áreas jurisdicionais. As profissões, portanto, existiriam como um conjunto de sistemas ocupacionais, e não como entidades isoladas, que sejam capazes de controlar esse desenvolvimento multidirecional de determinada profissão. A profissionalização estaria ligada, portanto, ao poder, à autoridade cultural e ao status social que proporcionam. Além disso, poderia ser considerada, em resumo, à especialização e coordenação dos serviços prestados por uma pessoa, que são fundamentais para a sua própria subsistência ou lucro, de uma maneira duradoura. Essa pessoa ou profissional seria capaz de deter a direção técnica dos procedimentos e a execução de um determinado meio de produção ou fornecimento de serviços por causa de suas qualificações técnicas e do seu conhecimento adquirido por meio de instrução especializada<sup>13,36,41</sup>.

Fundamentados nestas teorias, nos é possibilitado compreender como é estruturada a origem e os conceitos sobre o trabalho, a profissão e a construção de uma identidade profissional. Na maioria dos países desenvolvidos, o termo *profissionalização* começou a ser utilizado no campo da gestão de recursos humanos a partir da década de sessenta do século XX. As atividades remuneradas ligadas a empresas, associações ou funções públicas foram, aos poucos, absorvendo o conceito de tornar-se profissional. O movimento New Management promovido pela globalização mundial trouxe novas formas de estruturação dentro de uma competitividade com o objetivo de ser justa, sustentável e promover todos os trabalhadores ao patamar de verdadeiros profissionais. Este movimento, no setor industrial dos países desenvolvidos, associado à automação, diminuiu consideravelmente o número de indivíduos ocupando empregos considerados não-qualificados, deslocando esses empregos para países ditos mais pobres e que remuneram com salários mais baixos. Essa profissionalização, por conseguinte, reúne dois fenômenos distintos sociologicamente: a imposição dos grandes capitais no *profissionalismo* e o anseio do proletariado à *profissionalidade*, isto é, o acesso a um ofício verdadeiramente reconhecido<sup>13,36,40,44</sup>. Com base nessa dupla necessidade, o imperativo dos empregadores e o anseio dos assalariados, se construiu uma diretriz aos jovens aspirantes com o objetivo de ingressar no mercado de trabalho, que é desenvolver a própria identidade profissional por meio do percurso de qualificação profissional. Não obstante, o fato de muitos desses jovens não alcançarem ou não terem acesso ao reconhecimento que esperavam durante esse desenvolvimento identitário, constitui um elemento de sofrimento psíquico e uma das origens das dolorosas crises de identidade que ocorrem atualmente<sup>24,36</sup>.

Desse modo, a caracterização do trabalho passou do produto da força constante causando a transferência ou a transformação da energia para se tornar a resolução de problemas. Estes estudos permitem, então, compreender melhor as relações entre situações de trabalho, as trajetórias de emprego e a construção identitária<sup>24,36,40,44</sup>.

De acordo com Maria Helena Machado<sup>13</sup>, professora titular do Departamento de História da Universidade de São Paulo, em seu livro de 1995 sobre a Sociologia das Profissões, um importante fator na construção da identidade profissional é o *corporativismo*. Essa colaboração e relacionamento entre companheiros de profissão em uma organização colegiada é fundamental, de forma que:

[...] os membros são unidos por um senso de identidade; uma vez dentro deste círculo poucos saem; compartilham valores comuns; os papéis são aceitos por todos os colegas; a comunidade tem poder sobre eles; os limites são claros; e produz novas gerações, mantendo controle da seleção dos treinados. Esta organização é formada exclusivamente por pares e uma organização do eu sou (médico, advogado,

sociólogo entre outros), onde as considerações estratégicas são privilegiadas (saber, poder, status entre outros). A dimensão do coleguismo, ou melhor dizendo, do corporativismo, é um ponto fundamental da organização e da dinâmica dos interesses da corporação. A manifestação extrema deste corporativismo é a relutância em criticar julgamentos ou destrezas de um colega profissional. Sendo assim, torna-se ainda mais complexo o julgamento do trabalho profissional por leigos<sup>13</sup>.

O aspecto fiscalizador da corporação entre os pares é de grande relevância. Neste caso, somente indivíduos que possuem a mesma base de conhecimento, isto é, somente profissionais dispõem de conhecimento suficiente para julgar a capacidade de atuação de seus companheiros. Este tipo de organização só é possível graças ao conhecimento que somente os profissionais apresentam. Portanto, há um certo apelo ao trabalho profissional porque, nas sociedades modernas, este tipo de trabalho recebe recompensas econômicas de alto status social que vêm do reconhecimento público da contribuição única de cada profissão para a sociedade<sup>13,36</sup>.

Diante disso, podemos concluir que existem três atributos fundamentais para construção de uma identidade profissional, em especial as que exigem conhecimento universitário: 1) um conjunto de saberes transmitido por profissionais que falem, entre si, a mesma linguagem; 2) a orientação do indivíduo para um modelo de habilidades, competências e atitudes que sirva aos interesses da comunidade; e 3) a aceitação dos códigos de ética que regem a profissão e que são responsáveis por proteger o público-alvo e que regulam as condutas. A identidade profissional pode ser definida, pois, como as atitudes, valores, conhecimentos, crenças e habilidades compartilhadas pelo indivíduo com outras pessoas dentro de um grupo profissional<sup>13,16,24,36</sup>.

A organização do trabalho, da formação acadêmica e da carreira profissional são pontos centrais nos estudos atuais sobre profissionalização do trabalho, das formações e dos percursos nos quais os indivíduos transitam, a fim de compreender como se dá a formação identitária na evolução dos conceitos de trabalho, de emprego e de qualificação no mundo contemporâneo<sup>13,36,38</sup>.

Existem dois cenários possíveis dialeticamente opostos, um mais pessimista e outro mais otimista. O primeiro ressalta uma divisão internacional do trabalho que reserva os melhores empregos, com as excelentes formações qualificantes e com carreiras que possuem mais identificações positivas, às atividades relacionadas à gestão e concepção de serviços com alto valor agregado para os países ditos mais ricos e mais desenvolvidos. A socialização profissional com progressivas e melhores identificações positivas, que preservariam o trabalhador da monotonia repetitiva do trabalho desvestido de qualquer prazer, seria reservada

aos países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, essa discrepância acaba por reservar os empregos qualificados a uma minoria já favorecida antes mesmo da escolha por qualquer profissão<sup>13,36,38</sup>. De acordo com Claude Dubar (1945- 2015)<sup>36</sup>, sociólogo francês o cenário mais otimista seria aquele onde:

[...] todos os países e todas as populações do mundo teriam acesso ao mesmo tempo à escolarização e à formação profissional, ao mercado de trabalho e aos empregos qualificados e reconhecidos como tais por direito, a progressões ao longo da vida, mesmo com os imprevistos inevitáveis das existências individuais. É preciso formular essa utopia se quisermos dar um rumo à humanidade que não o “fim do trabalho” e seu cortejo de desempregados, precários, intermitentes, auxiliares, interinos e outros “tapa-buracos” da automação e da terceirização. Para isso, é necessário ensinar, desde muito cedo às crianças, que se pode ter prazer em trabalhar fazendo algo que se aprecie, aos educadores que se pode aprender trabalhando para ter acesso a um ofício que se ama (ou que se aprendeu a amar), às autoridades que trabalhadores formados e felizes têm sempre melhores resultados que os não formados e os que são infelizes, e a todos que a corrida ao dinheiro e à competição não pode por si só criar vínculos sociais duradouros e aumentar o bem-estar interno bruto das nações<sup>36</sup>.

Atualmente, percebemos que os movimentos sociais defendem os indivíduos daquele cenário negativo e vão de encontro à onipotência dos operadores financeiros e dos poderes corruptos. O objetivo de libertar o trabalho das correntes do capital predominante a partir de regulações mais eficientes acompanhadas de desempenhos coletivos e de satisfações individuais é capaz de desenvolver nos trabalhadores uma identidade positiva com as atividades profissionais que não signifiquem uma punição divina, mas que proporcionem prazer, bem-estar e qualidade de vida<sup>9,13,36,38</sup>.

### **Definições, conceitos e a formação da Identidade Médica**

A formação da Identidade Profissional Médica, ou apenas Identidade Médica (IM) e o reconhecimento do ser médico tem implicações importantes para o desenvolvimento profissional e pessoal, influenciando na maneira como os profissionais praticam e aprendem a profissão médica. Estudos recentes demonstram que a formação identitária na Medicina é um fator fundamental na prática profissional, desempenhando um importante papel no bem-estar dos estudantes de Medicina e um efeito potencialmente protetor contra o estresse. Entender como os estudantes de medicina se associam aos estereótipos de médicos auxilia não apenas

na compreensão do desenvolvimento da identidade médica, mas também das atitudes e comportamentos profissionais, isto é, do profissionalismo médico<sup>9,24,26,45,46</sup>.

Na década de cinquenta, o sociólogo americano Everett Hughes, mais conhecido por seu trabalho em relações étnicas, trabalho e a metodologia do trabalho de campo, mostrou, a partir de seus estudos empíricos, que o *se tornar médico* não estava essencialmente relacionado à aquisição de saberes teóricos e abstratos. Essa transformação do *indivíduo leigo* em *médico* estava mais intimamente relacionada à iniciação do estudante no trabalho prático, no qual os aspirantes precisavam abandonar a versão estereotipada do *médico-herói* de jaleco branco, tecnicamente talentoso e onipotente, que é preponderante entre a população em geral e entre os próprios estudantes, para assumirem a versão do *médico-real*. Isto significava adquirir um conjunto cultural específico composto de uma linguagem ou jargão, de uma visão do mundo como conjunto de doentes potenciais, de práticas muito diversas e de uma conduta de vida (*ethos*), incluindo uma projeção da carreira possível. De acordo com Hughes, só terminam o curso de Medicina satisfatoriamente aqueles estudantes que conseguiram essa transformação identitária, que implica na gestão da coexistência entre *mundo profano* (o mundo não médico) e *mundo profissional* (o mundo médico), este último como fonte de um estatuto importante e de um futuro projetado durante a graduação. Embora o estereótipo do médico seja parte de uma memória de outros tempos, ele ainda hoje influencia as expectativas dos pacientes e a forma como os estudantes e jovens médicos percebem a si mesmos. Os estudantes de Medicina constroem o seu *jeito de ser médico* e a sua identidade a partir da combinação, da transformação e da adaptação dessas expectativas e idealizações que vivenciavam antes e durante o curso médico<sup>9,24,26,36,47</sup>.

Esse *jeito de ser médico* pode ser interpretado como o *pensar, agir e sentir* como um médico. Seu desenvolvimento ocorre de maneira progressiva ao longo da graduação e é processada em níveis que se interligam de maneira complexa como os fios individuais de um tecido, com constituintes que podem ser analisados em separado, mas que estão, invariavelmente, unidos e se retroalimentam<sup>35,48</sup>.

Os conflitos observados no desenvolvimento desse *pensar, agir e sentir* como um médico não são recentes, mas se acentuaram nos últimos anos. O ingresso da Geração Y (Millenials) no Ensino Superior instituiu um contexto contemporâneo que demanda uma reestruturação educacional e didática nas escolas médicas. Essa geração é constituída de indivíduos que possuem características marcantes em comum: nasceram no final da década de 1990, desenvolvem vínculos emocionais pouco duradouros, são mais idealistas, necessitam fazer parte de uma comunidade, valorizam muito o lazer e criam relação de confiança e

personalidade pelas causas que apoiam, isto é, tem uma demanda por se identificarem com aquilo que acreditam e por desenvolverem uma identidade coletiva por meio da sensação de pertencimento. Além disso, usufruem de uma relação visceral com a tecnologia e com o meio digital. Quanto às questões laborais, o mercado de trabalho oferecido a esta geração é altamente competitivo e marcado pela dissolução de vínculos e direitos empregatícios, seja por meio das *startups* ou da *Pejotização*. Esses traços se refletem no perfil dos estudantes que estão adentrando ou que se encontram hoje nas faculdades de Medicina pelo mundo<sup>24,25,28,29,49,50</sup>.

Uma *startup* é uma empresa emergente que funciona de uma forma não convencional, comumente com custos de manutenção muito baixos e com possibilidade de altos lucros sem vínculos trabalhistas entre os funcionários e os investidores. Algo semelhante ocorre com a *Pejotização*, que é um neologismo criado a partir do termo Pessoa Jurídica (PJ). Na Medicina, define uma relação trabalhista em que um empregador ou uma empresa condiciona a contratação de um médico, Pessoa Física (PF), a partir da constituição deste como Pessoa Jurídica. O profissional contratado como PJ não possui vínculos ou direitos empregatícios, como pagamento de horas extras trabalhadas, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), 13º salário, férias remuneradas, licença maternidade / paternidade e licença médica. Esse tipo de contrato beneficia financeiramente o empregador ou a empresa e é comumente realizado por prefeituras, hospitais e laboratórios, se configurando no tipo mais comum de contratação de médicos no Brasil, atualmente<sup>42,49,50</sup>.

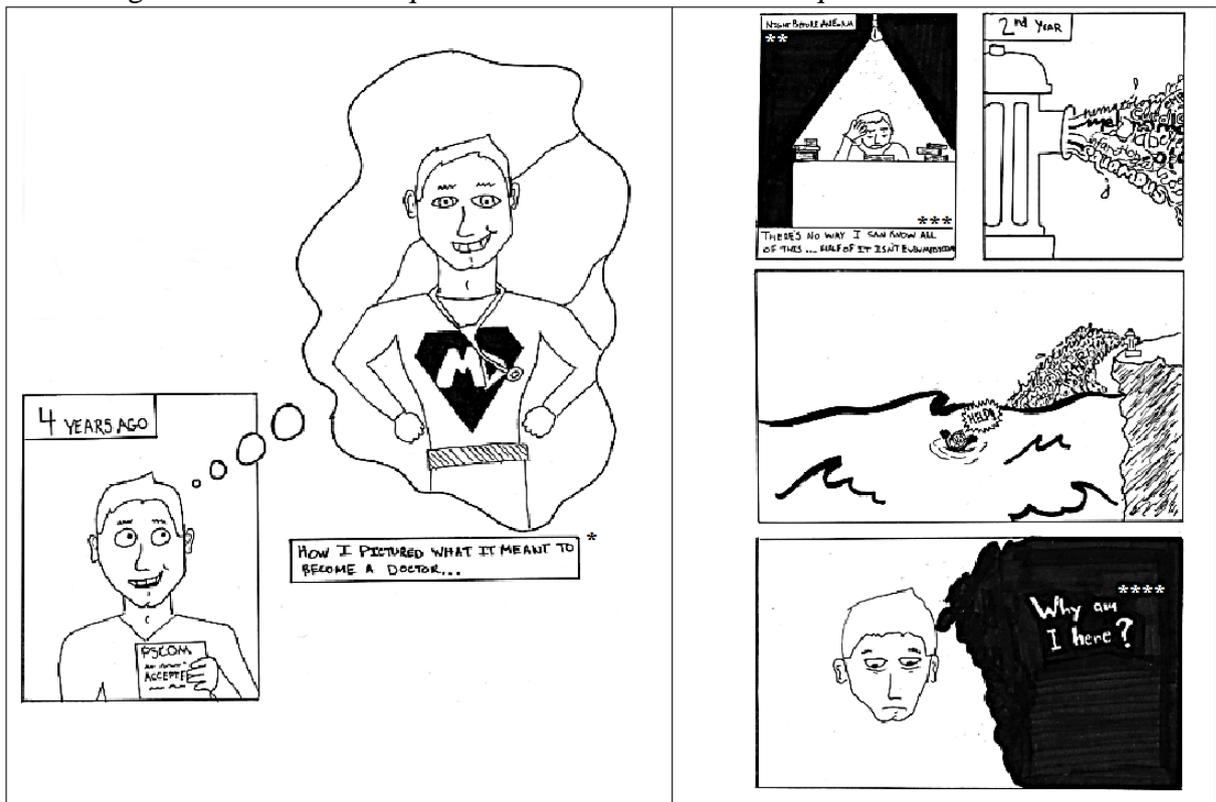
Dando continuidade à questão sobre o conflito geracional, este se torna mais intenso quando pesquisas demonstram que a maioria dos docentes e dos preceptores desses estudantes millenials advém da Geração Baby Boomers e da Geração X (indivíduos nascidos entre 1960 e 1980) cuja filosofia de vida é marcada pelo trabalho e pela produção, mesmo que precisem abandonar o idealismo e as esperanças da juventude. Por terem sido criados com muita rigidez e disciplina, estas gerações cresceram muito focadas e obstinadas, se tornando muito mais conservadoras em relação aos gastos financeiros e aos processos educacionais e produtivos. Esse conflito entre gerações causa obstáculos e desordens quando os alunos, repletos de expectativas e imaginários irreais, entram em contato com a realidade da profissão médica sem orientação adequada de seus *exemplos* profissionais<sup>24,25,28,29,51</sup>.

Ainda que presente em estudos da década de setenta, a percepção do médico como herói é mais ostentada pelos alunos millenials e reforçada por programas, séries e filmes televisivos. Desta maneira, a série ER – Plantão Médico® (ER – Emergency Room®, National Broadcasting Company, 1994 a 2009) criada e escrita pelo ex-médico Michael Crichton,

inaugurou um novo tipo de exemplo para os aspirantes a médicos. Foi uma das primeiras séries televisivas a mostrar o cotidiano da profissão médica<sup>52</sup>. Seguindo esse estilo de programa e passando por filmes e programas no modelo *reality show* de canais como *Discovery Home & Health*<sup>®</sup>, se chega às séries mais recentes e aclamadas pelo público leigo como *House M.D.*<sup>®</sup> (Fox Broadcasting Company, 2004 a 2012), *Grey's Anatomy*<sup>®</sup> (American Broadcasting Company, lançada em 2005), *Chicago Med*<sup>®</sup> (National Broadcasting Company, lançada em 2015), *The Resident*<sup>®</sup> e *The Good Doctor*<sup>®</sup> (American Broadcasting Company, lançadas em 2017). Esses *exemplos* de médicos distanciam os estudantes de uma IM saudável caracterizada por “sensibilidade, empatia, retidão, generosidade, tolerância, bom senso, inteligência, dedicação, capacidade de elaboração e reparação”<sup>25,26,52,53</sup>.

De acordo com as autoras Elena Strauman e Bethany Goodier, os “dramas médicos e seus personagens centrais, os médicos-heróis, têm sido um dos pilares da televisão popular [...] com as convenções genéricas do médico idealizado da televisão do passado, competentes e infalíveis” de forma a “incorporar, no personagem médico, a qualidade da excelência biomédica vista historicamente em tantos outros médicos da televisão, com um *ethos* temperado por um aparente desrespeito – e muitas vezes desdém – pelos pacientes e suas famílias, por seus colegas de trabalho, por sua equipe de apoio e pelo pessoal do hospital”<sup>52,53</sup>. Alguns estudantes chegam a explicitar, em oficinas de expressão artística, essa visão de se tornarem médicos-heróis como nos modelos televisivos, o que vem a ser bastante preocupante quando essa expectativa não se concretiza (Figura 2). A imagem retrata a ideia de um aluno a respeito de sua identidade profissional no início da faculdade de Medicina (imagem à esquerda da figura) e sua percepção ao chegar no ciclo clínico e no internato (imagens à direita da figura)<sup>52,53</sup>.

Figura 2 – História em quadrinhos de um estudante do quarto ano de Medicina



Legenda: Tradução realizada pela autora: \*Como eu imagino o que significava se tornar um médico; \*\* Noite antes do exame; \*\*\* Não tem como eu saber tudo isso... metade nem é Medicina; \*\*\*\* Por que estou aqui?.

Fonte: Adaptada de Green<sup>53</sup>.

Segundo Michael Green<sup>53</sup>, professor de Medicina da Yale School of Medicine, esses desenhos representam metáforas não literais caricaturadas que revelam as percepções dos alunos sobre a experiência vivida na escola de Medicina e sobre como é se tornar um médico. Este e outros autores destacam que os médicos educadores (professores e preceptores) devem prestar muita atenção às mensagens expressas pelos alunos por meio de diálogos intra e extraclasse a fim de refletir profundamente sobre o que essas mensagens podem significar para a educação médica e para a cultura local. Além disso, convém que os educadores considerem novas didáticas de ensino e novas técnicas de interação interpessoal professor-aluno nos currículos das escolas de Medicina<sup>9,27,53-55</sup>. Assim sendo, os docentes e preceptores serão capazes de incentivar e orientar o estudante na direção de um profissional humanista, crítico, reflexivo e ético, perfil preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina (DCN) de 2001 e 2014<sup>25,56</sup>.

Diversos estudos enfatizam a importância dos currículos médicos focados no desenvolvimento pessoal e profissional do candidato à médico. Entretanto, tão importante quanto o desenvolvimento de bons currículos, é a instituição de ensino e os docentes

oferecerem especial atenção em como seus estudantes lidam com as expectativas a respeito da profissão, com as percepções mutáveis a respeito do que é ser médico e com a transição natural que o aprendiz vivencia transformando-se de médico-herói para um médico-real, especialmente na formação de sua Identidade Médica<sup>9,10,28</sup>.

### **Fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam na formação da Identidade Médica**

A construção da identidade é influenciada por fatores intrapessoais que são as capacidades inatas e características adquiridas da personalidade (fatores intrínsecos); e interpessoais, que são identificações com outras pessoas, e culturais que são valores sociais aos quais uma pessoa está exposta (extrínsecos). É comum que os calouros adentrem a faculdade com um ideário adolescente repleto de conceitos prévios sobre o que significa ser um médico<sup>19,20</sup>. Este ideário pode ser considerado como uma Identidade Médica (IM) recém-desenvolvida, visto que a maioria dos recém-chegados ao mundo acadêmico da Medicina se auto identificam mais como *médicos* do que como *estudantes*<sup>23-25</sup>. Ao longo do curso, esses ideários e construções identitárias superficiais e rudimentares entram em conflito com as experiências vivenciadas, gerando grandes tensões emocionais que podem vir a prejudicar a saúde emocional e mental destes estudantes quando valores e crenças antigos são reexaminados de uma forma tumultuada e não supervisionada por colegas ou professores mais experientes<sup>19,20,25</sup>.

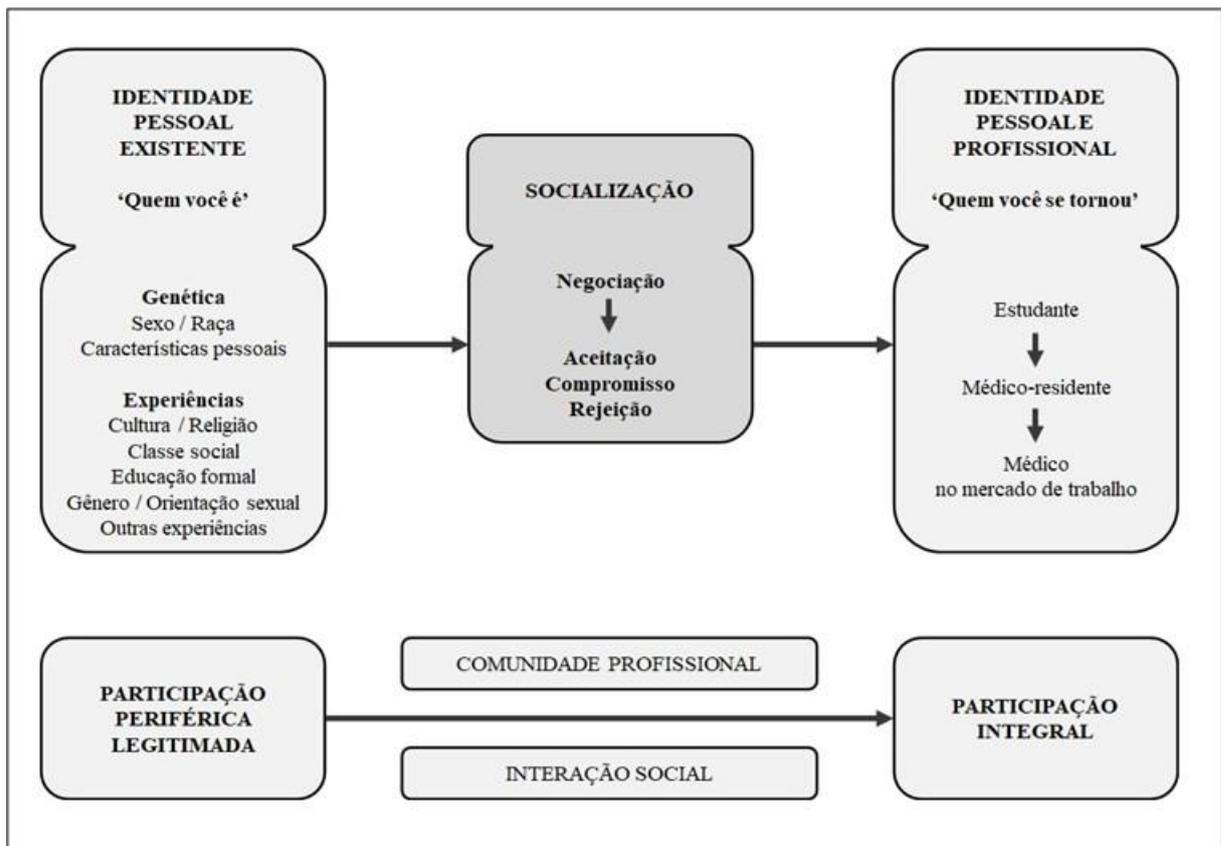
Uma outra forma de analisar esse processo de formação é dividi-lo em dois níveis: o individual e o coletivo. O individual (intrínseco) envolve o desenvolvimento psicológico do indivíduo durante sua socialização profissional por meio de experiências críticas, onde procedimentos e regras vivenciados pelos estudantes desencadeiam a construção de uma identidade médica ao longo do curso. O nível coletivo (extrínseco) envolve a maneira como são transmitidos o conhecimento médico e a estrutura do currículo da instituição de ensino assim como as influências que o estudante recebe durante a graduação, a socialização deste estudante nas funções e normas adequadas à profissão nas atividades práticas intra e extra hospitalares, e na sua participação na comunidade<sup>9,16,26,48,57</sup>.

A socialização profissional inicia-se quando o estudante adentra o curso de graduação, deixando de fazer parte do público leigo para se tornar um profissional em formação. A partir desse momento, serão exigidos desse indivíduo competências, habilidades e atitudes

específicas relacionadas ao *se tornar um(a) médico(a)*. Assim, é necessária uma *negociação* entre a autoimagem atual (quem se é) e a autoimagem que se forma e se transforma durante o curso (quem se torna)<sup>25,56,58</sup>.

Na representação gráfica esquemática abaixo (Figura 3), se pode perceber que os indivíduos entram no processo de socialização com identidades parcialmente desenvolvidas (parte à esquerda da figura). Durante o curso, se socializam por meio da negociação onde aceitam, rejeitam ou se comprometem com valores, crenças e conceitos éticos da profissão. Posteriormente, emergem com identidades pessoais e profissionais plenamente desenvolvidas (parte à direita da figura). O processo de socialização na medicina resulta em um indivíduo passando da participação periférica legitimada em uma comunidade de prática para a participação plena, principalmente por meio da interação social (parte inferior da figura)<sup>58</sup>.

Figura 3 – Representação esquemática da formação da identidade profissional

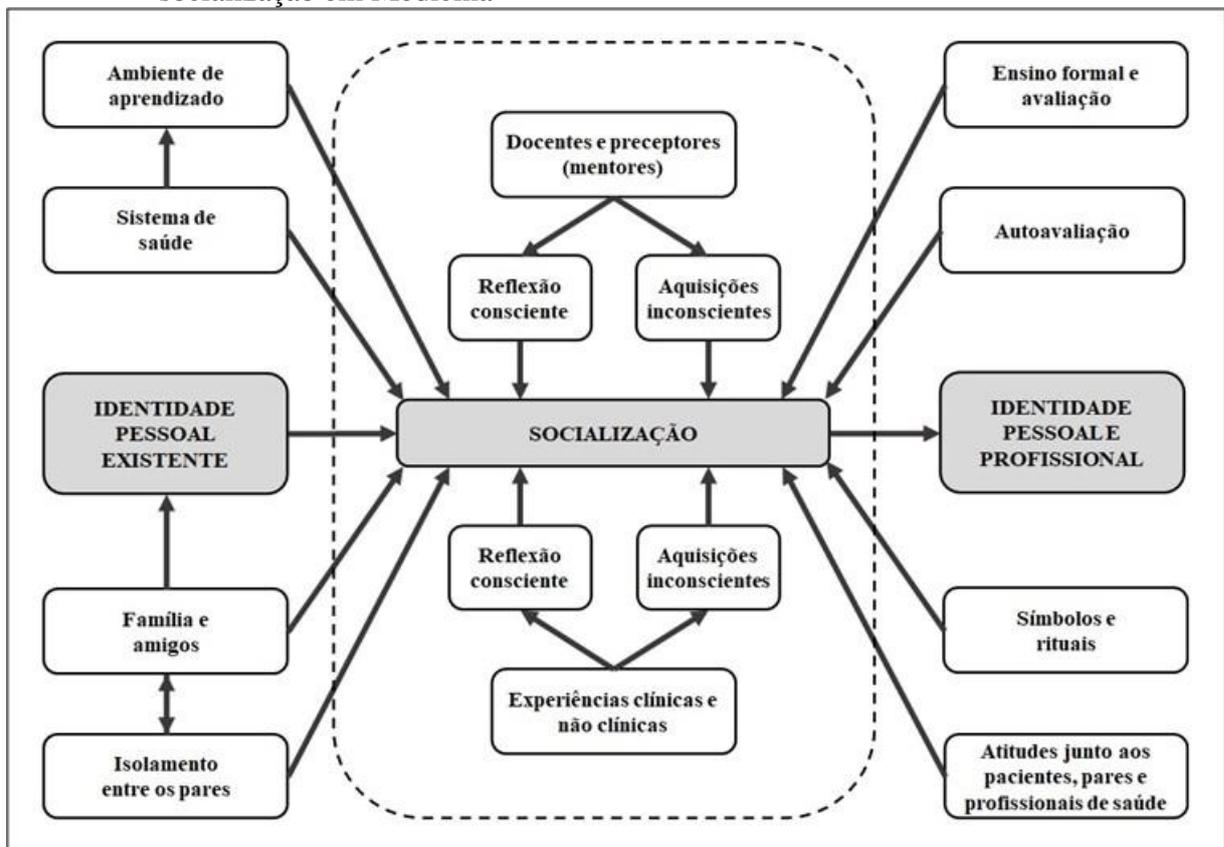


Fonte: adaptada e traduzida por Cruess et al.<sup>58</sup>.

Cruess et al.<sup>58</sup>, médicos e professores de Medicina da University Faculty of Medicine, Canadá, esquematizaram, didaticamente, como os diversos fatores intrínsecos e individuais e os fatores extrínsecos e coletivos influenciam na formação da IM. Nesta imagem, é possível

visualizar uma representação dos múltiplos fatores envolvidos no processo de socialização em Medicina. A grande caixa central, cercada pela linha pontilhada, inclui os modelos e mentores, o aprendizado experiencial na clínica e indica sua importância para esse processo. A direção das setas das identidades pessoais existentes para as identidades pessoais e profissionais indicam a natureza dinâmica desse processo (Figura 4):

Figura 4 – Representação esquemática dos múltiplos fatores envolvidos no processo de socialização em Medicina



Fonte: adaptada e traduzida de Cruess et al.<sup>58</sup>.

Percebe-se que a formação da IM é um processo dinâmico que se entrelaça com o desenvolvimento da identidade do próprio indivíduo inserido na sociedade. A formação dessas duas identidades, a do profissional e a do indivíduo, é influenciada por muitos fatores internos e externos. Estes fatores podem ser percebidos por meio de uma variedade de perspectivas teóricas complexas<sup>59</sup>.

De acordo com Frederic W. Hafferty<sup>60</sup>, pesquisador do Departamento de Ciências Comportamentais da Duluth School of Medicine of University of Minnesota, EUA, em estudo sobre a profissionalização e socialização dos estudantes de Medicina na Universidade de Cambridge, Inglaterra, as incertezas fundamentais que ressaltam a tomada de decisão clínica e

as ambiguidades que permeiam a prática exigem uma postura profissional mais fundamentada no que *se é* do que no que *se faz*. Então, é fundamental uma prática centrada, além da técnica, no desenvolvimento profissional de competências afetivas e humanísticas, fundamentais para o *ser médico*. Acredita-se que esta abordagem pedagógica se aproxime mais da ideia relacionada a propiciar o desenvolvimento de um *jeito de ser médico* e que o *ser* é uma base mais sólida para a presença consistente de comportamentos profissionais do que o *fazer*<sup>9,60</sup>.

Esse *jeito de ser médico*, isto é, essa identidade traduzida no *pensar, agir e sentir* como um médico, é um processo adaptativo de desenvolvimento que ocorre em nível individual e coletivo. O nível individual, ou intrínseco, envolve o desenvolvimento psicológico da pessoa. O nível coletivo, ou extrínseco, envolve a maneira como são transmitidos o conhecimento médico e a estrutura do currículo da instituição de ensino assim como as influências que o estudante recebe durante a graduação, em especial dos professores com quem convive, a socialização deste estudante nas funções e normas adequadas à profissão nas atividades práticas intra e extra hospitalares e na sua participação na comunidade. Apesar de estes níveis de desenvolvimento, individual e coletivo, se mesclarem na formação da Identidade Médica (IM) de maneira profunda, é possível estudar os fatores que estimulam cada nível e correlacioná-los<sup>9,16,57</sup>.

O desenvolvimento de uma forte identidade profissional também pode ser estimulado por outros fatores, como níveis de flexibilidade cognitiva, que se referem à capacidade do indivíduo de estruturar o conhecimento em resposta a mudanças nas demandas situacionais. Essa flexibilidade refere-se à consciência de uma pessoa de que, em qualquer situação, existem opções e alternativas disponíveis, à disposição de ser flexível e de se adaptar à situação; e à autoeficácia ou crença de que alguém tem a capacidade de ser flexível. Os profissionais que são cognitivamente flexíveis demonstram maior assertividade, responsividade e melhor adaptação às demandas externas ao indivíduo, e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida e satisfação e menores níveis de estresse ao longo da carreira<sup>9,48,61</sup>.

Outros fatores que influenciam na formação da identidade médica são o status do médico na sociedade, ou seja, como ele é visto pela população, os avanços das tecnologias de diagnóstico que ocupam um lugar importante na relação médico-paciente, a influência da indústria farmacêutica no comportamento do médico e as expectativas que os pacientes possuem em relação à atuação do médico. Existe um imaginário liberal e privatista quanto à atuação profissional no processo de formação acadêmica em saúde, inclusive entre os estudantes e a população, com uma percepção de que trabalhar no setor público não confere status social, reconhecimento nem boa qualidade de vida financeira e emocional. Ao setor

público é direcionada a expectativa de segurança financeira e ao setor privado a expectativa de sucesso profissional. A formação identitária é influenciada por esse imaginário que pode ou não se concretizar<sup>7,22</sup>. Outro fator é a estratégia agressiva de marketing utilizada pelas indústrias farmacêuticas junto aos estudantes e médicos formados, desde o ingresso na graduação. Alguns laboratórios oferecem bonificações ao médico, como acesso a cursos, congressos e palestras, outros oferecem, além disso, viagens, brindes e presentes, quando este prescreve somente os medicamentos de determinada empresa específico. Estudos recentes da Universidade de Harvard demonstram que esse fenômeno causa diminuição da credibilidade do profissional junto aos pacientes, que perdem a confiança em profissionais muito próximos da indústria farmacêutica<sup>62</sup>.

Em relação aos avanços tecnológicos, quando esses recursos são utilizados como uma forma de suprir a ausência de um exame clínico bem-feito, ou até de substituí-lo, podem esmaecer a relação médico-paciente. A tecnologia, em si, não interfere na relação entre o médico e seu paciente, o fator que possui maior influência é a maneira como o profissional conduz o exame clínico, no qual o mais aconselhável é que não exista nada que se interponha nessa relação. Quando usados para auxiliar no diagnóstico e na escolha da conduta clínica, os recursos tecnológicos aumentam a segurança do médico e a confiança do paciente na terapêutica instituída. Entretanto, atualmente, grande parte dos pacientes parecem condicionar sua confiança à obrigatoriedade da solicitação de exames complementares, sendo considerado *bom médico* aquele que *pede exames*, e considerado *mau médico* aquele que *só examina* ou *só conversa*, e isso causa sofrimento psíquico entre os médicos, especialmente os recém-formados, pela falta de experiência e pelo conflito entre o que aprenderam ser o ideal de conduta frente ao doente e aquilo que os pacientes *exigem* do médico durante a consulta<sup>7,22</sup>.

A incorporação, nos cursos médicos, da abordagem do papel social do médico na coletividade moderna, como é formada a sua identidade e quais fatores influenciam nessa formação propicia a criação de instrumentos que permitem a reflexão sobre como o futuro médico deverá se comportar na sociedade em contínua transformação<sup>7,9,27,57,63</sup>.

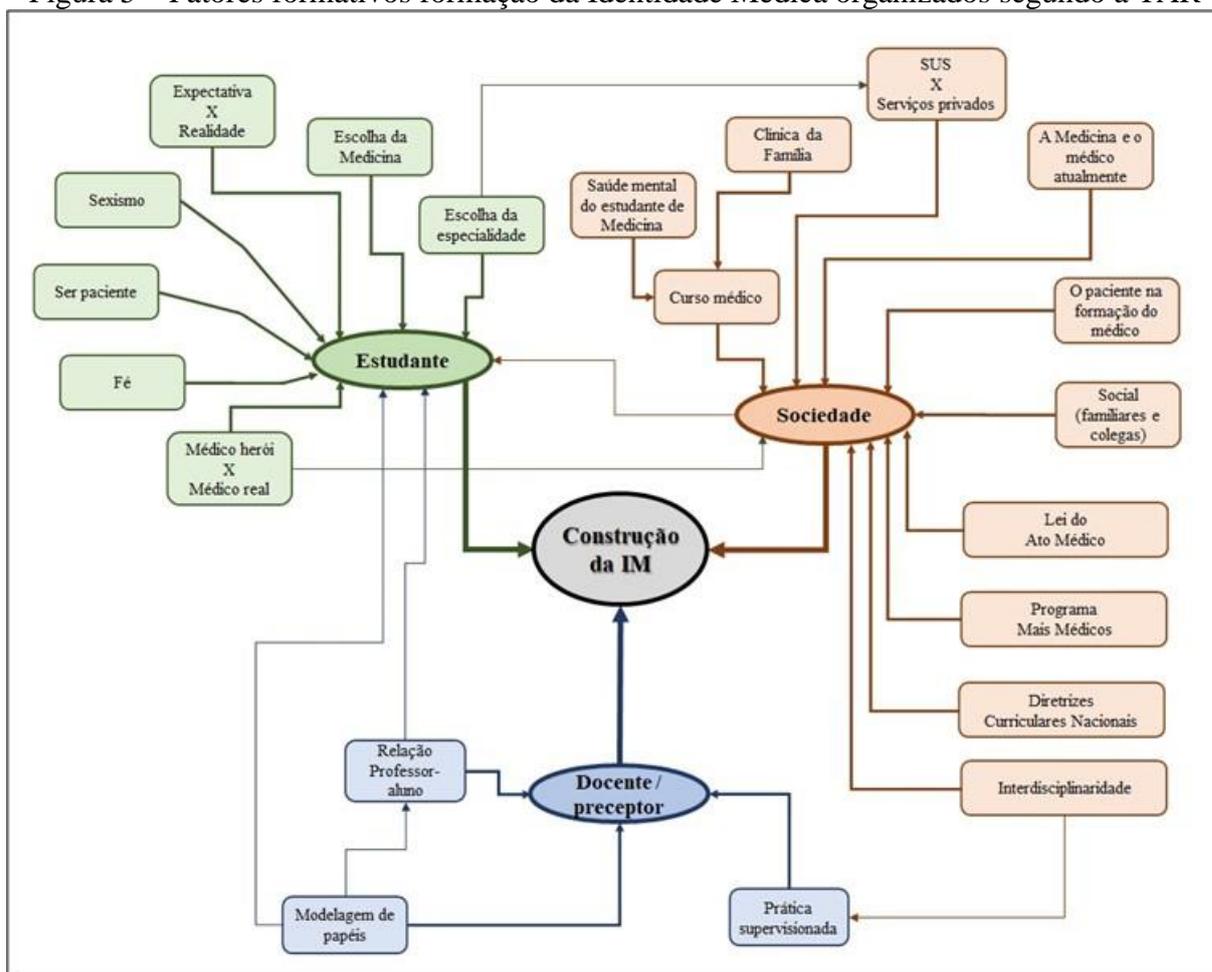
Além disso, o ambiente educacional, por englobar a estrutura curricular institucional, o corpo docente e o corpo discente, pode ser considerado um dos grandes fatores que induz a identidade do profissional que se deseja formar. Fazem parte deste ambiente o processo de ensino-aprendizagem vivenciado durante a graduação, a relação interpessoal vivenciada dos estudantes com os preceptores e docentes, as expectativas dos discentes quanto aos próprios resultados acadêmicos, o ambiente geral de ensino e as relações sociais deste estudante durante o período de sua graduação. As atitudes, valores e virtudes dos modelos profissionais

com os quais os estudantes convivem, sejam positivos ou negativos, incidem na formação do jovem médico, assim como a cultura institucional da escola médica que cursam<sup>64,65</sup>.

Nesse ambiente, modelos profissionais para identificação são fornecidos nas diversas relações estabelecidas no contexto da formação durante o processo de construção da identidade profissional na universidade. O conjunto de ideias, valores, padrões de conduta e o corpo de conhecimento científico são transmitidos e compartilhados por meio de diversas formas de linguagem durante a formação acadêmica. Nesse sentido, os estudantes de Medicina, para construir sua IM e diplomarem-se, precisam percorrer uma trajetória que é complexa. A construção da identidade, do ponto de vista psicodinâmico, é um íntimo desafio, que se vai explicitando e se categorizando à medida em que a identidade, enquanto profissional médico, se exterioriza para a consciência. As identificações envolvidas no operar da IM são diversas e, para o estudante, podem estar objetivamente manifestas e explicitadas; não-manifestas, pairando pelo campo subjetivo do indivíduo; ou quase manifestas, no limiar entre o objetivo e o subjetivo. Estas identificações precisam ser desveladas por cada um em uma trajetória pessoal que envolve reflexão e crítica<sup>9,15,57</sup>.

Dessa forma, se pode depreender que os fatores que influenciam na formação da IM são diversos e entrelaçados, sendo impossível analisá-los de maneira totalmente individualizada<sup>9,15,16,57</sup>. Pelo paradigma da Teoria Ator-Rede (TAR), teoria social que se originou na área da ciência, tecnologia e sociedade na década de oitenta do século XX, todos os fatores estão interligados como atores sociais desempenhando papéis com maior ou menor efeito na grande rede que é a IM<sup>57,66</sup>. Na TAR, o ator social é caracterizado por meio do papel desempenhado, da sua ação, da repercussão e do que produz na rede. Por isso, pessoas, objetos, atitudes e instituições podem ser caracterizados como um ator. A rede, por sua vez, representa as interligações e as conexões onde os atores se interrelacionam de maneira mais ou menos intensa. Quando maior a intensidade, maior é a representação visual desse ator ou conexão<sup>66</sup>. Os principais fatores, com base na literatura e nos resultados desta tese, que influenciam na formação da IM no Brasil, organizados segundo a Teoria Ator-Rede, serão detalhados e discutidos posteriormente e se encontram na figura abaixo (Figura 5):

Figura 5 – Fatores formativos formação da Identidade Médica organizados segundo a TAR

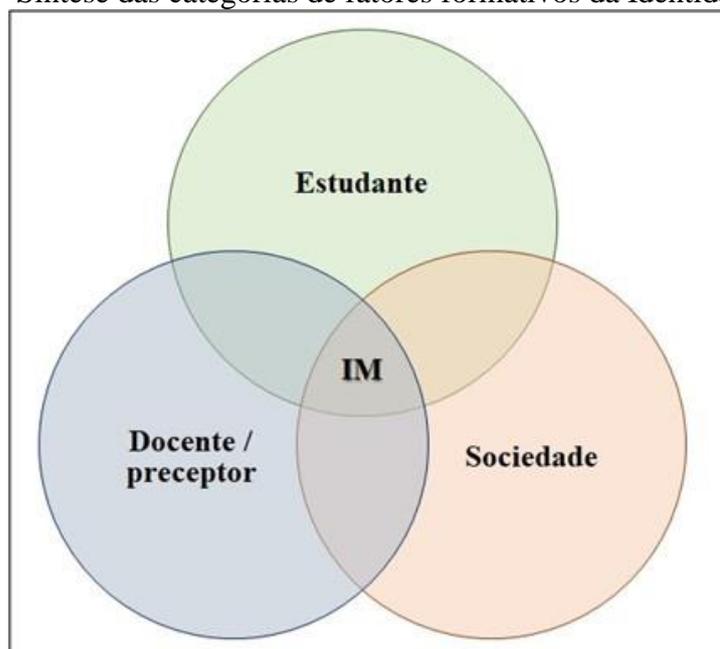


Legenda: Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina (DCN); Identidade médica (IM); Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: A autora, 2022.

Em resumo, os fatores podem ser sintetizados, didaticamente, de três formas: 1) intrínsecos ou extrínsecos; 2) nível pessoal ou coletivo; 3) intra ou extrapessoais. Para fins de análise temática-categorial pré e pós analítica, a terminologia que será utilizada nesta tese será a primeira citada (intrínsecos ou extrínsecos) (Figura 6). A modelagem de papéis, por exemplo, pode ser incluída na categoria Estudante (fator intrínseco), como algumas revisões e pesquisas sobre IM propõe, ou pode ser incluída na categoria Docente (fator extrínseco), como descrevem a maioria dos artigos. Por isso, as interseções existentes entre as categorias e seus constructos conceituais foram incluídos na categoria predominante de maneira que a visualização se torne mais didática nos resultados apresentados desta tese.

Figura 6 – Síntese das categorias de fatores formativos da Identidade Médica



Legenda: Identidade Médica (IM).

Fonte: A autora, 2022.

### **Os primeiros anos do exercício profissional e formação da Identidade Médica**

Os primeiros anos de exercício profissional fornecem ferramentas para a consolidação da IM formada durante da graduação por meio de diversos fatores, entre eles a aprendizagem indireta / informal, a modelagem de papéis, a autonomia profissional e o contato com os pacientes<sup>8,67,68</sup>.

A aprendizagem ocorre de maneiras formais e informais. Enquanto a aprendizagem formal ou direta está ligada ao currículo institucional, à didática de ensino e aos métodos de avaliação. A aprendizagem informal ou indireta inclui todas as ocorrências durante o curso da vida do educando, dos contatos sociais e da prática supervisionada. Este aprendizado indireto é armazenado na memória de longo prazo de forma mais intensa que o aprendizado direto e, a partir de experiências semelhantes repetidas, fornece a base para criação do conhecimento tácito. Em todas as profissões, as interações sociais e a prática supervisionada representam fontes importantes de aprendizagem indireta e de conhecimento tácito relacionado às experiências, às percepções do mundo e aos valores e crenças do indivíduo. Além disso, o contato social, seja com os professores, com os colegas de classe ou com os colegas mais experientes, facilita o desenvolvimento de confiança mútua e respeito pelos outros em suas

percepções e conhecimentos, o que é crucial para uma aprendizagem eficaz<sup>67,68</sup>. Estudantes de Medicina, nos estágios clínicos e no internato, reconhecem as interações positivas com os docentes e com os médicos mais experientes como fatores principais que influenciam seu senso de pertencimento e que criam um clima favorável à aprendizagem. Nos Programas de Residência Médica (PRM) e no meio universitário, os recém-formados têm a oportunidade de encontrar um local diferenciado para auxiliá-los na consolidação de sua IM por meio da modelagem de papéis e o estabelecimento de um clima de aprendizagem positivo. No exercício profissional fora destes ambientes, o corpo docente costuma ser representado, de maneira metafórica, pelos colegas mais experientes que acabam recebendo a demanda informal de orientação dos novos profissionais, o que pode gerar um clima negativo na consolidação da IM<sup>8,67,68</sup>.

Nos PRM, o médico-residente encontra-se em uma espécie de limbo entre o *médico formado* e o *especialista em formação*. Por mais que seja responsável por suas decisões profissionais a respeito de seus pacientes, igualmente realiza suas funções médicas sob a supervisão de um professor / preceptor. Essa *autonomia limitada* pode ser positiva ou negativa, dependendo da dinâmica entre os atores sociais envolvidos. Quando existe uma dinâmica saudável entre aprendizagem e trabalho supervisionado, o clima educacional é positivo. Entretanto, quando as relações não são saudáveis, o clima educacional se torna negativo e origina conflitos identitários nos recém-formados<sup>8,67,68</sup>.

O primeiro PRM foi criado oficialmente em 1889, no Departamento de Cirurgia da Universidade John's Hopkins – EUA, onde por um período de quatro a seis anos, ex-internos trabalhavam residindo no hospital. Estes internos recebiam responsabilidades de forma progressiva e esse método modificou o sistema vigente onde a responsabilidade recaía apenas sobre o médico assistente. Em 1933, houve a consolidação da RM como a forma mais eficaz de aperfeiçoamento e especialização na área médica. No Brasil, o primeiro PRM foi implantado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em 1944<sup>69</sup>. O período desde a criação da RM no país até os dias atuais pode ser dividido em quatro momentos, de acordo com Fernando Bevilacqua<sup>70</sup>, pioneiro na área de Educação Médica, ex-diretor executivo da ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica) e fundador e primeiro editor da Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM):

- a) Romântico-elitista (de 1944 a 1955): período durante o qual havia uma prevalência das características idealistas da Medicina, uma vez que os residentes recebiam baixa remuneração com valores muito aquém da renda daqueles que se inseriam no mercado de trabalho de maneira direta. Por

isso, havia uma premissa de voluntariado e de “extraordinária vocação para uma formação de alto nível na RM”<sup>70</sup>. Dessa forma, apenas aqueles capazes de limitar demasiado seus gastos ou com renda familiar eram capazes de ingressar em um PRM. Nessa época, a minoria dos recém-formados ingressava na RM<sup>70</sup>;

- b) Consolidação (de 1956 a 1970): período quando se tornou uma necessidade premente para a maioria dos recém-formados. Nessa época, a maioria dos recém-formados ingressava na RM<sup>70</sup>;
- c) Expansão do ensino superior (de 1971 a 1977): na década de 70, juntamente com a expansão dos cursos superiores no Brasil, foram implantados, 479 PRM, um aumento de quase 100% com relação ao número existente até 1970<sup>70</sup>;
- d) Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (de 1977 a 1993): o quarto período é iniciado pela criação da CNRM, órgão do Ministério da Educação e Cultura responsável por legislar sobre a RM e o declínio desse eficiente sistema educacional de capacitação profissional do médico após séria crise econômica, devido à “impossibilidade de encontrar alternativas que pudessem compatibilizar a manutenção de um ensino pós-graduado de alto nível com o respeito à legislação”<sup>8,70</sup>. Conforme William Hossne (1927-2016)<sup>71</sup>, ex-professor titular de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), também conhecido como o *guardião da bioética brasileira*, a criação da CNRM foi necessária porque:

A partir de 1972, iniciou-se um verdadeiro processo de desvirtuamento dos programas de Residência. Ao lado de programas sérios passaram a existir programas de nível e de finalidade inaceitáveis [...]. O desvirtuamento e as distorções atingiram tal nível que, em 1977, o governo baixou um decreto através do qual se criou a CNRM, recomendada, aliás, pela Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura em 1976<sup>71</sup>.

Além disso, os médicos-residentes iniciaram um movimento de reivindicação junto ao Ministério da Educação (MEC) a respeito da regulamentação da RM e da implementação de uma remuneração mínima pelos serviços prestados. De maneira inédita, os residentes se mobilizaram por meio de paralisações gerais e foram responsáveis pela histórica primeira greve nacional de médicos<sup>72</sup>.

O Decreto Lei 80.281<sup>73</sup> de 05/09/77 destacam-se na legislação a respeito dos PRM. Segundo o Decreto, que cria a CNRM e dá outras providências, a RM:

[...] constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional<sup>73</sup>.

Ademais, orienta que os PRM possuam a duração mínima de um ano (1.800horas/ano) e, pelo menos, quatro horas semanais de atividades como sessões de atualização, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras sempre com a participação ativa dos alunos e sejam desenvolvidos, preferencialmente, em uma das seguintes áreas: Clínica Médica; Cirurgia Geral; Pediatria; Obstetrícia e Ginecologia; e Medicina Preventiva ou Social<sup>73</sup>.

Posteriormente, a Lei 6.932<sup>74</sup>, aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pela Presidência da República em 1981, se tornou a mais relevante por extinguir o regime de dedicação exclusiva, definir como PRM apenas os programas aprovados pela CNRM, determinar o valor de bolsa de estudo para o médico-residente e assegurar direitos como a licença maternidade, o máximo de 60 horas de carga horária semanal, folga semanal de um dia e repouso de 30 dias consecutivos por ano de atividade e a obrigatoriedade de oferta de alojamento e alimentação pelas instituições de saúde. Além disso, estipula que os PRM outorguem os títulos de especialista para fins legais junto ao CFM<sup>74</sup>.

A Reforma Sanitária, iniciada em 1970, atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica 8.080<sup>75</sup>, a “ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde” e a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas permanente aperfeiçoamento de pessoal”<sup>76</sup>. Não obstante, os quase oitenta anos de existência da RM no Brasil e das modificações incitadas pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve empecilhos no desenvolvimento de políticas públicas que garantam uma formação de especialistas de acordo com as necessidades de saúde da população<sup>77,78</sup>.

De acordo com Luiz Antonio N. Martins<sup>8</sup>, médico professor livre docente pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em 1994 iniciou-se o quinto período da história da RM no Brasil, o de Revitalização, onde se percebe um aumento no número de pedidos de credenciamento de PRM e recredenciamento de instituições de renome que haviam suspenso temporariamente seus Programas<sup>8</sup>. Contudo, várias questões importantes se inserem no debate sobre a Residência Médica, como a autonomia universitária,

as relações entre as RM e as demais pós-graduações em saúde, o mercado de trabalho, a superespecialização médica e a necessidade de produção de conhecimento científico na área<sup>8,42,76</sup>.

Assim, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS, foi instituído o Programa Mais Médicos (PMM), que se constituiu em um grande avanço na interiorização dos cursos médicos e na formação de especialistas por meio dos PRM, no Brasil<sup>79</sup>. Além disso, PMM promoveu:

[...] a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e a promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional<sup>79</sup>.

No Estado do Rio de Janeiro, a maioria das novas vagas se concentraram em municípios do interior fluminense. Contudo, a maior parte destas são em instituições privadas<sup>42,76</sup>. Há uma tendência, observada nas últimas décadas, de privatização do ensino superior com possibilidade de diminuição da qualidade e do acesso democrático nos cursos médicos. Essa tendência fragiliza a estabilidade da privatização e da relação destas escolas com o SUS. Em consonância com Aluisio Gomes da Silva Junior et al.<sup>77</sup>, professores e pesquisadores da Universidade Federal Fluminense:

[...] uma experiência recente de falência de escola médica no Rio de Janeiro expôs a dependência de investimentos públicos para sua manutenção e os transtornos causados na rede de saúde onde seus alunos tinham inserção<sup>77</sup>.

Os estudos recentes sobre a RM evidenciam que, apesar de promover a competência, a autoconfiança e a segurança profissional, essa modalidade de pós-graduação e de treinamento médico tem efeitos prejudiciais na qualidade de vida pessoal dos médicos e na sua empatia e sensibilidade com relação aos pacientes. Além disso, causa aumento do desgaste físico e do estresse psicológico, promovendo um aumento da morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica<sup>8,42,72</sup>.

Essa dualidade de função, o estudante e o trabalhador, nos PRM provoca conflitos em relação ao treinamento dos médicos-residentes. Desde 1984, Bevilacqua<sup>70</sup> nos alertava sobre esta questão:

A preservação das instituições de ensino e pesquisa médica, como centros de excelência, gerou a seguinte polarização: de um lado, as instituições que encaravam o residente como um médico em formação. Enquadram-se aqui, principalmente, os hospitais universitários. Opondo-se a isto, outras, que se interessavam pelo profissional médico já graduado, barato, disponível 24 horas por dia, pronto para aceitar ordens e regulamentos. Algumas instituições, por força de sua inserção no mercado, manifestavam atitudes dúbias e às vezes conflitantes com relação ao aspecto a ser privilegiado: ensino médico pós-graduado ou mão-de-obra<sup>70</sup>.

A RM é considerada uma experiência de vida avassaladora, capaz de gerar angústia e transtornos psicológicos como depressão e ansiedade, apesar do amadurecimento pessoal e profissional que proporciona. Representa, portanto, uma transição entre a tutela e a independência<sup>8</sup>.

Esse processo, contudo, é criticado por alguns autores contemporâneos por considerarem que esse tipo de treinamento em serviço “poderia se dar de modo mais humano”<sup>8</sup>. De acordo com William Saad Hossne<sup>71</sup>, o Pai da Bioética no Brasil e fundador da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), em seu livro *Vale a pena ser médico?* de 1986, a RM:

[...] é uma fase extremamente importante não só para o aprendizado de uma especialidade médica, mas, sobretudo para a formação profissional e humana no sentido mais profundo. É uma fase em que altos e baixos se misturam, momentos de depressão e de exaltação, momentos de humildade e de megalomania, momentos de impotência e de onipotência<sup>71</sup>.

## **O contato com os pacientes e a formação da Identidade Médica**

Para se abordar a importância do contato com o paciente na construção da IM, é fundamental analisar a evolução da relação médico-paciente. Antigamente, nos primórdios da Medicina, essa relação estava entremeada pelas características religiosas e dogmáticas, o médico como um *ser superior* ao paciente. Posteriormente, passou a ser mais próxima, com a figura do *médico de cabeceira*, uma pessoa com a qual se compartilha as emoções cotidianas, uma pessoa que aconselha e cuida. Nos dias atuais, contudo, com a superespecialização da Medicina e o incremento no conhecimento sobre prevenção, tratamento e reabilitação dos pacientes, foi gerada uma nova barreira na relação médico-paciente. Isso acontece porque o profissional acaba por analisar o paciente de acordo com a parte sobre a qual é especializado enquanto o paciente como um todo se perde entre múltiplos especialistas que cuidam da sua

saúde. Paralelamente à essa barreira, existe um movimento de resgate daquele médico de cabeça, pela humanização do atendimento, pelo foco do atendimento no paciente em si mesmo. Uma boa relação médico-paciente envolve confiança, responsabilidade e compromisso mútuo entre o médico e o paciente, sem a qual não é possível realizar um atendimento médico de qualidade. Além disso, possui um efeito terapêutico no paciente e no médico<sup>80-83</sup>.

Nos últimos anos, houve um aumento na prevalência de problemas na área da comunicação em saúde, especialmente da percepção dos pacientes de não terem suas preocupações elucidadas pelos médicos, da falta de diagnóstico de alterações psicossociais e psiquiátricas, da ausência de aconselhamento em saúde e da dificuldade dos pacientes em entenderem o que o médico lhe diz a respeito do diagnóstico ou do tratamento<sup>81,83</sup>.

As DCN de 2001 e 2014 enfatizam que é fundamental a habilidade de comunicação, de colocar o paciente como foco do atendimento (humanização), ser flexível às inovações tecnológicas, de trabalhar em equipe e de ser resiliente frente aos ambientes de trabalho, além de todas as habilidades, atitudes e competências descritas nas Diretrizes. Nesse ínterim, as instituições de ensino têm a oportunidade e a responsabilidade de ensinar e avaliar essas habilidades junto aos estudantes<sup>4,22,46,84</sup>. Ademais, em 2004, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) instituiu que os concursos para os PRM incluíssem prova prática onde a “avaliação das habilidades e comportamentos constitui elemento essencial à seleção do candidato”<sup>81,83</sup>.

Entretanto, apesar da sua importância, a maioria dos alunos refere que aprendem sobre a relação médico-paciente observando a conduta de professores, preceptores, colegas mais experientes e outros profissionais da saúde. Esse aprendizado manifesta-se nos modelos positivos, considerados adequados (o que se deve fazer, exemplos a seguir), e nos negativos, considerados inadequados (o que não se deve fazer, exemplos a não serem seguidos)<sup>81,83</sup>. Por isso, a modelagem de papéis e a prática supervisionada são considerados os principais recursos de aprendizado, uma vez que as aulas teóricas são escassas e pouco aproveitadas<sup>80-83</sup>. Inclusive, é perceptível que “inconsistências entre o que se aprende na sala de aula e o que se vê na prática podem levar os estudantes a desvalorizar a relação médico-paciente e a concluir que as habilidades de comunicação não são relevantes no seu cuidado”<sup>81</sup>.

Uma faceta fundamental dessa relação diz respeito à maneira como o contato com os pacientes impacta na forma do estudante e do recém-formado em Medicina se relacionarem com sua própria IM, isto é, no seu próprio *jeito de ser* e no seu *pensar, agir e sentir* como médico(a). O contato tardio com os pacientes, no ciclo clínico e no internato, forma uma

identidade relacionada aos modelos tradicionais centrados no médico, independente do país onde curse Medicina. A interação precoce, no ciclo pré-clínico, auxilia na construção de uma IM mais saudável por colocar o estudante frente à uma realidade concreta daquilo que encontrará ao final do curso e muda o foco do aluno para a direção de uma IM mais centrada no paciente. Pode-se construir esse foco a partir do envolvimento do graduando em tarefas práticas cotidianas, como receber pacientes em uma sala de espera, se tornar responsável por algumas etapas do atendimento ou realizar atividades em contato próximo com os pacientes, apoiando a sensação de ser um médico *de verdade*. Esse envolvimento compõe uma participação legítima na atenção supervisionada ao doente, mesmo que periférica no início do curso, e é capaz de moldar a identidade profissional dos estudantes. Nesse contexto, surge a figura do preceptor ou do docente como indispensável na modelagem de papéis na prática médica, influenciando de forma positiva ou negativa na eclosão e no desenvolvimento da IM de seus estudantes<sup>53-55</sup>.

Além de direcionar a formação de uma IM mais saudável, o convívio com os pacientes humaniza o atendimento dos profissionais, estimulando a criação de uma relação mais horizontalizada com o paciente e de uma identificação de si mesmo com a alteridade, com o outro. Essa convivência desenvolve, portanto, a capacidade do estudante e do futuro médico de tratar o outro como gostaria de ser tratado, manifestando valores morais, respeito, simpatia, amizade, paciência e tolerância<sup>80-83</sup>.

### **As Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação da Identidade Médica**

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz,  
de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.

*Paulo Freire.*

Como nos recomenda Paulo Freire, entre o que se diz e o que se faz, isto é, entre o médico que se deve ser, de acordo com a recomendação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e o médico que é possível ser, diante da realidade da Medicina no país, não deveríamos encontrar hiatos. Essa distância entre a teoria e a prática impacta fortemente o desenvolvimento identitário e constitui um elemento de sofrimento psíquico e uma das

origens das crises de identidade que acometem médicos em diversas áreas de atuação atualmente<sup>24,36</sup>. Estudos demonstram que os altos níveis de estresse, inclusive, afetam a capacidade de apreender conhecimentos e o treinamento prático em Medicina<sup>03</sup>.

O perfil de médico preconizado pelas DCN para o curso de Medicina, publicadas em 2001 e aperfeiçoadas em 2014, se relacionam com a formação individual e coletivamente da IM. Espera-se que o egresso se apresente como um médico generalista, capacitado a atuar em diferentes níveis de atenção numa perspectiva de integralidade da assistência com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Por conseguinte, é almejado que a identidade desses profissionais seja construída de maneira a se adequar a este perfil de egresso<sup>4,21,26,84</sup>. Por outro lado, existe o estereótipo do médico de jaleco branco, tecnicamente talentoso e onipotente, que é preponderante entre a população em geral e entre os próprios estudantes de Medicina. Embora o estereótipo seja parte de uma memória de outros tempos, ele influencia as expectativas dos pacientes e a forma como os estudantes e jovens médicos percebem a si mesmos. Os estudantes de Medicina constroem, dessa forma, o seu *jeito de ser médico* e a sua identidade a partir da combinação entre expectativas e idealizações que vivenciam antes de ingressarem no curso médico e o perfil de profissional preconizado pelas DCN ensinado no curso de graduação. A maioria dos estudantes que entram em uma escola médica terminam o curso com uma visão do mundo e do paciente diferente porque é necessário que transcorra, durante a graduação, uma substituição das representações daquele médico-herói estereotipado para o médico-real, preconizado pelas DCN<sup>26,27,46,57,85</sup>.

Apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2014) preconizarem que o perfil do egresso contemple uma formação generalista com foco de atuação nas demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), existe ainda um imaginário coletivo dos alunos dirigido às especializações e ao caráter privatista quanto à atuação profissional no processo de formação acadêmica em saúde<sup>1,21,22</sup>. Considerando que entre os médicos com idade inferior a 25 anos, aproximadamente 67% trabalham exclusivamente no SUS<sup>42</sup>, se observa que os estudantes de Medicina têm a percepção de que trabalhar no setor público oferece segurança financeira devido à garantia do emprego e de um salário considerado aquém do necessário, e que trabalhar no setor privado oferece sucesso profissional pleno<sup>1,21,22</sup>.

Apesar de, atualmente, 21,5% dos médicos brasileiros trabalharem exclusivamente no SUS e 28,3% exclusivamente no setor privado<sup>42</sup>, o atual processo de formação e de trabalho ainda são centrados na multiplicidade de especialidades, isso produz um esvaziamento na formação dos médicos generalistas e das especialidades-raiz (pediatria, cirurgia geral, clínica médica, gineco-obstetrícia e saúde pública)<sup>1,21,22,86</sup>.

Portanto, o processo de formação médica deve, além de incorporar novas metodologias clínicas, diagnósticas e terapêuticas, abordar o papel social do médico na coletividade moderna, como é formada a sua identidade e quais fatores instigam essa formação, a fim de que sejam criados instrumentos que permitam a reflexão sobre como o futuro médico deverá se comportar na sociedade em contínua transformação<sup>7,9,27,57,63</sup>.

Em resumo, os fatores que auxiliam na construção da IM podem ser divididos em dois níveis: intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos estão relacionados ao indivíduo, isto é, ao estudante de graduação ou de pós-graduação e suas expectativas, motivações e percepções a respeito do curso médico e da Medicina. Os fatores extrínsecos estão relacionados diretamente à dois grupos de atores sociais, que são os professores / preceptores e a sociedade. Os primeiros têm sua influência principal durante a graduação e a Residência Médica. A sociedade abrange a intervenção de outros profissionais da área da saúde assim bem como a estrutura curricular, o modelo de ensino e o ambiente educacional da instituição de ensino. Compreende, ademais, a atuação prática no Sistema Único de Saúde (SUS) e em serviços privados, a responsabilidade social do médico e a influência da convivência com os pacientes<sup>9,10,26,28,57</sup>.

Como nos orienta Júlio de Mello Filho (1933-2018)<sup>26</sup>, médico, professor e psicanalista brasileiro, “árduo se torna o estudo centrado no médico” porque muitos autores se dedicam ao estudo da Medicina enquanto ciência, entretanto, “quem a exerce não fica senão nas entrelinhas”<sup>26</sup>. O terreno do estudo sobre a formação da IM é pedregoso e áspero porque “o médico, empenhado que está em estudar a identidade do paciente, esquece-se de analisar a sua própria identidade. Certos médicos escudam-se no papel profissional como se, assim procedendo, invalidassem a própria condição como seres humanos”<sup>26</sup>. Faz-se fundamental, no estudo da IM, que o próprio médico se interrogue a respeito de “Quem sou eu? Que posso eu ser? Que quer o paciente que eu seja?”<sup>87</sup> a fim compreender suas próprias expectativas diante da profissão, seu papel social, sua própria identidade enquanto médico e sua relevância diante das escolhas dos pacientes, de acordo com Adolfo Hoirisch<sup>87</sup>. Se os próprios médicos e docentes sofrem com crises em seus processos identitários, os estudantes que se espelham nesses profissionais para construir suas nascentes Identidades Médicas atravessam e vivenciam os mesmos conflitos<sup>26</sup>.

Existem duas identidades que formam a identidade profissional do médico e que podem ser analisadas como as duas fitas de um DNA dupla hélice: a identidade como indivíduo e a identidade como profissional. Estas duas identidades formam fios paralelos que se entrelaçam e cada fio deve apresentar potencial de resiliência para acomodar o outro. No

entanto, esse fardo de dobrar e mudar para que uma identidade acomode a outra parece recair mais sobre a vertente individual, com a vertente da profissão permanecendo mais fixa e imutável. Com isso, as expectativas do indivíduo podem ser suprimidas pela realidade profissional, criando sentimentos de ansiedade, de frustração e de inadequação, podendo resultar transtornos psicológicos que levem à depressão e ao abandono da profissão<sup>10,25,28,56</sup>.

Como se faz perceber, a construção da identidade profissional na Medicina é um fenômeno dinâmico e que contribui, inclusive, para que haja uma boa conduta na prática clínica. Isso impacta, significativamente, a autoconfiança dos próprios médicos em sustentar uma linha de raciocínio no diagnóstico e no tratamento dos pacientes sob seus cuidados quando ocorrem, por exemplo, divergências de conduta clínica entre o médico e os demais profissionais de uma equipe multiprofissional<sup>7,9,27</sup>.

Concluindo, Marieke Adema et al.<sup>9</sup>, em seu artigo de 2019, nos orienta que:

[...] compreender o processo de engajamento, imaginação e alinhamento dos estudantes durante toda a faculdade de Medicina até que se tornem médicos é essencial para a compreensão do processo de construção da IM e da autopercepção dos alunos em relação a quem eles são e que tipo de médico desejam ser<sup>9</sup>.

## **Justificativa**

Os fatores que influenciam a construção da Identidade Médica são temas instigantes e fundamentais para a Educação Médica. Entretanto, menos de vinte por cento da literatura sobre a temática foi publicada antes de 2001, incluindo dissertações de mestrado, teses de doutorado e livros. Mais de oitenta por cento dos artigos sobre o IM foram publicados nos últimos vinte anos, incluindo metassínteses, revisões de escopo, revisões de literatura e pesquisas qualitativas<sup>7,28</sup>.

A necessidade de compreender como o ambiente educacional, com destaque para a faceta docente, incide na formação da Identidade Médica é de grande importância no contexto da Educação Médica atual quando uma quantidade imensa de conhecimento acadêmico está facilmente disponibilizada aos estudantes por meio da internet, incluindo livros-textos e artigos recém-publicados<sup>88,89</sup>.

Entretanto, o papel do médico-professor, ou do professor-médico, nesse ambiente educativo ainda carece de estudos, desde a década de 90, quando a Comissão

Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM desenvolveu uma pesquisa com objetivo de avaliar o ensino médico no Brasil e apontou que, para a grande maioria dos professores médicos entrevistados, “a docência constituiu-se como atividade complementar à profissão médica. Como decorrência deste perfil docente, a educação médica parece caracterizar-se como um processo de reprodução endógena, sem ênfase na produção do conhecimento”<sup>89</sup>. Para a CINAEM e para outros autores, o professor tem papel fundamental no ensino da resiliência diante das adversidades da profissão e na transmissão de saberes que *não se encontram nos livros*<sup>45,89-91</sup>.

A crise de identidade do médico não é recente e foi bastante estudada especialmente por pesquisadores e professores da Universidade do Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) a partir da década de 70, com destaque para a tese apresentada pelo professor Adolpho Hoirisch, em 1976, para provimento efetivo do cargo de Professor Titular de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ, intitulada *O Problema da Identidade Médica*<sup>87</sup>. Posteriormente, em 2006, o professor Julio de Mello Filho, da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, foi responsável pela organização do livro *Identidade Médica*, reunindo textos sobre o desenvolvimento da IM, a importância do docente e a tutoria na formação da IM e sobre a vocação médica e o curso de Medicina<sup>26</sup>. A literatura nacional indexada tangencia essa temática específica, abordando-a mais sobre um caráter vocacional do médico e a respeito das expectativas dos estudantes de graduação. A literatura internacional é abundante em artigos sobre a IM, especialmente nos últimos quinze anos que congregam 90% dos artigos encontrados no PubMed, demonstrando como esta temática é atual.

Recentemente, um estudo sobre o que é ser médico no Brasil, realizado a partir das respostas de estudantes de Medicina do ciclo básico, do clínico e do internato<sup>1</sup>, evidenciou que os alunos do ciclo básico demonstraram relação estreita com o perfil de médico recomendado pelas Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN), publicadas em 2001<sup>84</sup> e aperfeiçoadas em 2014<sup>4</sup>. Um perfil generalista e resolutivo na promoção e redução dos riscos em saúde, crítico, reflexivo e ético, pronto para atuar em todos os níveis de atenção em saúde e capaz de praticar ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, respeitando sempre o direito do paciente à cidadania e à dignidade, com foco em atuar profissionalmente no serviço público e no SUS<sup>4,21,46</sup>. Entretanto, a grande maioria dos estudantes da pesquisa demonstrou uma desilusão em relação ao que é ser médico hoje no Brasil e o desafio do exercício da profissão frente aos obstáculos em atender ao perfil do egresso preconizado nas DCN. Esse conflito identitário entre o que *se deve ser*, o que *se deseja ser* e o que *se pode ser*,

isto é, entre o que a sociedade espera da profissão médica, o ideário do estudante e o que realmente é a vivência médica cotidiana no país, é causa de grande sofrimento psíquico e de uma visão negativa em relação à prática médica, especialmente para os formandos e jovens médicos<sup>1-3</sup>. Esses conflitos impactam profunda e negativamente na formação da IM dos estudantes e dos recém-formados.

Esse impacto negativo é tão significativo que pode gerar manifestações de violência explícitas ou implícitas nas relações educacionais. No âmbito nacional da educação médica e do trabalho na saúde, “a violência – representada por atitudes de agressão, injustiça ou intolerância – engloba temas como preconceito, discriminação e bullying”<sup>92</sup>. Este ano de 2022 foi eleito pela Associação Brasileira de Educação Médica como o ano de *Enfrentamento da Violência na Educação Médica (graduação e residência)*. O ano temático marca o 60º aniversário da instituição e se constitui como “uma estratégia de construção de relações mais justas e solidárias para as próximas décadas”<sup>92</sup> e uma “caminhada conjunta na busca de estratégias de prevenção, enfrentamento e superação da violência”<sup>92</sup>.

Outra importante questão é a uma carência de pesquisas científicas brasileiras a respeito da formação identitária do jovem médico. Na revisão da literatura realizada para esta tese, se percebeu que as pesquisas internacionais sobre o tema cresceram substancialmente desde o ano 2000, em especial na última década. Entretanto, o mesmo não aconteceu com os estudos nacionais. Além disso, a maioria das pesquisas trata-se de revisões de literatura. A metodologia empírica de investigação, apesar de ser escolhida pela minoria dos artigos, permite um conhecimento mais completo e adequado da realidade e foi o método escolhido para realização da atual pesquisa. Dentre as pesquisas empíricas (78 artigos) estudadas no levantamento bibliográfico desta tese, três categorias se destacaram: o discente (18 artigos), o docente / preceptores (21 artigos) e a sociedade (25 artigos). A maioria dos estudos empíricos (65 artigos) utilizou metodologia qualitativa enquanto os demais treze artigos utilizaram metodologia quantitativa. O Brasil consta como o 5º país em número de publicações, com nove artigos indexados no total.

O tempo investido e o maior custo operacional das pesquisas empíricas são compensados pela maior eficácia final do estudo<sup>7,28</sup>. Ademais, a metassíntese de Volpe et al., citada anteriormente, revelou que estudos utilizando questionários e escalas unidimensionais possuem pouca robustez em suas propriedades psicométricas, incluindo confiabilidade, consistência interna, validade estrutural e validade do conteúdo, quando comparados a estudos qualitativos exploratórios e empíricos<sup>7,28</sup>.

As perguntas que norteiam esta tese estão direcionadas aos fatores que influenciam a construção da identidade médica dos recém-formados e resgatam o estudo sobre a IM, de forma a contribuir para a discussão atual sobre o tipo de médico que as escolas médicas brasileiras estão formando<sup>26</sup>. Em um ambiente de saúde, a identidade profissional, em especial a IM, tem uma grande importância. Ela define os limites da prática e ajuda a diminuir a confusão de papéis profissionais, particularmente em equipes multidisciplinares. Verificou-se que a falta de clareza de identidade profissional tem um impacto significativo em uma profissão que necessita de grande confiança para defender suas opiniões profissionais com o objetivo de auxiliar o paciente no reestabelecimento de sua saúde<sup>7,93</sup>.

A Identidade Médica determina a forma como o médico atua com seus pares, com seus pacientes e com as pessoas com as quais convive em sociedade. Além disso, uma formação identitária segura e sólida, com caminhos de construção bem identificados e coerentes com ideário de vida, contribui para a manutenção da saúde mental do profissional, o que interfere na qualidade do atendimento que presta àqueles que o procuram<sup>7,9,93,94</sup>.

Portanto, conhecer a IM é um dos meios para se avaliar as motivações relacionadas às maneiras de sentir, pensar e agir, isto é, do comportamento social do Médico. Por conseguinte, saber como a IM se constrói e quais fatores influenciam na sua construção contribui para uma formação médica que atenda às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Medicina e, em última análise, às necessidades de saúde da população.

## **1 OBJETIVOS**

### **1.1 Geral**

Analisar a construção da Identidade Médica e os fatores que a influenciam a partir das percepções de médicos recém-graduados.

### **1.2 Específicos:**

- a) realizar revisão da literatura sobre a formação da Identidade Médica;
- b) pesquisar os fatores intrínsecos e extrínsecos aos médicos recém-graduados na formação da IM;
- c) verificar a influência dos primeiros anos do exercício profissional médico, dentro e fora do ambiente universitário, na consolidação da Identidade Médica;
- d) relacionar a IM construída pelos participantes da pesquisa com o preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina de 2014.

## 2 MÉTODOS

### 2.1 Desenho da pesquisa

Optou-se pelo método qualitativo de pesquisa devido à natureza subjetiva e particular do objeto em estudo, uma vez que se pretende compreender como se dá a construção da identidade médica e os fatores que a influenciam.

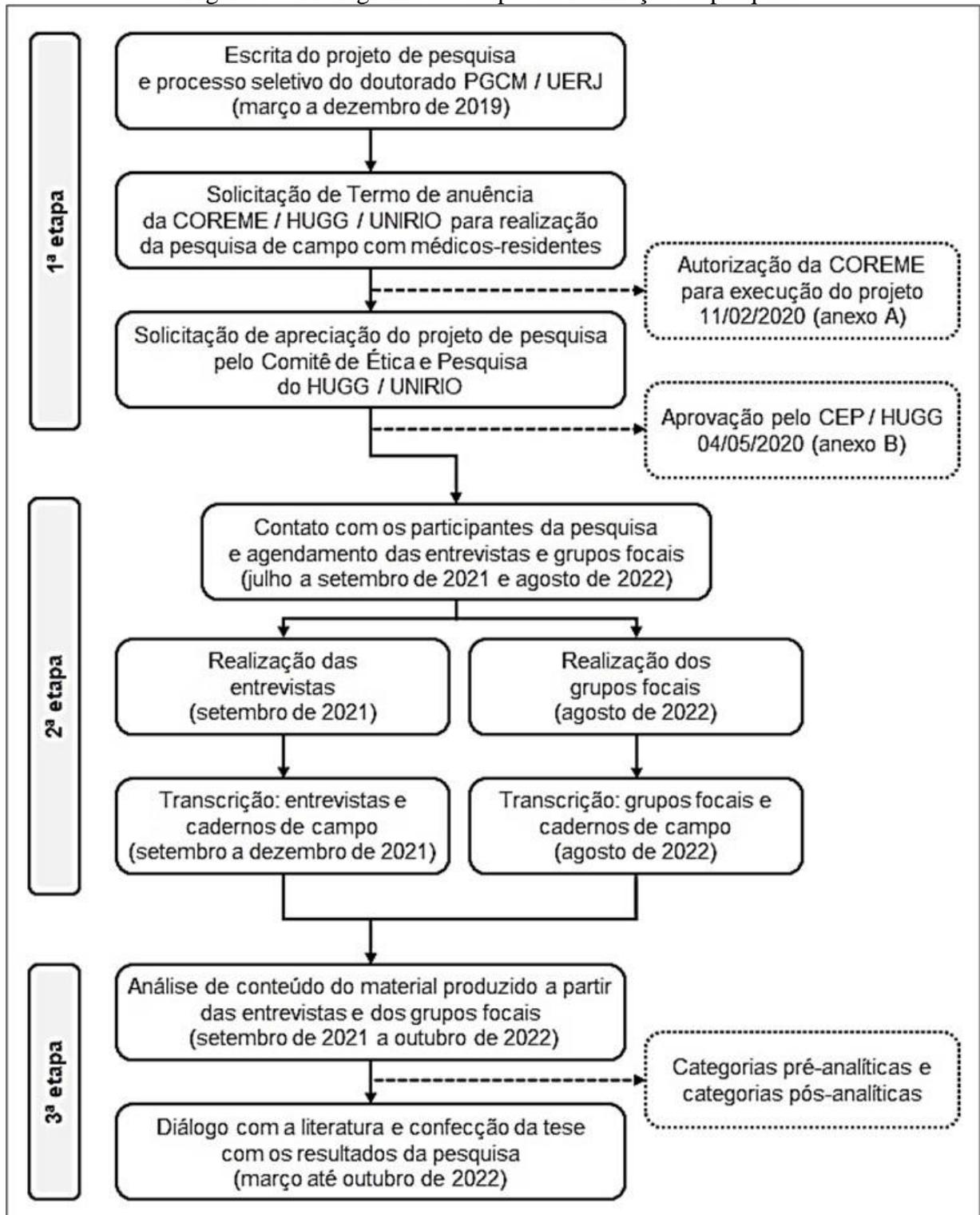
Portanto, esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo descritivo e analítico desenvolvido por meio de entrevistas semiestruturadas e de grupos focais.

A pesquisa qualitativa é relevante ao estudo empírico das relações sociais, dos ambientes, das culturas e dos estilos de vida. A análise dos significados subjetivos das experiências, das práticas cotidianas e das narrativas e discursos dos participantes se faz por meio da apropriação de métodos e teorias e da reflexividade do pesquisador. Permite, portanto, um conhecimento mais profundo e compreensivo da realidade e revela aquilo que não está manifesto no contexto objetivo do factual. O tempo investido e o maior custo operacional de uma pesquisa qualitativa são compensados pela compreensão mais aprofundada do tema em estudo<sup>95</sup>. Ademais, a pesquisa qualitativa foi utilizada nesta tese por oferecer “um nível de realidade que não pode ser medido com números”, pois “trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que não são captáveis ou perceptíveis exclusivamente por variáveis matemáticas”<sup>96</sup>.

Existem questionários e escalas unidimensionais específicas que podem ser utilizadas em estudos quantitativos que investigam os fatores que contribuem para a formação da Identidade Médica (IM). Entretanto, a pesquisa quantitativa realizada por meio desses tipos de questionários e de escalas possui pouca robustez em suas propriedades psicométricas, incluindo confiabilidade, consistência interna, validade estrutural e validade do conteúdo, quando comparados a estudos qualitativos exploratórios<sup>7,97</sup>.

A pesquisa foi realizada em três etapas: a primeira, a fase exploratória de delineamento do estudo, escolha do local e da população em estudo e de estratégias de entrada no campo; a segunda etapa, de coleta de dados; e a terceira etapa de análise de dados, com ordenação, descrição, compreensão e interpretação dos resultados e elaboração do documento final (figura 7).

Figura 7 – Fluxograma das etapas de realização da pesquisa



Legenda: Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas (PGCM); Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Comissão de Residência Médica (COREME); Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG); Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Fonte: A autora, 2022.

## 2.2 Local da pesquisa

O local do estudo, o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, foi escolhido por conveniência, por ser acessível à pesquisadora principal, que é egressa desta universidade e docente de seu curso médico desde 2012. Além disso, contempla uma população de interesse da pesquisadora e uma forma de conseguir uma amostragem da população de médicos-residentes.

Além disso, é um hospital universitário cujos residentes possuem uma formação médica heterogênea por serem advindos tanto de instituições públicas de ensino quanto de instituições particulares, com diferentes metodologias de aprendizagem<sup>86</sup>.

O HUGG é um hospital-escola que foi inaugurado em 1929 e que, posteriormente, na década de 60, foi incorporado à Escola de Medicina e Cirurgia (EMC) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da UNIRIO. Com o nome de Fundação Gaffrée e Guinle, era o maior da cidade à época de sua fundação, contando com 320 leitos. Atualmente, dispõe de uma estrutura de 118 consultórios e 173 leitos hospitalares, dos quais dezenove são de cuidados intensivos. Abriga o ciclo clínico e o internato da Escola de Medicina e Cirurgia (EMC) da UNIRIO, que possui 500 estudantes de graduação, e mais de 200 estudantes de pós-graduação, incluindo os residentes dos Programas de Residência Médica (PRM). Os programas de treinamento em serviço da residência são cumpridos em regime de tempo integral e plantões, com carga horária de até 60 (sessenta) horas semanais, perfazendo um total de 2.880 (duas mil oitocentas e oitenta) horas por ano<sup>86</sup>.

## 2.3 População pesquisada

A população deste estudo é composta por médicos-residentes dos PRM do HUGG oriundos de diversos cursos médicos do Rio de Janeiro e que aceitaram participar da pesquisa. Foram contactados residentes de todos os 41 PRM do HUGG (APÊNDICE A). Os PRM são os seguintes: Anestesiologia, onze em Cirurgia (dois em Cirurgia Geral e nove em especialidades cirúrgicas), Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia e Metabologia, Endoscopia, Foniatria, Gastroenterologia, Genética Médica, Hansenologia, Hepatologia, dois em Homeopatia (um Homeopatia geral e um R3), Medicina do Sono, Medicina do Tráfego,

Nefrologia, três em Neurologia (um em Neurologia geral, um em Neurocirurgia e um em Neurofisiologia clínica), Obstetrícia e Ginecologia, três em Oftalmologia (um PRM no HUGG, um no Instituto Benjamin Constant e um ano opcional R4), Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, dois em Patologia (um em patologia geral e um R4), Pediatria, Pneumologia, Reumatologia e Urologia. A cada ano são oferecidas cerca de 90 novas vagas no concurso operacionalizado pela Fundação de Apoio à Pesquisa, Ensino e Assistência à EMC e ao HUGG da UNIRIO (FUNRIO)<sup>86,98</sup>. A listagem das especialidades com o número de vagas por ano encontra-se no APÊNDICE A.

Atualmente, cerca de 200 médicos concursados via Fundação de Apoio à Pesquisa, Ensino e Assistência à EMC e ao HUGG da UNIRIO (FUNRIO) realizam sua Residência Médica (RM) no HUGG. Para financiamento dessa modalidade de ensino de pós-graduação, Bolsas de RM no valor de R\$ 4.106,09 (a partir de 1º de janeiro de 2022) são fornecidas pelo Ministério da Educação (MEC) para os médicos-residentes, exceto o PRM em Oftalmologia realizado no Instituto Benjamin Constant, cujas bolsas são de única e exclusiva responsabilidade do referido Instituto, que arca com essa despesa financeira<sup>86,98</sup>.

Esses médicos atuam nos ambulatórios e enfermarias, sendo 81 residentes de primeiro ano, 72 do segundo, 45 do terceiro, seis do quarto e um do quinto ano de residência (R5 em neurocirurgia)<sup>98</sup>.

Os médicos residentes foram escolhidos como população do estudo porque, em sua maioria, concluíram o curso médico há menos de cinco anos e ainda possuem memórias mais nítidas das experiências vivenciadas durante o curso de graduação em Medicina e sobre como foi sua relação com seus professores e preceptores, além de já terem experimentado a prática em serviço como internos e como médicos recém-formados. Essa população, portanto, vivencia cotidianamente os núcleos formadores da IM, segundo o que consta na literatura revisada (características identitárias do estudante, ambiente educacional e prática da saúde na sociedade)<sup>28,99</sup>, sendo os participantes indicados para esse tipo de investigação.

Foram incluídos médicos de ambos dos sexos, com idade até trinta e nove anos (inclusive), dos PRM do HUGG / UNIRIO e graduados há no máximo cinco anos. O limite etário e de tempo de formado teve por objetivo garantir maior homogeneidade em termos de experiência de vida e experiência profissional e evitar enviesamento nos resultados. Procurou-se também evitar vieses de amostragem, incluindo participantes oriundos de faculdades diversas do Rio de Janeiro. Foram excluídos médicos residentes estrangeiros e formados em universidades fora do Brasil por possuírem diferentes padrões de formação médica.

Estudos empíricos qualitativos que utilizaram entrevistas semiestruturadas como método de coleta de dados com médicos residentes demonstraram que esses participantes são um público privilegiado quando se trata de pesquisar fatores que influenciam na formação da IM. Isto é possível porque costumam ainda dispor de lembranças vívidas sobre a época que antecedeu a entrada na graduação em Medicina e sobre o próprio curso médico, além de já terem vivências práticas que os possibilitem expressar os conceitos e as atitudes envolvidos nas percepções sociais a respeito do médico como um ator social<sup>45,67,99,100</sup>.

## 2.4 Estratégia da pesquisa de campo

A estratégia de entrada no campo para realização das entrevistas se deu a partir do contato direto com a secretaria da Comissão de Residência Médica – COREME do HUGG, que forneceu a listagem nominal, contatos telefônicos e de correio eletrônico de todos os médicos residentes participantes dos PRM, após o projeto de pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HUGG / UNIRIO. Os residentes foram convidados a participar da pesquisa por meio de mensagem individual de correio eletrônico. Posteriormente, foi enviada mensagem via WhatsApp, por último, foi feita ligação telefônica. Alguns participantes foram contactados presencialmente, em seus ambientes de prática, que são as enfermarias e ambulatórios do HUGG / UNIRIO, enquanto as condições sanitárias pandêmicas permitiram tais contatos presenciais.

Neste contato, os médicos residentes receberam informações sobre os objetivos e metodologia da pesquisa e sobre a pesquisadora. Uma vez informados, foram convidados a participar. Esse convite aconteceu em julho, agosto e setembro de 2021. Foram oferecidas a possibilidade de participação presencial, com respeito às medidas sanitárias necessárias para segurança tanto dos participantes quanto da pesquisadora, tendo em vista a situação de pandemia pela qual passa o Brasil e o mundo atualmente, e a possibilidade de participação remota via plataforma digital seguindo as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual<sup>101</sup>.

Apenas o primeiro participante realizou entrevista presencialmente. Os demais preferiram participar remotamente via plataforma digital. Antes de realizarem a entrevista, os participantes receberam uma cópia, assinada pela pesquisadora principal, do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, foram informados por escrito a respeito dos tópicos que seriam abordados na entrevista antes de responder as perguntas, de maneira a ocorrer a tomada de decisão informada. Após o aceite do TCLE, se procedeu à entrevista com gravação do áudio para posterior transcrição. As entrevistas aconteceram de setembro a novembro de 2021, de acordo com a disponibilidade dos participantes. A seleção da amostra com o recrutamento dos participantes foi de forma intencional, ou seja, por conveniência. Todos os participantes eram capacitados para o uso das ferramentas de comunicação virtual.

A estratégia de entrada no campo para realização dos GF se deu a partir do contato direto com os chefes / preceptores responsáveis por enfermarias clínicas e cirúrgicas e os três primeiros contactados aceitaram que os GF fossem realizados nas enfermarias pela qual são responsáveis.

No início da sessão clínica, a pesquisadora se apresentou e explicou a respeito dos objetivos, metodologia e sobre o TLCE da pesquisa. Uma vez informados, os residentes foram convidados a participar do GF que aconteceria ao final da sessão clínica. Quando a sessão clínica terminou, cada participante recebeu uma cópia do TCLE impressa e assinada pela pesquisadora e foram coletados os dados de idade, sexo, cor e categoria no PRM foram coletados antes de iniciar o grupo focal, no momento do aceite em participar. O consentimento foi registrado em áudio após iniciar a gravação. Cada participante recebeu um codinome (letras do alfabeto, de A até F) para preservar o anonimato. A gravação foi realizada com dois aparelhos de gravação, para que não se perdesse nenhuma fala.

Os grupos focais (GF) foram realizados em agosto de 2022 de forma presencial no ambiente onde são realizadas sessões clínicas em enfermaria, mantendo os cuidados sanitários exigidos pela direção do HUGG / UNIRIO. Nas enfermarias estavam presentes residentes de três categorias (R1, R2, R3), de áreas clínicas e cirúrgicas e os participantes não foram os mesmos que participaram das entrevistas e isso possibilitou realizar uma análise diferenciada e a triangulação dos resultados encontrados.

Após a coleta de dados, tanto das entrevistas quando dos grupos focais, foi realizado o download dos áudios em formato MP3 para um dispositivo eletrônico local e seguro, não persistindo nenhum registro em qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou *nuvem*, garantindo rigorosamente a confidencialidade dos participantes.

## 2.5 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais semiestruturadas e grupos focais. As entrevistas buscaram conceitos, percepções, vivências e atitudes do indivíduo a respeito da temática proposta. A entrevistadora introduziu o tema e os(as) entrevistados(as) tiveram liberdade para discorrer sobre ele.

Essa é uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão e as perguntas poderão ser respondidas dentro de uma conversação informal (Minayo 2012). As entrevistas foram guiadas por roteiro previamente organizado e testado. Isso facilitou a condução da entrevista e a interlocução com o participante. O critério amostral das entrevistas foi de saturação de conteúdos<sup>96</sup>.

Os grupos focais foram realizados posteriormente às entrevistas como forma de compreender o processo de construção das representações sociais dos entrevistados através da interação com seus pares. Essa permuta de opiniões encoraja mudanças de significado que os entrevistados atribuem a determinados temas e permite a construção de uma relação mais horizontalizada entre a pesquisadora e os participantes do que a que ocorre na entrevista individual<sup>96</sup>. O número de grupos focais não dependeu do tamanho amostral das entrevistas, pois foram realizados de forma independente e formados com 6 participantes.

O roteiro da entrevista (APÊNDICE C) contou com uma parte de dados sociodemográficos e de formação profissional do entrevistado e outra parte com perguntas abertas que tiveram como referência os eixos formadores da IM, de acordo com a revisão de literatura realizada. As perguntas versaram sobre os fatores que influenciaram a escolha da carreira médica e as vivências durante a graduação; as idealizações a respeito da Medicina e as modificações desses ideais ao longo do curso e da Residência Médica; e a respeito da influência dos atores sociais envolvidos na formação profissional na construção e consolidação da IM.

A base da entrevista tem três eixos temáticos principais da formação da IM, que são o estudante (fator intrínseco), os professores / preceptores (fator extrínseco) e a sociedade (fator extrínseco), de acordo com os estudos de Rebeca L. Volpe et al.<sup>28</sup>, de Marieke Adema et al.<sup>9</sup> e de Michael A. Barone et al.<sup>10</sup>. Para cada eixo temático, foram escolhidos subtemas abordados de acordo com a revisão integrativa da literatura mundial sobre estudos empíricos realizados com a temática da IM e com os fatores que influenciam sua formação e com os objetivos da atual pesquisa. Portanto, os subtemas das três categorias pré-analíticas foram organizados da

seguinte forma: 1) estudante: expectativas, motivações e percepções a respeito do curso médico e da Medicina; 2) professores / preceptores: influência durante a graduação e a Residência Médica; 3) sociedade: influência de outros profissionais da área da saúde, estrutura curricular e modelo de ensino na graduação, do ambiente educacional, da atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) e em serviços privados, papel / responsabilidade social do médico e influência dos pacientes. Ao final, duas perguntas abertas permitiram que o entrevistado discorresse mais livremente ao suscitar a reflexão sobre *o que é ser médico(a)* e *o que o influenciou a ser o(a) médico(a) que você é hoje*.

O grupo focal também foi guiado por roteiro (APÊNDICE D) contendo os mesmos eixos temáticos da entrevista, mas com o objetivo alcançar concepções e percepções gerais sobre o tema e não de coleta de informações pessoais como nas entrevistas.

Depois de estruturados, os roteiros foram aplicados de maneira preliminar a voluntários a fim de ser ajustado para garantir que fosse eficiente em alcançar os dados e as vivências necessárias para atingir os objetivos da pesquisa. Esse grupo voluntário de participantes foi composto por alunos do internato do 12º período (último ano) do curso médico do qual a pesquisadora principal era professora. O grupo foi convidado a participar do teste preliminar dos roteiros e da dinâmica de entrevista e grupos focais por meio do TCLE da pesquisa que havia sido registrada no Comitê de Ética em Pesquisa do HUGG e respeitou todos os princípios da declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial.

## 2.6 Análise dos dados

As entrevistas e grupos focais foram gravados em áudio e transcritas na íntegra, totalizando mais de 250 páginas de material produzido. Os dados textuais das entrevistas foram analisados separadamente dos grupos focais, ambos com o apoio do software de análise de dados qualitativos *webQDA*<sup>102</sup>.

Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo temática-categorial para investigar o conteúdo das entrevistas e transcrições dos grupos focais de maneira a compreender o material por meio do conteúdo expresso nele. As transcrições foram lidas e relidas compreensivamente para se ter noção do todo e das particularidades. Em seguida, foram identificadas as ideias centrais dos relatos com recorte e colagem das falas e leitura transversal para a elaboração das categorias temáticas pós-analíticas. Após essa etapa, foram

encontrados os sentidos atribuídos aos temas pelos indivíduos. Ao final, se articulou os dados empíricos com a literatura em busca de responder as questões da pesquisa e se desenvolver uma síntese interpretativa<sup>96,103</sup>.

Este diálogo foi feito com a literatura que compõe a fundamentação teórica descrita da introdução desta pesquisa e nos estudos recentes a respeito da temática da IM. Por fim, será feita uma triangulação dos dados das entrevistas com os dos grupos focais em busca de significados mais amplos, contextualizados no tempo histórico e na cultura. A organização do trabalho médico no Brasil segue uma linha funcionalista<sup>13,36,40-42</sup> e o diálogo com os resultados encontrados segue esta linha filosófica e as demais que emergiram nas narrativas dos entrevistados e das concepções e percepções dos grupos focais.

A interpretação das transcrições buscou responder os objetivos propostos pela pesquisa e compreender de forma mais ampla a significação que os sujeitos e os grupos possuem sobre os fatores que influenciaram a formação de sua IM. Além disso, foi interpretada a evolução desses sentidos para uma inferência do grupo social pesquisado a partir do rigor na análise dos temas emergentes, das analogias criadas a partir das informações fornecidas pelos indivíduos e pelos grupos e das compreensões que foram feitas a partir das interpretações dos participantes<sup>96,103</sup>.

Os roteiros das entrevistas e dos grupos focais foram semelhantes e seus resultados complementares. Portanto, os resultados serão apresentados e discutidos conjuntamente e expostos de acordo com a ordenação do objetivo geral e dos objetivos específicos, a fim de melhorar a visualização e organização das análises realizadas e do diálogo com a literatura.

## **2.7 Considerações sobre os aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pela Comissão de Residência Médica – COREME do HUGG (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP-HUGG da UNIRIO em 04 de maio de 2020 (ANEXO B), sob número do CAAE 29008620.0.0000.5258 e número do parecer 4.004.668. A pesquisa respeitou todos os princípios da declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial.

Os participantes do estudo foram incluídos após aceitarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), em conformidade com Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, acerca das exigências na elaboração do TCLE.

Além disso, as entrevistas que foram realizadas de maneira remota seguiram as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, de 03 de março de 2021<sup>101</sup>.

Não houve conflito de interesse de nenhum dos profissionais envolvidos na pesquisa e nem havia conhecimento prévio entre a pesquisadora e os participantes. Durante todo o período da pesquisa, a pesquisadora atuou com reflexividade de forma a prevenir e lidar com conflitos éticos que pudessem surgir. A autonomia e confidencialidade dos participantes foi garantida rigorosamente. Em qualquer circunstância que se percebeu ou se identificou qualquer desconforto nos interlocutores durante a pesquisa, a pesquisa foi interrompida até que se resolvesse a situação. Entretanto, não houve necessidade de suspensão de nenhuma entrevista por desconforto dos participantes. A atenção ética plena e o respeito ao sujeito de pesquisa foram compromissos da equipe durante todo o processo e continuará até a divulgação de todos os resultados da pesquisa<sup>96</sup>.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

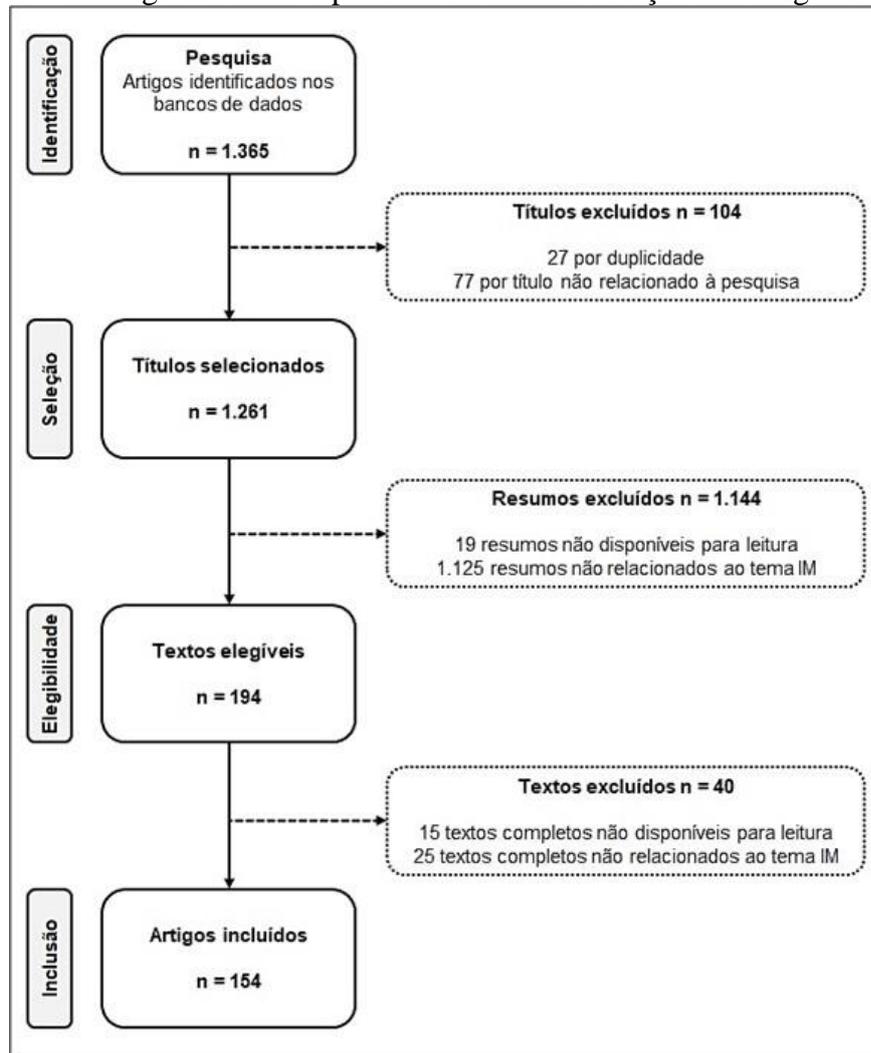
#### 3.1 Revisão da literatura sobre a formação da Identidade Médica

Paralelamente à fase exploratória da pesquisa, foi realizada uma revisão extensa da literatura com vistas a desenvolver uma síntese do conhecimento científico já produzido sobre a formação da Identidade Médica. Este conhecimento contribuiu para a elaboração do projeto de pesquisa, a preparação dos roteiros das entrevistas e dos grupos focais, a construção da fundamentação teórica da tese e a discussão dos dados produzidos a partir do conteúdo das falas dos discursos dos participantes.

Na revisão da literatura, foram utilizados os descritores *Crise de Identidade*, *Identificação Social*, *Papel do Médico* e *Papel Profissional*, e o termo *Identidade Médica* em Português, Espanhol, Inglês e Francês nas plataformas e bibliotecas virtuais PubMed<sup>®</sup>/MEDLINE, SciELO, LILACS, Cochrane Library e na BVS do National Center for Biotechnology Information. Essa revisão foi realizada em março de 2020 e revisada em maio de 2021.

Os artigos encontrados foram classificados de acordo com o idioma da publicação e triados pelo título, pelo resumo, pela disponibilidade do texto completo e pela relação do texto completo com a temática da IM, de acordo com a Figura 8.

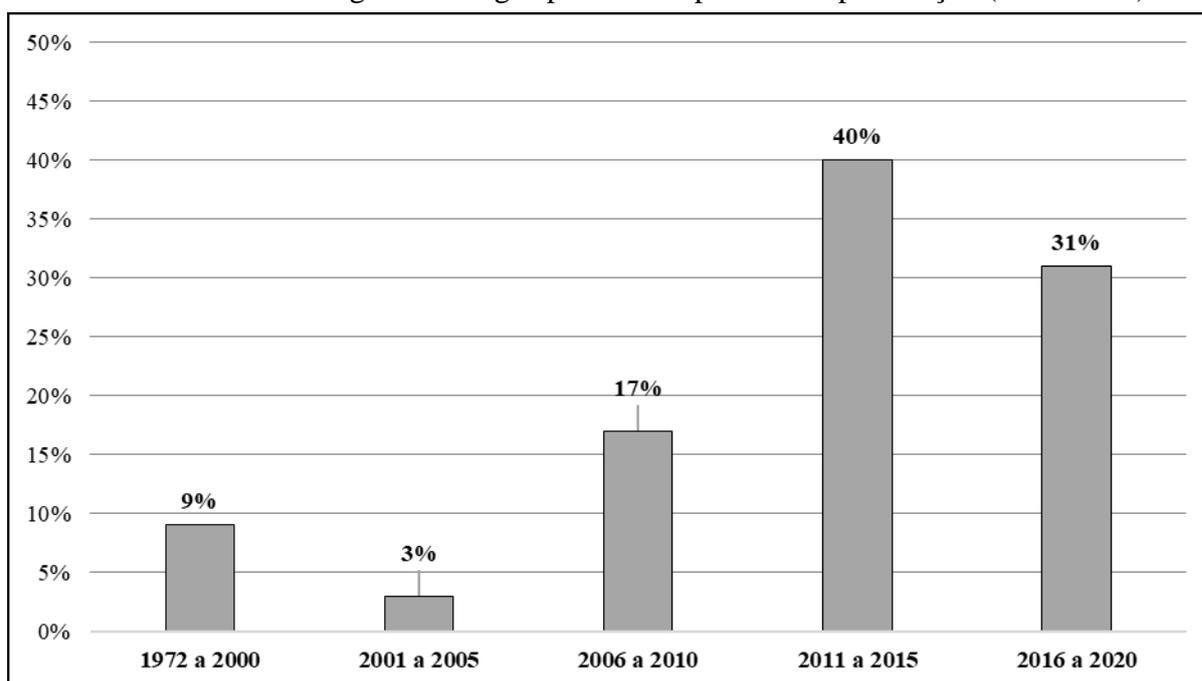
Figura 8 – Fluxograma sobre o processo de busca e seleção dos artigos revisados



Fonte: A autora, 2022

Optou-se por não restringir o levantamento bibliográfico por período de publicação com o objetivo de não excluir artigos relevantes. Com relação à data, 92% dos artigos foram publicados nos últimos vinte anos, sendo a maioria na última década (Gráfico 1), demonstrando a atualidade do tema.

Gráfico 1 – Porcentagem de artigos publicados por ano de publicação (1972-2020)



Fonte: A autora, 2022.

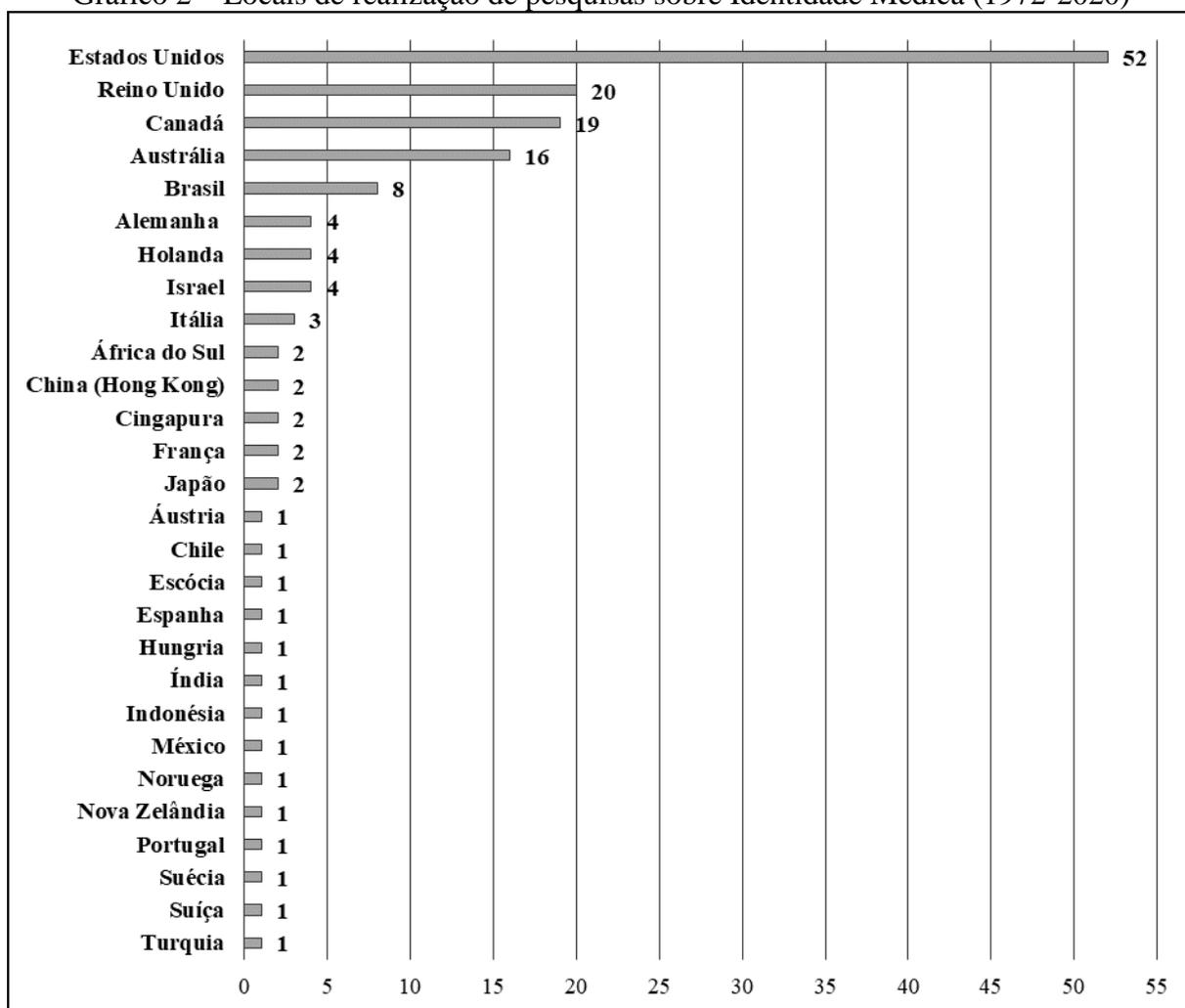
Com relação ao tipo de pesquisa, 51% (78 artigos) são pesquisas empíricas, 40% (62 artigos) são revisões da literatura e 9% (14) são editoriais.

Dentre as pesquisas empíricas (78 artigos), 14 foram realizadas com participantes que não eram estudantes de Medicina ou médicos e compuseram esta revisão de literatura porque comparavam a identidade profissional dos participantes da área da saúde com a Identidade Médica. Os demais artigos oriundos de pesquisas empíricas foram classificados de acordo com a temática principal em três categorias: discente (18 artigos), docente / preceptores (21 artigos) e sociedade (25 artigos). A maioria dos estudos empíricos (51 artigos) utilizou metodologia qualitativa enquanto os demais utilizaram metodologia quantitativa.

As revistas que publicaram foram diversas e não houve hegemonia de nenhum periódico científico na publicação dos estudos. Entretanto, algumas revistas se destacam com um número maior de artigos publicados sobre IM, como a BMC Medical Education (20 artigos), a Academic Medicine (18 artigos), a Medical Teacher (6 artigos) e a Social Science & Medicine (6 artigos).

Quanto ao local de realização do estudo, 47% (72 artigos) foram desenvolvidos na América do Norte, 26% (41 artigos) na Europa, 11% (17 artigos) na Oceania, 8% (12 artigos) na Ásia, 6,5% (10 artigos) na América do Sul e 1,5% (2 artigos) na África, com um total de 28 países onde estudos sobre IM foram desenvolvidos. O Brasil consta como o 5º país em número de publicações, com nove artigos indexados (Gráfico 2):

Gráfico 2 – Locais de realização de pesquisas sobre Identidade Médica (1972-2020)



Fonte: A autora, 2022.

Outrossim, um quadro com todos os 154 artigos encontrados nesta revisão pode ser consultada no APÊNDICE F, ordenados pelo ano de publicação (do mais recente para o mais antigo) além do nome do autor principal, o país onde foi realizado o estudo, a revista onde o artigo foi publicado e o tipo de estudo.

Durante a busca de literatura, se percebeu que diversas palavras, termos e expressões são usadas nos artigos relacionados à IM. No levantamento bibliográfico de artigos, o termo *vocação médica*, apesar de ser utilizado por muitos pesquisadores nacionais, não está caracterizado como um descritor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Biblioteca Regional de Medicina / Bireme), que é um centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) orientado à cooperação técnica em informação científica em saúde<sup>104,105</sup>.

Outro termo controverso no levantamento bibliográfico foi *Identidade Médica*, a própria temática desta tese. Apesar de, em uma primeira análise, parecer um termo adequado, a busca rápida no site do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) remete, primeiramente, ao descritor *Roubo de Identidade Médica / Medical Identity Theft / Robo de Identidad Médica / Usurpation d'identité médicale* que se refere ao “acesso não autorizado a informação pessoal para obter assistência médica ou medicamentos ou para emitir notas fraudulentas por serviços”<sup>105</sup>. Portanto, é necessário cuidado na escolha dos termos e dos descritores a serem utilizados em pesquisas sobre IM na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Por isso, foi necessário realizar um estudo aprofundado do vocabulário estruturado e multilíngue sobre os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) que se relacionam às temáticas de *formação da identidade médica*, de *formação profissional médica* ou de *vocação médica* a partir das notas de escopo, das notas de indexação, da estrutura hierárquica e do conceito de diversos descritores relacionados<sup>105</sup>. Após este estudo, foram escolhidos quatro descritores, que são:

- a) Crise de Identidade / *Crisis de Identidad / Identity Crisis*: conceito caótico de si mesmo, no qual o papel do indivíduo na vida parece ser um dilema insolúvel expresso, frequentemente, por isolamento, introversão e extremismo<sup>105</sup>;
- b) Identificação Social / *Identificación Social / Social Identification*: processo pelo qual um aspecto de autoimagem é desenvolvido baseado na preferência de um grupo ou etnocentrismo e uma percepção de pertencer a um grupo social ou cultural. Sinônimos: Construção Social da Identidade, Construção da Identidade Social, Identidade Social, Identificação Grupal<sup>105</sup>;
- c) Papel do Médico / *Rol del Médico / Physician's Role*: Função esperada de um profissional médico. Descritor como primário com a área na qual o médico desempenha seu papel (como primário)<sup>105</sup>;
- d) Papel Profissional / *Rol Profesional / Professional Role*: Função esperada de um membro de uma profissão em particular<sup>105</sup>;

Portanto, a discussão sobre os fatores que influenciam a formação da Identidade Médica de estudantes de graduação não é recente. Ao buscar nas plataformas MEDLINE, PubMed, LILACS, Bireme e NLM, encontramos artigos de revisão de literatura a partir de 1972, sendo 13% destes produzidos antes de 2001 e os demais produzidos nos últimos vinte anos. No Brasil, a IM é objeto de pesquisa especialmente da Psicologia Médica, com destaque para a tese de Adolpho Hoirisch – *O Problema da Identidade Médica* de 1972<sup>87</sup> – e para o

livro organizado por Julio de Mello Filho – *Identidade Médica* de 2006<sup>26</sup> – que são referenciais no assunto. Apesar da temática não ser contemporânea, os artigos produzidos a partir de pesquisas empíricas, da qual se trata a presente tese, datam apenas dos últimos quinze anos, sendo o artigo indexado de Rosenberg EH et al. de 1979<sup>106</sup> o único datado de antes de 2005. Desse modo, é esperado, inclusive, que não haja hegemonia de periódicos e nem de países na publicação dos artigos sobre o tema<sup>26,87,106</sup>.

Inúmeros autores nacionais e internacionais se debruçam sobre o tema da Identidade Médica (IM) e dos fatores que influenciam na sua construção<sup>10,26-28</sup>. No Brasil, a literatura sobre o tema pode ser encontrada predominantemente nos livros e artigos publicados por profissionais relacionados à disciplina de Psicologia Médica e artigos relacionados à vocação médica enquanto, internacionalmente, os termos Identidade Profissional e Identidade Médica são bastante explorados e, por vezes, tratados como sinônimos. Os artigos brasileiros publicados têm foco no fator intrínseco relacionado ao estudante, especialmente as categorias *expectativas versus realidade* e *médico-herói versus médico-real*, com pouca ou nenhuma ênfase aos fatores extrínsecos como modelagem de papéis e prática supervisionada por docentes e preceptores e os fatores relacionados à sociedade.

Nas revisões de literatura brasileiras, os autores se debruçam sobre os aspectos históricos, antropológicos, filosóficos e sociológicos da formação da IM e não foram encontradas revisões brasileiras realizadas com pesquisas empíricas<sup>26,107-109</sup>.

A maior parte dos materiais brasileiros encontra-se em trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses e livros não indexados, não disponíveis em meio digital e publicados em tiragem limitada. Nos artigos da América do Sul, além da falta de estudos evidenciada, o foco também se faz nas influências intrínsecas ao estudante. Foram encontradas poucas análises nacionais a respeito da modelagem de papéis que docentes e preceptores proporcionam aos estudantes de Medicina e sobre outros fatores extrínsecos aos alunos como a estrutura curricular e metodologias de ensino na formação da IM<sup>26</sup>.

As revisões de literatura internacionais utilizando como escopo pesquisas empíricas podem ser encontradas desde 1982, como um estudo realizado por David A. Brent, professor de Psiquiatria, Pediatria e Epidemiologia da Pittsburgh School of Medicine, EUA, a partir de experiências de estudantes de Medicina. As revisões mais recentes, em semelhança, incluem estudos cujos participantes eram alunos de graduação e algumas incluem estudos com médicos. A revisão mais recente a partir de estudos empíricos trata-se da realizada por Michael A. Barone et al. (2019), professores de diversas escolas médicas estadunidenses, publicada na revista *Pediatrics*. Os autores evidenciam pesquisas a respeito do

desenvolvimento da Identidade Profissional e da Identidade Médica dos alunos da Geração Z (Millennials)<sup>10</sup>. Contudo, a maioria das demais revisões ainda aborda os aspectos históricos, filosóficos e sociológicos. Apenas 30% das pesquisas realizam revisões de estudos empíricos.

De uma forma sintética, o resultado da revisão bibliográfica revelou que a Identidade Médica e os fatores que influenciam sua formação são estudados há mais de cinquenta anos e que a maioria das pesquisas empíricas se debruça sobre um dos tripés formadores (o estudante, o docente/preceptor ou a sociedade). As poucas pesquisas que apresentam foco mais amplo interessam-se pelos conceitos e constructos filosóficos ou sociológicos da IM.

Os artigos oriundos de pesquisas empíricas relacionadas ao fator *Estudante*, em sua maioria, têm como ponto central os conceitos de expectativa versus realidade pertinentes à idealização do médico e da Medicina pelos graduandos e profissionais já formados. Foram encontrados materiais indexados a partir de 1979<sup>20,24,25,53-56,106,110-116</sup>.

Uma minoria dos artigos enfoca técnicas de rememoração de ideais, a saúde mental e a resiliência dos alunos de Medicina na mediação entre o médico idealizado e o profissional que o estudante virá a se tornar<sup>23,45,117</sup>. Estes artigos relacionados ao fator estudante foram compilados e analisados em profundidade, dando origem ao manuscrito *Aspectos relacionados ao estudante na construção da Identidade Médica: uma revisão integrativa* aceito para publicação na Revista Brasileira de Educação Médica.

Os artigos relacionados ao fator *docente/preceptor* igualmente foram realizados com graduandos e com médicos e têm foco na modelagem de papéis<sup>9,93,100,118-130</sup> com menos ênfase na prática supervisionada propriamente dita<sup>131-133</sup>. Apenas um dos artigos desta revisão descreveu a relevância da relação professor-aluno na graduação como um fator na formação da IM<sup>134</sup>. Faz-se fundamental destacar que os artigos que versam sobre o *docente/preceptor* despontam na literatura apenas nos últimos doze anos, demonstrando o quanto recente são as pesquisas relacionadas à essa temática.

Os relacionados à sociedade abordam os diferentes atores sociais que interferem, de alguma forma, na maneira como os estudantes são formados pelas instituições de ensino, além de abordarem os constructos teóricos sobre autonomia profissional e a atuação em equipes multidisciplinares<sup>135-143</sup>, a formação de médicos para gestão, liderança e gerenciamento em saúde<sup>144-149</sup> e a Medicina baseada em evidências<sup>68,99,150-155</sup>. Dois artigos se destacam ao relacionar o conflito identitário desenvolvido por médicos quando estes se dedicam, além da assistência aos pacientes, a se tornarem pesquisadores e/ou professores de Medicina, como se houvesse um esmaecimento a figura do médico para dar lugar à figura do pesquisador e/ou do docente<sup>156,157</sup>.

Os quatorze editoriais indexados, assim como as 62 revisões indexadas encontradas, costumam versar sobre os três eixos formadores da IM, apesar de possuírem a tendência de enfatizar algum aspecto das subcategorias pós-analíticas que foram reveladas nesta tese.

Ademais, todos os artigos da atual revisão de literatura foram utilizados ao longo de todo o texto da tese, tais como nos constructos conceituais filosóficos e sociológicos sobre IM, na fundamentação teórica, na construção da metodologia, nos roteiros das entrevistas e dos grupos focais e na discussão dos resultados encontrados.

### **3.2 Os participantes da pesquisa e o processo de categorização dos conteúdos**

Os resultados encontrados e o conteúdo produzido a partir das entrevistas e dos grupos focais foi complementar, em um total de trinta participantes. Algumas categorias pós-analíticas apresentadas pelos entrevistados não foram encontradas nos grupos focais e vice-versa e serão apresentadas e discutidas em itens posteriores. Não foram encontradas diferenças significativas entre as falas de homens e mulheres, entre variadas idades (25 a 39 anos), categorias de residentes (R1 a R4) ou tipo de Programa de Residência Médica (clínico ou cirúrgico). Os conteúdos revelados demonstraram-se interconectados e interdependentes, permitindo examinar as diversas categorias, opiniões e as diferentes representações sociais dos participantes a respeito da formação da IM. Assim sendo, os resultados serão apresentados e discutidos conjuntamente, como explicitado no item 2.6 dos métodos.

#### **3.2.1 Os entrevistados e as categorias pré e pós analíticas**

Participaram das entrevistas doze médicos-residentes, sendo três do primeiro ano (R1) de Residência Médica (RM), cinco do segundo ano (R2), três do terceiro ano (R3) e um do quarto ano (R4). Metade dos participantes são de Programas de Residência Médica (PRM) de área clínica enquanto a outra metade, de área cirúrgica. Com relação à idade, a média entre os entrevistados é de 30 anos. Quanto ao sexo e cor autodeclarada, a maioria é de mulheres (nove participantes) e branca (nove participantes). Os não brancos presentes na pesquisa se autodeclararam pardos.

A maioria é natural do Estado do Rio de Janeiro (onze participantes) e possui algum familiar médico (dez participantes). Todos se graduaram em faculdades médicas do Estado, com modalidade de acesso variando entre vestibular / avaliação da própria faculdade de Medicina (seis participantes), Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) (cinco participantes) e transferência interna (um participante).

Da mesma forma, quase todos contribuem ativamente com as despesas de subsistência da família (dez participantes) utilizando a Bolsa de Residência Médica (R\$ 4.106,09) e valores recebidos em plantões realizados fora da RM, isto é, participa em grande parte do sustento da família. O tempo de atuação na RM varia entre 80 e 110 horas por semana, com carga horária menor para os PRM clínicos e maior para os PRM cirúrgicos. Nessa carga horária, os participantes não contabilizaram as atividades extra residência.

Contudo, considerando os plantões realizados fora dos PRM, porque os médicos assumem mais ou menos plantões fora da RM de acordo com a carga horária prevista para a semana, se pode considerar 90 horas por semana, em média, de trabalho médico.

Os participantes foram codificados de acordo com a ordem cronológica de entrevista (P1 como primeira e P12 como a última entrevistas realizadas), a idade (em anos), o sexo (feminino ou masculino), a categoria (R1, R2, R3 ou R4) e tipo de PRM (clínico ou cirúrgico).

Como exemplo, se pode utilizar a codificação *P1.31a.fem.R2.Clin.*, que se refere ao primeiro participante, com 31 anos, sexo feminino, segundo ano da Residência Médica (RM) de uma especialidade clínica e a codificação *P2.28a.masc.R3.Cirur.*, que se refere ao segundo participante, com 28 anos, sexo masculino, terceiro ano da RM de uma especialidade cirúrgica.

Um quadro (APÊNDICE E) foi confeccionada com as seguintes características sociodemográficas coletadas na primeira parte do roteiro de entrevista: código do participante, idade, sexo, cor, categoria, PRM, data da entrevista, naturalidade, modalidade de acesso ao ensino superior, ano de formatura, existência ou não de familiar médico e se contribui ativamente no sustento da família por meio da Bolsa de Residência Médica. Essas características não influenciaram os resultados da análise temático-categorial e não foram encontradas divergências entre falas dos participantes relacionadas a estes dados.

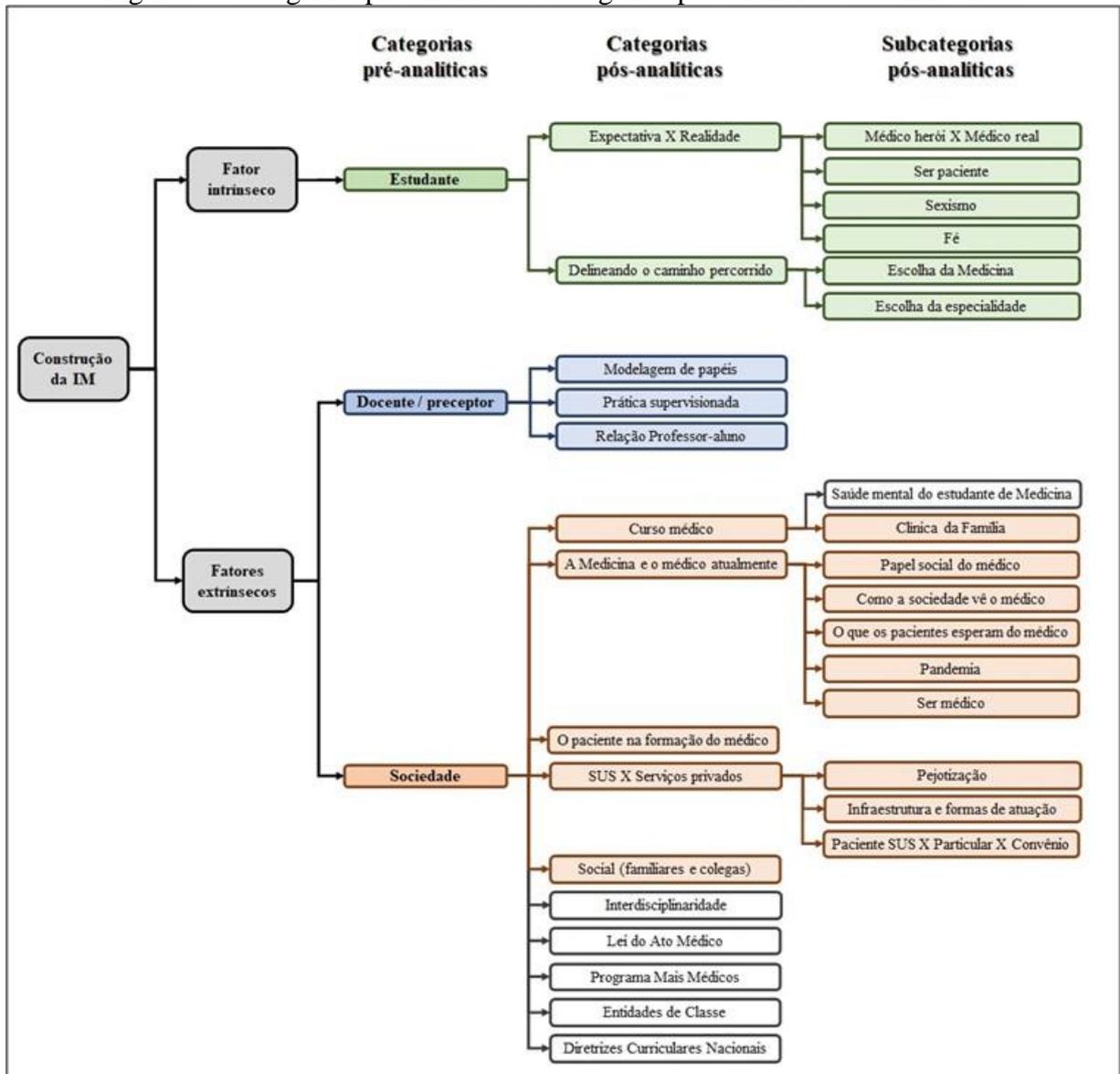
As entrevistas tiveram, em média, duração de uma hora (mínimo de 30 e máximo de 96 minutos), num total de doze horas de áudio em formato MP3. Foram gravadas e transcritas na forma de narrativa livre. A própria entrevistadora e pesquisadora principal transcreveu os arquivos de áudio a fim de garantir rigorosamente a confidencialidade dos participantes. O

tempo de transcrição foi de 241 horas no total e foram produzidas 200 páginas de material escrito oriundo das entrevistas.

Os conteúdos, oriundos das entrevistas relacionados aos fatores intrínsecos e extrínsecos presentes nas categorias pré-analíticas e nas categorias pós-analíticas derivadas desses fatores foram encontrados na maioria das entrevistas e saturaram o conteúdo. Subcategorias pós-analíticas emergiram após análise de todo o conteúdo das entrevistas. Todas as categorias podem ser apreciadas na Figura 9 e serão descritas nos próximos tópicos dos resultados da pesquisa. Além disso, se pode perceber que as categorias pós analíticas *Saúde mental do estudante de Medicina, Lei do Ato Médico, Programa Mais Médicos, Entidades de Classe e Diretrizes Curriculares Nacionais*, que emergiram nos grupos focais, não emergiram nas entrevistas e estão em cinza claro na figura.

A escolha de relacionar as subcategorias pós-analíticas (última coluna da esquerda para a direita) com as categorias pós-analíticas (penúltima coluna da esquerda para a direita) e com as categorias pré-analíticas (à esquerda) ocorreu a partir da forma como o conteúdo das entrevistas se relacionou com os constructos conceituais da formação da IM. Existem interseções entre essas categorias e os constructos conceituais que as representam. Entretanto, optamos por separá-los de maneira que a visualização se torne didática.

Figura 9 – Categorias pré-analíticas e categorias pós-analíticas das entrevistas



Nota: as categorias pré-analíticas encontram-se em caixas de texto da esquerda ao meio da figura enquanto as categorias pós-analíticas encontram-se em caixas de texto do meio à direita. As categorias que emergiram apenas nos grupos focais constam em cinza claro.

Fonte: A autora, 2022.

### 3.2.2 Os grupos focais e as categorias pré e pós analíticas

Participaram dos grupos focais dezoito médicos-residentes, sendo nove do primeiro ano (R1) de Residência Médica (RM), oito do segundo ano (R2) e um do terceiro ano (R3). Onze desses participantes são de Programas de Residência Médica (PRM) de área clínica enquanto sete são de área cirúrgica. Com relação à idade, a média entre os entrevistados é de

29 anos. Quanto ao sexo e cor, a maioria é de mulheres (doze participantes) e branca (dez participantes), semelhante ao grupo de entrevistados, assim como não houve participantes que se autodeclararam negros, asiáticos ou de origem indígena.

Os dados de naturalidade, parentesco com médico(a), modalidade de acesso e faculdade onde graduou-se e contribuição nas despesas familiares não foram coletados nos grupos focais.

Os participantes foram codificados de acordo com a ordem cronológica de realização do grupo focal (GF1 como primeiro), a idade (em anos), o sexo (feminino ou masculino), a cor (branca ou parda) a categoria (R1, R2 ou R3) e tipo de PRM (clínico ou cirúrgico).

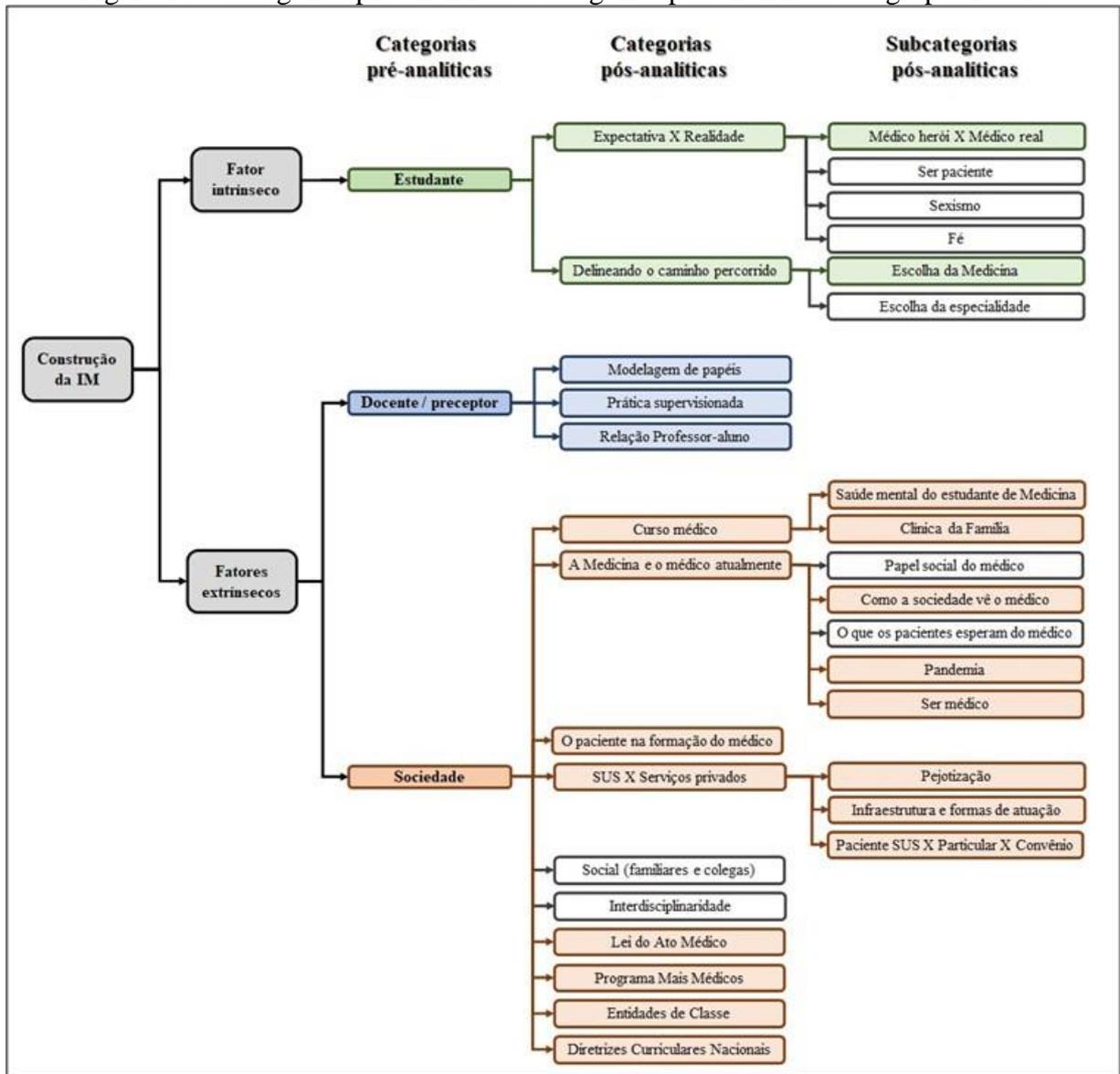
A diferença entre a codificação para o tipo de participação se faz nas primeiras letras da codificação, sendo *P* para os entrevistados e *GF* para participantes dos grupos focais.

Os grupos focais tiveram, em média, duração de 45 minutos num total de 135 minutos áudio em formato MP3. Foram gravados e transcritos na íntegra. A própria entrevistadora e pesquisadora principal transcreveu os arquivos de áudio a fim de garantir rigorosamente a confidencialidade dos participantes. O tempo de transcrição foi de vinte horas no total e foram produzidas cinquenta páginas de material escrito oriundo dos grupos focais.

Os conteúdos, oriundos dos grupos focais, relacionados aos fatores intrínsecos e extrínsecos presentes nas categorias pré-analíticas e nas categorias pós-analíticas derivadas desses fatores foram encontrados na maioria dos grupos focais e saturaram o conteúdo. Subcategorias pós-analíticas emergiram após análise de todo o conteúdo dos grupos focais. Todas as categorias podem ser apreciadas na Figura 10 e serão descritas nos próximos itens dos resultados da pesquisa. Além disso, se pode perceber que as categorias pós analíticas *Ser paciente*, *Sexismo*, *Fé*, *Escolha da especialidade*, *Papel social do médico*, *O que os pacientes esperam do médico*, *Social (família e amigos)* e *Interdisciplinaridade*, que emergiram nas entrevistas, não emergiram nos grupos focais e estão em cinza claro na figura. Em contrapartida, quatro categorias pós analíticas emergiram apenas nos grupos focais: *Lei do Ato Médico*, *Programa Mais Médicos*, *Entidades de Classe* e *Diretrizes Curriculares Nacionais*.

A relação entre as subcategorias pós-analíticas, as categorias pós-analíticas e as categorias pré-analíticas dos conteúdos que emergiram dos grupos focais foi construída seguindo o esquema didático estruturado após a análise do conteúdo das entrevistas.

Figura 10 – Categorias pré-analíticas e categorias pós-analíticas dos grupos focais



Nota: as categorias pré-analíticas encontram-se em caixas de texto da esquerda ao meio da figura enquanto as categorias pós-analíticas encontram-se em caixas de texto do meio à direita. As categorias que emergiram apenas nas entrevistas constam em cinza claro.

Fonte: A autora, 2022.

### 3.3 Fatores intrínsecos e extrínsecos aos médicos-residentes na formação da Identidade Médica

Como já dito na introdução, a construção da IM envolve, de uma forma sintética, fatores intrínsecos relacionados às expectativas e às percepções do estudante acerca de si mesmo e fatores extrínsecos pertinentes à relação deste aluno com os atores sociais

envolvidos na Educação Médica e na sociedade de uma maneira geral. Os fatores intrínsecos estão relacionados diretamente ao estudante, às suas capacidades inatas e às características adquiridas da sua personalidade. Envolve o desenvolvimento psicológico individual durante a socialização na profissão por meio de expectativas e experiências críticas. Dessa forma, foram incluídas na categoria pré-analítica *Estudantes* os discursos relacionados à percepção dos médicos-residentes a respeito de si mesmos e como vivenciaram os fatores relativos à sua própria socialização como médicos(as). Os fatores extrínsecos estão relacionados com outras pessoas e culturas e com os valores sociais aos quais o estudante está exposto. Podemos incluir aqui o curso médico, os docentes / preceptores, os pacientes, os colegas de faculdade e de profissão, os familiares e aspectos sociais relativos à sociedade de uma maneira geral.

Sendo assim, foram incluídas na categoria pré-analítica *Docente / preceptor* os discursos relacionados à percepção dos médicos-residentes a respeito da influência de seus professores e/ou colegas formados mais experientes e na categoria *Sociedade* os demais discursos não relacionados a nenhuma das duas categorias pré-analíticas citadas.

Os resultados e as temáticas que serão discutidas no item 3.3.1 dizem respeito aos fatores intrínsecos relacionados às expectativas e às motivações que envolvem a Medicina, assim como o caminho percorrido pelos médicos-residentes na escolha do curso médico e da especialidade. No item 3.3.2, os resultados e a discussão dos fatores extrínsecos relativos às percepções dos participantes sobre a influência dos docentes e dos preceptores na construção de suas IM, em consonância com revisão da literatura mais atual, que sugere uma categoria própria para esta temática. No item 3.3.3 serão discutidas as compreensões dos participantes sobre as questões sociais que influenciam na formação da IM, como o curso médico, a Medicina na atualidade, o contato com os pacientes, a atuação em serviços públicos e privados, o contato social com familiares e amigos, a influência dos profissionais da saúde não-médicos, a Lei do Ato Médico, o Programa Mais Médicos e as Entidades de Classe. Os primeiros anos de exercício profissional na consolidação da IM serão discutidos em um item exclusivo (3.4) assim como a influência das DCN da formação da IM (3.5), uma vez que são objetivos específicos desta tese e requerem uma discussão com a literatura de forma separada das demais categorias pós-analíticas.

De forma a tornar didático o entendimento desses fatores, se construiu três eixos de categorias pré-analíticas previamente estabelecidas a partir da literatura, quinze categorias pós-analíticas e dezesseis subcategorias pós-analíticas encontradas nos discursos dos participantes (Quadro 1), que será utilizada de forma fracionada ao longo da descrição dos resultados.

Quadro 1 – Resumo das categorias pré e pós analíticas formadoras da IM

<b>Categorias pré-analíticas</b>	<b>Categorias pós-analíticas</b>	<b>Subcategorias pós-analíticas</b>
Estudante	Expectativas X Realidade	Médico herói X Médico real
		Ser paciente
		Sexismo
		Fé
	Delineando o caminho percorrido	Escolha pela Medicina
		Escolha da especialidade
Docente / preceptor	Modelagem de papéis	
	Prática supervisionada	
	Relação professor-aluno	
Sociedade	Curso médico	Saúde mental do estudante de Medicina
		Clínica da Família
	A Medicina e o médico atualmente	Papel social do médico
		Como a sociedade vê o médico
		O que os pacientes esperam do médico
		Pandemia
		Ser médico
	O paciente na formação do médico	
	SUS X Serviços privados	Infraestrutura
		Pejotização
		Paciente SUS X Particular X Convênio
	Social (familiares e amigos)	
	Interdisciplinaridade	
	Lei do Ato Médico	
	Programa Mais Médicos	
Entidades de Classe		
Diretrizes Curriculares Nacionais		

Fonte: A autora, 2022.

### 3.3.1 Fatores intrínsecos: Categoria pré-analítica *Estudante*

Nessa categoria foram agrupados os conteúdos que emergiram de entrevistas e grupos focais que se relacionam com o *Estudante*. As categorias e subcategorias pós-analíticas descritas abaixo versam sobre as crenças, os valores, as percepções e as expectativas inatas e desenvolvidas pelos próprios médicos-residentes acerca do que é ser médico e sobre como delinearam o caminho percorrido nas escolhas profissionais, tanto pela Medicina quanto pela especialidade médica. Algumas subcategorias estiveram presentes tanto nos grupos focais quanto nas entrevistas enquanto outras somente em um grupo ou em outro. Todas as categorias descritas no Quadro 2 emergiram nas entrevistas. As subcategorias *ser paciente*, *sexismo*, *fé* e *escolha da especialidade* não emergiram nos grupos focais nem foram evocadas por meio de perguntas específicas a estes participantes (Quadro 2).

Quadro 2 – Categoria pré-analítica *Estudante* e as categorias e subcategorias pós-analíticas

<b>Categorias pré-analíticas</b>	<b>Categorias pós-analíticas</b>	<b>Subcategorias pós-analíticas</b>
Estudante	Expectativas X Realidade	Médico herói X Médico real
		Ser paciente
		Sexismo
		Fé
	Delineando o caminho percorrido	Escolha pela Medicina
		Escolha da especialidade

Fonte: A autora, 2022.

### 3.3.1.1 Categoria pós-analítica *Expectativas X Realidade*

Os entrevistados demonstraram uma preconceção a respeito do que é ser médico antes mesmo de cursarem Medicina, desde quando frequentavam o ensino fundamental e médio. Esses significados englobavam o imaginário a respeito do curso médico em si, sobre a Medicina e sobre o cotidiano profissional. Esse imaginário é caracterizado, no início do curso médico, pelo auxílio ao próximo e alívio do sofrimento dos pacientes, em uma visão romantizada e superficial do papel do médico na sociedade. Além disso, expressaram que vivenciaram uma transição de um perfil pessoal mais generalista e humanista para um perfil mais voltado para o mercado de trabalho, para o retorno financeiro e para o elevado status social.

Os participantes dos grupos focais apresentaram uma perspectiva mais negativa a respeito da realidade vivenciada na Residência Médica e destacaram o papel das mídias sociais na percepção idealizada que os recém-ingressos no curso médico apresentam.

Quando estava no colégio, eu achava que ser médico era algo totalmente diferente do que eu vejo hoje. Eu achava que era só ajudar as pessoas. Hoje, eu sei que ser médico não é missão, a gente é profissional liberal como qualquer outro, como engenheiro, advogado [...]. Ninguém fica quase dez anos estudando para não ter retorno. (GF1.27a.fem.R2.Clin.)

[...] É cada pessoa que você vê aí no Insta {Instagram} com 100k, 200k {cem mil, duzentos mil seguidores} mostrando uma coisa romântica da Medicina. Chega aqui, a história é outra. É porrada depois de porrada. (GF3.28a.masc.R1.Cirur.)

Esses significados se estenderam, inclusive, sobre a liberdade de tomar decisões a respeito da própria vida por passarem a cursar ensino superior onde não terão supervisão e/ou aprovação dos pais no que tange, por exemplo, ao consumo de bebidas alcoólicas, à aquisição

de bens e à participação em eventos luxuosos. O uso irrestrito e sem prescrição de medicações psicotrópicas foi citado como algo corriqueiro e que faz parte do curso médico.

[...] quem tem parente que é médico da nossa geração, tem uma noção da faculdade, e no fundo é verdade. Você é independente dos pais, estuda o que quer, estuda de ressaca, fuma, usa remédio pra estudar, usa remédio pra dormir, pra acordar, isso faz parte. É cada festa, [...] 20% médico, 50% médico, por aí vai! Aí, se forma e a vida não muda. (GF1.29a.fem.R1.Cirurg.)

Duas identidades formam a identidade profissional do médico e podem ser analisadas como as duas fitas de um DNA dupla hélice: a identidade como indivíduo e a identidade como profissional. Cada fio deve apresentar potencial de resiliência para acomodar o outro. Quando as expectativas do indivíduo são suprimidas pela realidade profissional, se desenvolvem distúrbios psicológicos<sup>10,25,28,56</sup>.

A formação dessa identidade profissional se inicia quando o estudante adentra o curso de graduação com suas expectativas e significados pré-concebidos sobre o que é ser médico, trazidos do ensino fundamental e médio. Nesse momento, no qual deixa de fazer parte do *público leigo* para se tornar um *profissional em formação*, recebe uma carga de exigências a respeito das competências, habilidades e atitudes específicas relacionadas ao profissional em formação<sup>14,25,56-58,158,159</sup>. Os significados pré-concebidos compreendem percepções imaginárias a respeito do curso médico em si, sobre a Medicina, sobre o cotidiano profissional e sentidos romantizados e superficiais do papel do médico na sociedade, tais como ajudar pessoas, ter reconhecimento e status social e ganhos monetários acima da média da população<sup>14,25,56-58,158,159</sup>.

A primeira romantização acontece a partir da percepção do médico como um ser cujo a missão é a de ajudar a outras pessoas. Entre alguns entrevistados, o sentido mais comum em ser médico é o de auxiliar o próximo e aliviar o sofrimento dos pacientes semelhante a um chamado vocacional, quase no sentido missionário. Em 1918, o médico e professor Fernando Magalhães<sup>160</sup> realizou uma conferência sobre a *vocação médica* à jovens graduandos no antigo Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da, à época, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Neste discurso, o emérito acadêmico distingue a Medicina como uma união vocativa oferecida por Deus à Seus eleitos, que devem seguir os preceitos de Hipócrates (460-370 a.C.) e devotar sua vida ao próximo. Assim necessitam abdicar do lazer, da família, da própria saúde física e emocional em prol daqueles que buscam os serviços de um médico, e que tem a missão de “calar as alegrias da mocidade para exercer vossa vocação sublime”<sup>160</sup>.

Essa percepção da Medicina como uma vocação divina e que deve ser desempenhada por toda a vida, renunciando ao lazer e à convivência social em prol da atividade profissional, é uma visão ainda compartilhada por muitos estudantes quando admitidos no curso médico e entre alguns entrevistados desta pesquisa. Este entendimento sobre a Medicina como uma missão divina causa conflitos identitários graves quando os alunos iniciam o internato e, posteriormente, no mercado de trabalho atualmente voltado para o médico como um profissional liberal<sup>14, 25,56-58,158,159,161</sup>.

Na maioria dos países onde a formação da IM é investigada, os estudantes sabem qual o sistema de saúde predominante e compreendem parte da realidade que os aguarda após se formarem. Nos EUA, por exemplo, o sistema privado de saúde é hegemônico e os estudantes sofrem crises identitárias por não poderem *auxiliar os doentes* ou a população de uma forma geral. No Reino Unido, o aluno sabe que seu foco será o National Health System (NHS) e que não há espaço para se tornarem profissionais liberais e atenderem seus pacientes fora do protocolo instituído pelo NHS<sup>24,29,51,161</sup>. No Brasil, os estudantes esperam poder auxiliar os pacientes e, romântica e divinamente, *salvá-los do purgatório* representado pela infraestrutura do sistema público (SUS). Contudo, se deparam com as limitações da saúde suplementar (planos e seguros de saúde) e com a falta de respeito, no sentido de insubordinação, dos pacientes particulares. Em síntese, no país, os pacientes e os médicos do sistema público são de *propriedade* do SUS, os da saúde suplementar são de *propriedade* dos planos e seguros de saúde. Enquanto isso, para os pacientes particulares de alto poder aquisitivo, os médicos são considerados de sua *propriedade*<sup>25,49,50</sup>.

Os estudantes e recém-formados que possuem um entendimento relacionado ao divino a respeito da profissão costumam ser os que apresentam os mais complexos conflitos em suas IM, que mais abdicam da saúde física e emocional e que podem vir a fazer parte das estatísticas de médicos com distúrbios psicológicos e psiquiátricos<sup>14,25,56-58,159,161,162</sup>.

Amorim et al.<sup>162</sup>, pesquisadores da Universidade Católica de Pernambuco, em estudo de 2018 sobre a psicopatologia, estresse, sono, qualidade de vida e saúde mental do estudante de Medicina, concluíram que os alunos demonstram altos níveis de estresse e uma qualidade de vida regular, uma vez que apresentam má qualidade de sono, de alimentação e de realização de exercícios físicos. Os autores destacam o papel das instituições de ensino na identificação precoce de dificuldades pedagógicas e de problemas relacionados à saúde física e emocional dos graduandos<sup>162</sup>.

Em evolução à divinização da Medicina, há uma percepção do médico como extremamente humanizado e altruísta, que se modificou ao longo dos anos e se transforma

durante o próprio curso médico. A maioria dos entrevistados consideraram a Medicina como uma profissão liberal, mesmo que, ainda, apresentem discursos de caráter missionário. Salientaram que a vivência universitária modificou seu perfil humanístico e solidário. Isto acontece com graduandos de diferentes países independente da realidade que encontrarão quando se formarem<sup>25,56,58,158,159,162</sup>.

Além da visão romantizada e divinizada, os participantes expressaram que possuíam uma concepção pré-formada sobre a Medicina semelhante à compreensão do público leigo, especialmente no que se refere ao cotidiano profissional como médicos e à estabilidade financeira. Além disso, demonstraram esperar que, na vida do médico, houvesse tempo disponível para as necessidades da vida pessoal, que a prática profissional seria como nos *dramas médicos*, com quadro de cirurgias organizado, com pacientes educados, colegas solícitos e com todos ao redor expressando gratidão pelo bom trabalho realizado. Para a maioria, essa concepção se mostrou diferente, de uma forma negativa, de suas expectativas.

[...] achava que meu mundo seria um mundo de “Alice num país de maravilhas”... Eu pensava que iria fazer Medicina, fazer meu consultório, atender meus pacientes e ir embora pra minha casa, linda e loira [...]. Você tem que voltar para casa para fazer a compra do mês, que ninguém vai fazer pra mim; e não é com salário de cem mil reais. É com um ticket de alimentação [...]. (P1.31a.fem.R2.Clin.)

[...] quando cheguei num paciente de verdade pra operar na residência, tudo que eu imaginava da Medicina mudou. Eu tinha esse sonho de médica, como na TV, tudo perfeito. (GF3.30a.fem.R2.Cirurg.)

Havia a suposição de que os entrevistados com familiares médicos(as) apresentassem uma visão mais *realista* a respeito da Medicina e das características de um *bom médico*, devido à influência do ambiente familiar. Essa hipótese se mostrou verdadeira para alguns participantes enquanto outros evidenciaram uma descrença na realidade que percebiam a partir da vivência de seus familiares médicos(as).

Mesmo tendo os pais médicos, vendo aquela vida louca deles, eu ainda romantizava. Eu sabia que era difícil, até porque eu tinha isso na minha família, de que o médico precisa se dedicar muito. Mas eu não tinha plena dimensão do que era... Do tamanho desse trabalho, do tamanho da responsabilidade que fica nas costas do médico. (P10.25a.fem.R2.Cirurg.)

Eu já entrei para a faculdade sabendo que seria uma responsabilidade grande, eu sabia que teria boa condição financeira, eu via isso nos meus tios e primos. A questão de ajudar os outros, de cuidar das pessoas, foi vindo depois. O meu romance foi com o dinheiro primeiro, depois me apaixonei em cuidar de gente. (P12.26a.fem.R1.Cirurg.)

Os entrevistados que não tinham familiares médicos relataram uma visão romantizada da Medicina, do *médico de consultório*, com as roupas arrumadas, cabelo impecável, tempo para se dedicar à vida pessoal. Foram, então, surpreendidos, ao longo do curso médico, com as realidades com as quais entravam em contato.

Na minha família, não tinha ninguém que era médico, então, eu não tinha muita noção do que era ser médico antes de fazer Medicina. A noção que eu tinha é que médico era um cara que trabalhava em consultório bonitinho lindo maravilhoso, que tinha sua vida tranquila, que tinha uma vida maravilhosa, que tinha dinheiro, que vivia muito bem! Depois de ser médico, percebi que nada disso era verdade. (P8.29a.fem.R3.Clin.)

Eu achava que ser médico era só coisa boa, que era ganhar muito dinheiro, ser bem-sucedido de uma forma geral. Acho que a prática, o dia a dia mesmo, fez a minha percepção sobre o que é ser médica mudar. A gente não imagina o quanto que ser médico demanda fisicamente e emocionalmente da pessoa. (P11.26a.fem.R1.Cirurg)

Os resultados da atual tese corroboram os achados dos pesquisadores Patrícia S. Dini e Nildo A. Batista<sup>163</sup>, da Universidade Federal de São Paulo, em estudo de 2004 sobre as expectativas e as concepções de estudantes de Medicina do primeiro ao sexto ano da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp-EPM). Esta instituição dispõe do maior programa de residência médica dentre as universidades federais. Para os autores, a concepção a respeito da Medicina e das características de um *bom médico* se modificam ao longo do curso, fazendo com que o aluno se aproxime de visões mais realistas a respeito da profissão<sup>163</sup>.

De um modo geral, ser um bom médico é a expectativa basilar de todos os participantes desta pesquisa. Entretanto, a compreensão das características essenciais desse profissional “modificam-se durante o curso de graduação e as expectativas idealizadas são progressivamente substituídas por percepções mais realistas”<sup>14,25,56-58,159,163</sup>.

Percebeu-se que os participantes dos grupos focais relataram um maior desencanto diante das expectativas experimentadas durante o curso e frente às realidades profissionais vivenciadas após a formatura, de maneira que o conteúdo de seus discursos pareceu mais semelhante com o descrito na literatura. Diante desta desilusão que os participantes expressaram, se destacam: a perda de uma característica mais humanizada da Medicina; o questionamento dos processos de formação do médico como opressores e empenhados na desqualificação dos estudantes e dos pacientes; e o estímulo pela conquista de estabilidade financeira e de status social privilegiado. Essa percepção é compartilhada com a maioria dos

formados em Medicina em outros países, o que demonstra que estes conflitos identitários não são exclusivos dos graduandos e recém-formados brasileiros<sup>14,25,56-58,159,161,163</sup>.

De acordo com Luiz R. Millan<sup>14</sup>, ex-docente responsável pelo curso *A saúde mental do estudante de Medicina e do médico*, do curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em seu livro de 2005 sobre vocação médica, muitos jovens iniciam o curso médico sem ter noções a respeito das demandas da profissão médica. E muitos se desiludem ao dar-se conta de que estão realizando algo diferente do que queriam e acabam por abandonar o curso<sup>14</sup>.

Hoje, abandonar o curso médico não parece uma opção viável para a maioria dos estudantes que enfrenta essa desilusão devido às dificuldades encontradas para ser aprovado no concurso para uma instituição pública de ensino ou pelos altos valores das mensalidades de instituições particulares, além de enfrentarem o sentimento de decepção da sociedade diante desse possível abandono. Optam, assim, por se manter na profissão independente da insatisfação, tornando-se pouco resilientes às intempéries características da Medicina, desinteressando-se pelos transtornos psicológicos que esse sentimento venha a desencadear e pela consequente baixa qualidade na assistência à saúde dos pacientes<sup>3,14,25,56,57</sup>.

Quando indagados a respeito da necessidade de buscar ajuda psicológica especializada, a maioria dos participantes enfatizaram que *pessoas leigas*, mesmo que profissionalmente treinadas, não são capazes de compreender as dificuldades e os sacrifícios inerentes à profissão médica. Esta percepção é comum aos formandos em diversos países e se traduz em uma dificuldade de procurar Núcleos de Apoio Psicopedagógico durante o curso médico ou ajuda profissional de psicólogos(as), desenvolvendo conflitos crescentes na IM formada e em consolidação. A participação em programas de suporte profissional, quando acontece, demonstra uma *quebra* na IM autopercebida como estereótipo de médico idealizado e é capaz de estabelecer novos parâmetros para a reestruturar de maneira saudável a IM<sup>8,116,162,164,165</sup>.

Elaine Wainwright et al.<sup>116</sup>, pesquisadores do Departamento de Psicologia e de Saúde da University of Bath, no Reino Unido, descrevem, em seu artigo de 2017, que médicos-residentes tendem a preservar uma caricatura de profissional que *lida bem* com as demandas do treinamento em Medicina. Esses profissionais recém-ingressos no mercado de trabalho não desejam ser vistos como diferentes da identidade médica considerada *normal* de que os médicos têm um bom desempenho no trabalho, mesmo quando estressados ou indispostos. Assim, vivenciam o medo do estigma de se serem rotulados como membros que transgrediram as normas de um *seleto grupo social* por não estarem sempre bem-dispostos e

ativos. Esse estigma propicia o desenvolvimento de uma identidade adoecida quando os profissionais escondem – ou consideram passageiro – o próprio mal-estar, negligenciando sua saúde física e psicológica<sup>116</sup>.

Nesse sentido, todos os participantes destacaram que existe um elevado *custo* emocional e psicológico no curso médico, apesar de a profissão oferecer mais oportunidades de trabalho. Entretanto, são estimulados a *pagar* esse custo a fim de terem sucesso profissional. Hoje, esse tipo de sucesso tem sido questionado pelos estudantes recém-ingressos nas universidades, especialmente os das gerações Y (Millenials) e Alpha, que consideram como exitoso aquele que é capaz de conciliar a vida profissional com a vida pessoal e ainda manter sua saúde psicossocial como lazer, realização de atividade física e frequência em eventos familiares<sup>25,56,58,116,159</sup>.

O ingresso da Geração Y (Millenials) no Ensino Superior institui um contexto contemporâneo que demanda uma reestruturação da didática educacional nas escolas médicas. Essa geração é constituída de indivíduos com uma característica marcante em comum: nasceram no final da década de 1990 e usufruem de uma relação visceral com a tecnologia e o meio digital, com o mercado de trabalho altamente competitivo, com a dissolução de vínculos e direitos empregatícios e a valorização extrema da qualidade de vida psicossocial. O conflito geracional torna-se mais intenso quando pesquisas demonstram que os docentes e preceptores desses estudantes millenials advém da Geração X (indivíduos nascidos entre 1960 e 1980) cuja filosofia de vida é o trabalho e a produção, mesmo que precisem abandonar o idealismo e as esperanças da juventude. Esse conflito entre gerações causa obstáculos e desordens quando os alunos, repletos de expectativas e imaginários irrealis, entram em contato com a realidade da profissão médica sem a orientação adequada de seus *exemplos* profissionais<sup>24,25,28,29,51</sup>.

Esses conflitos identitários e geracionais são agravados quando se trata da Geração Alpha, composta por indivíduos nascidos após o ano 2000. São classificados de maneira desdenhosa como *geração floco de neve*, como descrito no *Collins English Dictionary* desde 2016. Recebem essa denominação devido à sua visão do mundo e de si mesmos, caracterizada por menos resiliência, maior vulnerabilidade emocional e mais propensão a se ofenderem facilmente do que as gerações anteriores. Estes estudantes e recém-graduados estão imersos nas mídias sociais, onde a Medicina é apresentada como uma profissão liberal glamurosa, capaz de oferecer altos rendimentos financeiros, status social diferenciado e desvalorização do paciente enquanto sujeito das ações do médico. Esses significados se estendem à liberdade de tomada de decisão, como o consumo de bebidas alcoólicas e drogas lícitas e ilícitas, à

aquisição de bens e à participação em eventos luxuosos, sem preocupação com as consequências destes atos<sup>24,25,28,29,51,166</sup>. Apesar de existirem profissionais que se utilizam das mídias sociais para “propagar seus conhecimentos e ampliar seus territórios de atuação”, os médicos são capazes de “influenciar nas ações, conexões, escolhas e formas de consumo dos indivíduos, refletindo em suas relações pessoais e sociais”<sup>166</sup>.

Além disso, os participantes relataram sentirem uma grande responsabilidade ao se formarem e receberem o carimbo de médico(a) do Conselho Regional de Medicina. Esse compromisso com a tomada de decisões sobre a saúde de outra pessoa provoca o surgimento da Síndrome do Impostor (SI) e é compartilhado com formandos de diversos países. Essa síndrome faz emergir sentimentos de medo, de insegurança e de sensação de despreparo técnico, com uma percepção de si mesmos como incompetentes ou insuficientes para atender as demandas dos pacientes<sup>58,116,162,165,167</sup>.

A responsabilidade de ter um carimbo do Conselho Regional de Medicina emergiu como um tema marcante para a maioria dos participantes, que relatou uma sensação ambígua: por um lado, a liberdade de decidir a conduta diante dos quadros clínicos apresentados, como se fosse um ser divino que tem o poder de decidir entre a vida ou a morte de um indivíduo; por outro, a responsabilidade e o sofrimento psíquico de se sentir incapaz.

Às vezes, bate um desespero, especialmente quando você se forma. Os sonhos e os ideais somem, você não lembra mais que existiram. É só medo de fazer mal a alguém com aquele 007 liberado pelo Cremerj {referência aos filmes de James Bond e a “licença para matar” conferida ao agente 007}. (GF2.30a.fem.R1.Clin.)

Em consonância com Campos et al.<sup>167</sup>, pesquisadores do Centro Universitário Christus e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, em artigo de 2022, existe uma alta prevalência de síndrome do impostor em estudantes de Medicina, bem como uma grande exigência na Educação Médica, independente do estágio no curso. Os autores destacam que os maiores sofrimentos psicológicos parecem estar associados aos primeiros anos da graduação. Entretanto, a prevalência e a gravidade da SI aumenta exponencialmente à medida que o sofrimento emocional parece diminuir. Nos resultados dessa pesquisa, tanto a SI quanto os distúrbios psiquiátricos aumentaram em incidência e prevalência ao longo do curso, em contraposição com alguns estudos realizados há mais de vinte anos, que afirmavam existir uma aceitação da realidade a respeito da prática médica durante a graduação<sup>167</sup>.

Uma recente revisão da literatura apresentada na dissertação de mestrado em 2021 de Helena J. M. Nunes<sup>168</sup> à Universidade da Beira Interior em Portugal, demonstrou que essa experiência de se sentir impostor afeta tanto a homens quanto a mulheres e é mais prevalente em minorias étnicas ou culturais. Além disso, produz um impacto negativo na formação identitária, na vida profissional e na saúde mental, em especial de estudantes de Medicina. Destaca, ainda, que existem “várias abordagens para a prevenção e recuperação deste fenómeno, nomeadamente grupos de apoio e estratégias de intervenção associadas ao Mindfulness”<sup>168</sup> (meditação baseada em atenção plena) e que “as escolas médicas assumem também um papel importante na prevenção e na recuperação desta experiência<sup>168</sup>”.

Ademais, os participantes destacaram a percepção de que o curso médico e a Medicina em si são responsáveis por um elevado custo emocional e psicológico, apesar de oferecerem mais oportunidades de trabalho do que outras profissões. Além disso, os participantes enfatizaram que as *peessoas leigas* não são capazes de compreender as dificuldades e os sacrifícios inerentes à profissão médica, o que proporciona uma baixa taxa de busca por auxílio psicológico tanto durante a graduação quanto durante a vida profissional.

[...] é melhor mudar de profissão se deseja ter vida, ir pra uma academia, dormir a noite toda, ter família, casar, ter filhos. Na Medicina, na cirurgia, você não tem tempo pra você. Seu tempo é todo pro hospital. (GF3.27a.masc.R2.Clin.)

Uma questão que emergiu nas entrevistas foram os sentimentos de medo, de insegurança, de sensação de despreparo técnico além da síndrome de impostor. Essa síndrome, nos formandos médicos, foi caracterizada por uma percepção de si mesmo como incompetente ou insuficiente para atender as demandas dos pacientes e para instituir uma conduta terapêutica adequada diante de um quadro clínico apresentado. Essas experiências negativas fizeram alguns participantes questionarem a si mesmos se realmente desejavam ser médicos e se tinham a capacidade técnica necessária para exercer a profissão.

[...] quando eu me formei, que eu peguei o carimbo na mão, que eu percebi que realmente eu era médica, foi desesperador... [...] Felicidade por estar realizando um sonho [...]. Desespero por estar com toda a responsabilidade, por estar com o carimbo no meu nome, por não me sentir médica, me sentir uma impostora... Não se tem o direito de errar na Medicina. (P12.26a.fem.R1.Cirur.)

[...] quanto mais perto de acabar o curso, quanto mais estava chegando a formatura, mais eu percebi que eu, e minha turma inteira, ninguém se sentia ainda capacitado, ninguém tinha capacidade ou maturidade para ser médico. (P2.28a.masc.R3.Cirur.)

Ainda que o custo emocional de ser médico seja elevado, destacaram que sentem satisfação com a Medicina por causa da relação médico-paciente que conseguem desenvolver e que se sentem recompensados quando tem seu esforço reconhecido. A maioria, em consonância com a pesquisa de Dini e Batista<sup>163</sup>, de 2004, percebe e sofre com a existência de medo, insegurança e dúvidas com relação à Medicina quando se encontram em vistas de se graduarem. Por mais que desejem constituir família e se realizarem em suas vidas pessoais, as preocupações com o mercado de trabalho e a desvalorização do médico geram ansiedades, angústias e desencantos quanto ao futuro como profissionais<sup>163</sup>.

Há um destaque para o alto grau de convergência entre as diferentes pesquisas realizadas em distintos países e não há uma diferença significativa entre homens e mulheres. Estes parecem ser um fenômeno global e comum ao profissional médico. As informações contidas na literatura apontam para um processo de transformação pessoal e uma aproximação não-saudável e progressiva dos estudantes com a realidade da profissão.

O Professor Doutor Fernando Magalhães refere-se à Hipócrates (460-370 a.C.), de forma poética, quando relembra a figura basilar da Medicina ao iniciar seu memorável discurso com a citação de que “a vida é breve, a arte é longa, a ocasião fugidia, a experiência enganadora, o juízo difícil”<sup>160</sup>. As expectativas e as realidades são mutáveis ao longo dos anos. Faz-se necessário que docentes, preceptores, instituições de ensino e outros atores sociais comprometidos com o ensino médico se ajustem às mudanças e desenvolvam estratégias que possam auxiliar os estudantes e recém-graduados a adequarem suas expectativas e a lidarem com as realidades e intempéries da Medicina. Isso é fundamental, uma vez que há o risco de se conviver com profissionais cada vez mais insatisfeitos com a prática médica, com distúrbios psicológicos e com IM cada vez mais fragmentadas e doentes. É impossível ajuizar plenamente o sentimento desses jovens repletos de expectativas não concretizadas. Mudanças já estão despontando nas atitudes de médicos formados nos últimos cinco anos, a exemplo dos formandos da Universidade Estadual de Londrina, que elaboraram um novo texto para o juramento a Hipócrates de Cós (460-370 a.C.), justificado pela “absoluta impossibilidade de fazer juramentos sobre algo que não se pode cumprir nos dias de hoje” e que “o juramento de Hipócrates trata o médico como um sacerdote, como algo religioso. Hoje sabemos que os médicos são apenas prestadores de serviço.”<sup>169</sup>.

Ainda que o custo emocional de ser médico seja elevado, alguns participantes destacaram que se sentiam felizes com a Medicina por causa da relação médico-paciente que conseguiam desenvolver e que se sentem recompensados quando tem seu esforço

reconhecido pelos pacientes, pelos gestores dos serviços de saúde do qual fazem parte e pela população e são chamados de *doutores* pelo público leigo.

[...] hoje eu encontro muita gente da Clínica da Família na rua e fico parecendo um vereador, todo mundo me conhece, me chamam de doutor na rua, é algo muito bom. [...] eu gostei quando aconteceu comigo porque eu percebi que estava no lugar certo, fazendo a Medicina como devia ser. Então, tudo pareceu fazer sentido, recompensou todo sofrimento que eu vivi. (P9.32a.masc.R3.Clin.)

Reconhecer as transformações nas expectativas dos estudantes e recém-graduados se torna fundamental para a construção de novas estratégias de ensino que reflitam uma preocupação com as demandas sociais dos estudantes, as mudanças na profissão e o mercado de trabalho do médico a fim de transpor os desafios no processo de formação em Medicina que são impostos aos atores sociais envolvidos na Educação Médica.

#### 3.3.1.1.1 Subcategoria pós-analítica *Médico herói X Médico real*

A temática do médico-herói emergiu tanto nas entrevistas quanto nos grupos focais. Diferencia-se da categoria geral de *Expectativas X Realidade* porque o médico idealizado se apresenta como uma figura caricaturada e origina-se da idealização irreal da Medicina a partir do perfil de médico que é apresentado em programas, séries e filmes televisivos, assim como nas histórias em quadrinhos e em novelas gráficas. Esse médico-herói idealizado se mostra como um personagem endeusado e estereotipado, oposto à uma idealização que é passível de se realizar. Quando os estudantes e recém-graduados se percebem como *médicos-comuns* ou *médicos-reais*, necessitam fazer uma transição identitária que pode ser a origem de diversos conflitos ao longo da vida profissional.

Muitas pesquisas se concentram na evolução histórica do médico-herói. Os componentes da *fórmula de sucesso*, utilizada nos primeiros programas médicos, reforçavam uma imagem pública positiva dos médicos e eram incentivados pelas redes de televisão americanas e pela American Medical Association. Um dos pioneiros foi a série do *Doutor James Kildare*, personagem protagonista fictício de séries médicas norte-americanas desde as décadas de 1930 até os anos 60<sup>52,106</sup>.

Essa fórmula para sucesso envolvia um ambiente hospitalar onde personagens tendiam a ser um jovem médico e seu mentor (ambos homens), um paciente e vários outros médicos,

enfermeiras e auxiliares de enfermagem. O médico era considerado o herói que salvou o doente ou aquele que tentou todos os meios possíveis para evitar a morte<sup>52,53,106,113,116</sup>. Além disso, o médico-herói era considerado uma autoridade por sua experiência biomédica e técnica, oferecendo, inclusive, atenção às questões psicossociais. Outrossim, eram capazes, por exemplo, de salvar vidas com facilidade, consertar casamentos, reconciliar famílias alienadas, dar aos pacientes vontade de viver e reafirmar continuamente a primazia da relação médico-paciente<sup>52,53,106,113,116</sup>.

De acordo com as autoras Elena Strauman e Bethany Goodier<sup>52</sup>, Pesquisadoras do Departamento de Saúde e Comunicação do College of Charleston, EUA, em artigo de 2010, os *dramas médicos* incorporam, no personagem médico, a qualidade da excelência biomédica vista historicamente em tantos outros protagonistas da televisão. As autoras enfatizam que a televisão possui um poder de transmitir normas e valores culturais, a televisão oferece um currículo universal que todos podem aprender. Ademais, a população em geral aprende muito sobre os médicos e o que esperar quando estiverem sob seus cuidados, por isso a popularidade dos dramas médicos, bem como as maneiras como os telespectadores usam os programas de entretenimento como base para seus conhecimentos sobre Medicina<sup>52</sup>.

Destacam, ainda, que nem todos os *médicos de televisão* apresentam-se como heroicos e de bom caráter. A fim de oferecer um contraste e destacar a figura do herói, são elencados especialistas, cirurgiões ou administradores para os quais o cuidado e a preocupação com os pacientes são limitados pelo egoísmo pessoal, arrogância ou preocupação com os resultados financeiros. Dessa forma, o médico-herói deve lutar contra a doença e a burocracia para fazer o que é ético e moralmente correto para o paciente. Isso causa expectativas ilusórias para a população, onde encontram-se os pacientes reais e os jovens aspirantes a médicos. Essa credibilidade excessiva nas histórias fictícias pode levar à definição de expectativas irrealistas para os pacientes verdadeiros, além de mais altas expectativas dos médicos com a própria vida e com a promoção em saúde de seus pacientes<sup>52,53,106,113,116,170</sup>.

Segundo Maria Auxiliadora C. De Benedetto e Dante Marcello C. Gallian<sup>170</sup>, da Universidade Federal de São Paulo, em pesquisa publicada em 2018 a respeito do currículo oculto e a desumanização em saúde, estudantes e médicos recém-formados relatam que o contato com a incerteza da vida, a dor e a morte dos pacientes, os dilemas diante da impossibilidade de aliviar o sofrimento de todos ao seu redor despertam sentimentos negativos. Essas emoções costumam ser ignoradas ou colocadas à margem ao longo da graduação. Dessa forma, a morte e a impossibilidade de tratamento para certas condições clínicas podem ser confundidas com o fracasso ou a incompetência do médico e as emoções e

os sentimentos despertados nessas circunstâncias não são condizentes com a imagem do médico-herói que faz parte do imaginário de grande parte dos estudantes de Medicina<sup>170</sup>.

Os programas e séries citadas pelos participantes, que foram *Discovery Home and Health*, *Grey's Anatomy*, *House MD* e *The Good Doctor*, são dramas médicos contemporâneos que versam sobre um hospital, uma equipe de ambulância, um(a) médico(a) e ambientes relacionados à Medicina diretamente. Nos últimos quarenta anos, houve uma mudança nesse tipo de programa televisivo. Os pacientes deixaram de ser o foco como indivíduos e se transformaram em uma parte de um ambiente ameaçador, causador de problemas e riscos para os médicos e dos quais o herói é vítima, necessitando se proteger. Uma vez que a televisão passou a oferecer aos telespectadores acesso aos bastidores da vida dos profissionais-heróis, a confiança dos pacientes em seus médicos reais começou a se corroer<sup>52,53,113,116</sup>.

Esses bastidores incluem a percepção de que o médico não possui outra função social além de exercer Medicina, é incapaz de constituir família ou participar de um círculo social fora do hospital onde trabalha e possui alto padrão aquisitivo. Os médicos reais, que são oriundos da população leiga que interiorizou aqueles caracteres do médico-herói, assim como aqueles que convivem com médicos em suas famílias, aceitam, conseqüentemente, essa realidade ilusória construída socialmente pelas séries televisivas e edificam suas IM com base nessas identidades fantasiosas. Dessa forma, se desenvolvem conflitos identitários que podem perdurar por longos anos, acreditando que são infalíveis e abdicando, inclusive, de cuidados com a própria saúde<sup>9,24,26,36,47,52,53,113,116</sup>.

Em consonância com Kligler et al.<sup>113</sup>, pesquisadores do Albert Einstein College of Medicine da Yeshiva University de Nova York, EUA, em artigo de 2013, se percebe que os estudantes e recém-graduados desenvolvem uma luta pessoal para fazer escolhas saudáveis. Eles relataram ter menos tempo para fazer compras e preparar alimentos, fazer exercícios, dormir e passar tempo com amigos e familiares. Para alguns alunos, essa falta de controle sobre o tempo se traduz em um sentimento de desordem suas próprias vidas de uma forma geral e contribuiu para sentimentos de desamparo, baixa autoestima e exaustão emocional. Além disso, assumem uma responsabilidade irreal de ser um *modelo* para escolhas – saudáveis ou não – de seus pacientes. Uma vez que se sentem incapazes de cumprir essa responsabilidade, considerando-se hipócritas. Essa necessidade de ser modelo de comportamento agrava o estresse psicológico, impulsionando os alunos a consumirem mais alimentos ricos em gordura e açúcar, aumentarem o consumo de álcool e fazerem outras escolhas consideradas não saudáveis<sup>113</sup>.

A percepção do médico como um super-herói é comum quando os estudantes adentram o curso médico. Existe um endeuamento da Medicina e do médico por parte de alguns segmentos da sociedade, compartilhada pelos estudantes antes de cursarem Medicina<sup>9,24,26,36,47,53,116,170</sup>.

Na Medicina, essas expectativas de situações imaginárias podem superar as situações do cotidiano e o *cuidar do paciente* pode ser percebido como um verdadeiro *ato de heroísmo* comparado aos grandes feitos realizados por super-heróis na ficção das narrativas gráficas compostas por textos e imagens das histórias em quadrinhos (HQs). Os clássicos heróis e vilões das HQs são transportados para os médicos e para as doenças, sendo o profissional de saúde o herói que salvará o paciente da doença e da morte, a maior vilã de todas<sup>106,113,116</sup>.

A constatação dessa característica no comportamento dos estudantes de Medicina não é recente. Rosenberg EH et al.<sup>106</sup>, em pesquisa realizada na Universidade Tel-Aviv, Israel, em 1979, destaca que, em seus resultados, quando “os alunos foram solicitados a verificar a sua posição – mais próximos da posição do médico ou do paciente – quase 80% escolheram a posição do médico e classificaram esse profissional como extraordinário e sábio, inclusive os recém-ingressos no curso médico”<sup>106</sup>.

Estudos mais recentes confirmam essa particularidade e revelam que os estudantes, mesmo que cursando apenas o primeiro semestre, se sentem *médicos super-heróis* e se comportam como tal em sociedade. Imaginam-se realizando uma ressuscitação cardiopulmonar extraordinária em meio à uma multidão ou dizendo *é um lindo dia para salvar vidas* em referência ao personagem Derek Shepherd, interpretado pelo ator Patrick Dempsey na série televisiva *Grey's Anatomy* (drama médico norte-americano idealizado e dirigido por Shonda Rhimes e exibido pela rede ABC). É comum, igualmente, que familiares e amigos enxerguem o acadêmico, ainda principiante na profissão, como referência no que tange a questões de saúde, mesmo que o aluno tenha sido aprovado no processo seletivo apenas há alguns dias<sup>20,116</sup>.

Além disso, a faculdade e os hospitais, que esse suposto médico-herói imagina frequentar, são isentos de problemas e os pacientes são todos educados e cordiais, enquanto o *cuidar do paciente* é percebido como um verdadeiro ato de heroísmo, como uma missão de vida.

Eu me lembro que, quando eu era criança, eu gostava muito de assistir alguns programas médicos no canal do Discovery Home and Health, eram documentários sobre procedimentos, sobre cirurgias, eram coisas reais. [...] Na época, eu devia ter uns onze anos, doze anos, e eu assistia muito. Eu gostava muito de um específico

que era de cirurgia, os médicos viviam no hospital, me parecia algo muito bom, viver para a Medicina, para a cirurgia. (P11.26a.fem.R1.Cirur.)

As expectativas criadas a partir dos *dramas médicos* incluem o profissional não possuir outra função social além de exercer Medicina, como incapaz de constituir família ou participar de um círculo social fora do trabalho no hospital.

[...] toda influência externa, seja livro, seja televisão, seja séries de TV, como *The Good Doctor*, *Grey's Anatomy*, tudo influencia a gente no que a gente pensa sobre ser médico, o que a gente acha que é a realidade da Medicina quando na verdade não é.” (P8.29a.fem.R3.Clin.)

Quando adentraram o curso médico, os residentes relataram que se percebiam como pessoas semelhantes a um super-herói, capazes de resolver qualquer problema e de mudar, para melhor, a vida de seus pacientes de uma maneira global e irrestrita, como descrito nas séries e filmes de dramas médicos. Relataram que compartilhavam essa percepção com o público não-médico e que modificaram a forma irreal de enxergarem a Medicina durante a graduação e a prática profissional.

Acho que algumas pessoas olham para o médico como um super-herói, como um sabe tudo, e outras pessoas olham como um prepotente, como uma superioridade, como uma autoridade, como quem manda em tudo, como quem tem dinheiro, como quem pode conseguir tudo na vida. Eu pensava assim também. Mas não é bem assim, né? Está longe disso! (P8.29a.fem.R3.Clin.)

[...] na teoria, no ideário tem aquela visão do médico-deus que cada vez mais se perde, né? O ideário de que o médico detém todo o conhecimento, de as pessoas procurarem a opinião do médico, de dar orientações, de procurar ajudar o paciente, de o médico ser aquela pessoa que procuram quando está com algum problema. (P2.28a.masc.R3.Cirur.)

Além da percepção do médico como um super-herói, os participantes relataram que percebem um endeusamento, por parte da sociedade, a respeito do médico e que compartilhavam dessa visão antes de cursarem Medicina. Afinal, faziam parte desde grupo social *leigo* antes de iniciarem o curso de graduação.

Quando você é médico, o trato é diferente, seja na sua família de casa ou com os parentes mais longe ou entre os amigos [...]. Até os parentes do médico tem destaque social, o pessoal diz “olha lá, o é pai do doutor fulano”. (P9.32a.masc.R3.Clin.)

A Medicina exige uma carga psicológica muito grande e é uma coisa que as pessoas não levam em consideração, que o médico também é gente, que o médico não é uma figura que está ali num pedestal, intocável. Pensam que o médico não é um ser humano, que o médico é uma coisa meio “deusificada”, que médico não precisa dormir, não precisa comer, que tem que estar lá para atender todo mundo vinte e quatro horas por dia.” (P10.25a.fem.R2.Cirur.)

Nas últimas décadas, se verifica uma modificação na atitude da população a respeito do médico. Da mesma forma que existe essa hipervalorização, se encontram atitudes de desvalorização por parte dos pacientes, especialmente com a globalização da internet e facilidade de acesso à informação sobre saúde, quebrando essa IM idealizada e cristalizada socialmente do médico-herói e desenvolvendo conflitos identitários<sup>9,24,26,36,47,53,116,170</sup>.

Para a maioria dos estudantes e recém-formados, o curso universitário e as vivências práticas no internato e na residência são experiências que oferecem oportunidades de desmistificação dessa percepção do médico como herói ou como um deus. O contato com os pacientes reais, com a realidade dos serviços de saúde oferecidos à população e com a própria falibilidade traduzida, por exemplo, nos próprios distúrbios de saúde, proporciona a quebra do médico-herói e a concretização do médico real<sup>9,24,26,36,53,116,170</sup>.

Conforme nos esclarece Alexandrina Maria A. da S. Meleiro<sup>171</sup>, professora e pesquisadora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em seu livro *O médico como paciente*, publicado no ano 2000, existe uma relação espelhada com os pacientes quando o médico adoece e necessita abdicar de seu pedestal, por vezes inconsciente, de um ser inatingível por apresentar dificuldade de enxergar as próprias fragilidades. Isso porque, comumente, o médico é dedicado a tratar bem os seus pacientes de maneira impecável ao mesmo tempo que ignora as próprias dores, desconfortos e exaustão. Assim, acabam por sub ou supervalorizar sinais e sintomas, se autodiagnosticar e se automedicar, em vez de buscar auxílio de um colega. Observa-se que médicos, quando admitem a própria doença e procuram um colega, se sentem envergonhados, como se houvessem falhado ou fossem incapazes enquanto profissionais, afinal não conseguiram nem *diagnosticar a si mesmos*. A autora destaca que “o mito e a crença de que médicos são imunes às doenças está por toda parte.”<sup>171</sup>.

Entretanto, mesmo que exista esse endeusamento por parte da população e dos próprios profissionais, os residentes relataram que percebiam uma mudança na visão que a sociedade tem a respeito do médico. Da mesma forma que constatavam essa hipervalorização, identificavam atitudes de desvalorização por parte dos pacientes, especialmente com a globalização da internet e facilidade de acesso à informação sobre saúde.

Eu acho que o médico [...] acaba servindo de referência para a opinião das pessoas a respeito de tudo, até do que não é de Medicina... Hoje, ainda tem gente que ainda vê o médico como um tipo de deus e tem gente que não tem consideração nenhuma pelo que a gente estudou e se dedicou. (P5.29a.fem.R2.Clin.)

[...] depois que eu me formei, eu entendi a questão da desvalorização, porque o paciente vê no Google e chega para o médico pedindo aquele exame, exigindo aquela conduta que ele viu lá na internet, o paciente só quer uma carimbada. (P5.29a.fem.R2.Clin.)

Apesar dessas visões contraditórias, o curso universitário e as vivências práticas foram relatadas como experiências que mostraram aos residentes que os médicos não são heróis ou deuses.

Acho que a gente não deixa de ser médico quando está numa festa ou quando está numa reunião de família, porque as pessoas sempre veem a gente como médico e esperam que a gente aja como tal. Esperam que a gente seja uma pessoa sempre equilibrada, que nunca tem problemas na vida, mas não é assim. A gente tem problemas como todo mundo tem. (P5.29a.fem.R2.Clin.)

Portanto, a complexa questão do médico-herói e do médico real inicia-se na escolha da profissão, permeia o curso médico e é capaz de construir, nos recém-formados, uma IM tão ilusória quanto uma edificação feita de areia na beira de uma praia ao alcance das ondas. Acompanha o aluno desde os primeiros períodos da graduação por meio de conflitos, de angústias e de esperanças, perpassando a escolha da especialidade e alcançando seu auge após os cinco primeiros anos de formado, seja em sua trajetória acadêmica, em seu contato com os pacientes leigos ou com seus colegas de profissão. Estar doente, para um médico, inunda de água salina o castelo de areia onde se postava o herói e proporciona uma percepção do médico como um ser real, falível e humano.

#### 3.3.1.1.2 Subcategoria pós-analítica *Ser paciente*

Nesta subcategoria, foram alocados os relatos a respeito da experiência dos participantes quando se tornaram pacientes e como essa mudança de atuação social proporcionou uma nova perspectiva a respeito do que é ser médico(a).

O contato com própria fragilidade quando estiveram doentes proporcionou um olhar mais humanizado para relação médico-paciente. Isso causou uma mudança nas expectativas com relação à Medicina, criando uma realidade profissional diferente daquela que poderia acontecer se a experiência não tivesse ocorrido.

Quando eu fiquei doente, quando fiquei no CTI, eu percebi o outro lado dessa desumanização que acontece nesses ambientes, porque eu sofri isso de colegas já formados e de professores. Eu não era o colega mais, nem o aluno, eu era só um paciente com o qual eles não falavam [...]. Essa experiência me ajudou muito, me ensinou muito a me colocar do outro lado. E, hoje, eu me coloco muito do outro lado, no lado do paciente. (P4.25a.masc.R2.Clin.)

Colocar-se no lugar de um familiar próximo de um paciente modificou a maneira como alguns participantes enxergavam os acompanhantes e os responsáveis pelos pacientes. Isso demonstrou que os aprendizados e compreensões dessas experiências se somam às expectativas a respeito da Medicina, modificando a realidade profissional e impactando positivamente a relação médico-paciente.

[...] uma mãe que liga às três horas da manhã por causa de um pico de febre da criança... Eu não conseguia compreender esse desespero da mãe, por mais que eu explicasse, ela ficava perguntando por que o filho dela estava chorando... Quando eu fui mãe que eu realmente entendi o que ela sentia porque, por muitos momentos, eu mesma fiquei desesperada com meu filho doente [...]. Então, isso me modificou. Me influenciou a ter mais empatia com as mães. (P3.39a.fem.R2.Clin.)

Esse contato com a doença em si mesmos ou com familiares próximos promoveu uma ampliação da capacidade de sentir empatia diante dos pacientes em condições patológicas semelhantes e ofereceu aprendizados que modificaram a percepção da realidade destes profissionais. Para os pacientes, uma internação hospitalar é vivenciada como uma experiência segura pois é através dela que receberão alívio dos sintomas que causam desconforto e medo da morte. Nos hospitais, para os pacientes, é onde existem os melhores recursos para erradicar a doença que os aflige. Essa experiência não é compartilhada quando o médico se torna o paciente<sup>171</sup>.

De acordo com Meleiro<sup>171</sup>, a imagem que um médico-paciente tem do hospital é diferente da dos pacientes comuns. Ao ser internado, o médico revive experiências desagradáveis que ocorreram desde sua formação até o exercício profissional, uma vez que até as percepções mais fantasiosas “tomam um colorido de realidade. Ao ser internada, a pessoa tem a prova incontestável de que está enferma e, no médico, observamos uma crise de identidade: agora ele é o paciente.”<sup>171</sup>.

Em todas as situações, a experiência de tornar-se paciente promove um encontro do médico com as próprias angústias e ansiedades, transformando-o de *aquele que cuida* para *aquele que é cuidado*. Percebe-se que estas vivências proporcionam incremento na empatia diante do sofrimento do próximo e melhoram a relação entre esse médico e seus futuros pacientes.

### 3.3.1.1.3 Subcategoria pós-analítica *Sexismo*

Existe uma mudança histórica na profissão médica nos últimos anos que é a feminização da Medicina. Apesar de os homens ainda serem maioria entre os médicos em atividade no Brasil, a diferença relacionada ao sexo diminui a cada ano e as mulheres já representam a maioria dos novos médicos registrados<sup>43,172,173</sup>. Em países como Reino Unido, Austrália, Canadá, Estados Unidos, Suíça, Alemanha e Holanda, “as mulheres representam em torno de 60% dos novos licenciados. Na Austrália e em Portugal, no final da década de 1990, elas já representavam, respectivamente, 68% e 69% dos novos ingressantes na profissão”<sup>173</sup>.

De acordo Scheffer et al.<sup>42</sup>, autores da publicação *Demografia Médica no Brasil* em associação com a FMUSP e o CFM, uma maior presença de mulheres na Medicina foi percebida a partir de 2009, seguindo uma série histórica de feminização da profissão. Entre os médicos com até 29 anos, as mulheres representam 58,5%. Essa taxa tende a crescer entre profissionais mais jovens e decrescer entre profissionais mais velhos, uma vez que no grupo de 35 a 39 anos, a porcentagem de mulheres (49,7%) ainda é menor que a de homens<sup>42</sup>.

Mesmo representando a maioria dos estudantes e dos profissionais registrados atualmente<sup>42,172-174</sup>, as mulheres sofrem impacto negativo devido a estereótipos sexistas, discriminação de gênero e preconceito por parte de alguns professores e colegas de trabalho, especialmente na área cirúrgica<sup>172-177</sup>.

Essa temática emergiu na fala de uma das entrevistas e a participante destacou ter percebido esse preconceito por parte de seus professores, de colegas de trabalho e de concursos para Residência Médica de cirurgia.

[...] Os professores mais novos tratam a gente muito bem, tratam a gente de igual para igual, não tem tanto sexismo de diminuir você porque é mulher, coisa que acontece muito com médicos mais velhos, com professores mais velhos. Na minha área, que é cirurgia, teve muitas residências que não entrava nenhuma residente mulher, sabe? E nesses últimos anos, entrou muita mulher nas residências, porque muitos concursos são só prova escrita, acabam aprovando muitas mulheres porque fica uma demanda reprimida ali, sabe? Aqueles que não são só prova, que tem entrevista também, e aí a maioria não aprovava mulheres, sabe? (P7.32a.fem.R1.Cirur.)

O crescimento acelerado na participação de mulheres na Medicina, nas três últimas décadas, não foi acompanhado pelo aumento percentual de cirurgiãs. Dados do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) espelham essa afirmação, pois, em outubro de 2008, apenas

11,90% do total de seus membros eram mulheres. Existe, inclusive, uma falta de cirurgiãs staffs que possam se configurar como modelos a serem seguidos<sup>175</sup>. As mulheres encontram inúmeros obstáculos quando fazem escolha por especialidades cirúrgicas. As pesquisadoras Talita Franco e Elizabeth G. dos Santos<sup>175</sup>, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, destacam que as chantagens, os assédios, as difamações e as ridicularizações ainda fazem parte da vivência de mulheres na Medicina, em especial na área cirúrgica<sup>175</sup>.

Além disso, ainda se observa disparidades salariais entre homens e mulheres na profissão. Em muitos países, o aumento do número de mulheres na Medicina é acompanhado pela desigualdade de gênero em vários aspectos da prática profissional e as mulheres geralmente ganham menos do que os homens<sup>42,173-177</sup>.

Não obstante à feminização da Medicina, o estereótipo masculino cisgênero caucasiano de cirurgiões ainda desestimula, especialmente nos Estados Unidos, que mulheres e minorias (raciais, étnicas, de gênero), alcancem a educação médica formal. Isso se deve, em grande parte, à uma tendenciosa história escrita e oral da cirurgia, que muitas vezes exclui mulheres e minorias e até atribui erroneamente suas realizações. Na história dos Estados Unidos, cirurgiões que fazem parte minorias também não são reconhecidos. Dos 24 *cirurgiões pioneiros* listados pela Wikipedia, uma enciclopédia multilíngue de licença livre escrita de maneira colaborativa, nenhum dos *pioneiros* é uma mulher ou pessoa não-branca, apesar de suas contribuições notáveis para a cirurgia<sup>27,178</sup>.

Em 2015, foi publicada na rede social Twitter a *hashtag* #ILookLikeASurgeon para desafiar os estereótipos de gênero em cirurgia, e os cirurgiões no Twitter responderam em massa. Cirurgiões masculinos e femininos tuitaram fotos de si mesmos dentro e fora da sala de cirurgia. Os pacientes elogiaram as imagens e tweets como “humanizando a profissão”. Talvez pela primeira vez, os cirurgiões tiveram um meio de apresentar imagens que os representassem. Hoje, as mulheres cirurgiãs, quer estejam no primeiro ano de treinamento ou como professoras eméritas, desejam acreditar em si mesmas e dizer que *parecem* mesmo cirurgiãs, porque de fato o são. A *hashtag* #ILookLikeASurgeon conta, atualmente, no Instagram, com 76.300 publicações<sup>27,179</sup>.

A médica Alison McCoubrey, a primeira cirurgiã geral em seu hospital na Irlanda do Norte, descreve que tem sido ver mulheres inspiradoras se unindo e apoiando umas às outras, promovendo modelos positivos e mudando as percepções das mulheres em profissões dominadas por homens. A autora convida a todos a desafiarem os estereótipos e fazem parte da solução e sintetiza com a seguinte expressão: “#ILookLikeaSurgeon porque sou uma cirurgiã.”<sup>179</sup>.

#### 3.3.1.1.4 Subcategoria pós-analítica *Fé*

Os estudos sobre fé e Medicina multiplicam-se atualmente e a maioria tem seu foco no impacto da religiosidade dos pacientes em sua saúde física, emocional e psicológica. Entretanto, essas pesquisas não dizem respeito à fé ou à religiosidade professada por médicos(as) e se estas são capazes de modificar a forma como os profissionais lidam com as turbulências e incertezas da realidade ocupacional como a RM<sup>180-182</sup>.

Duas entrevistadas relataram as suas experiências pessoais na atual tese:

Quando eu comecei a residência, eu me sentia frustrada, eram mais de cem horas de trabalho sem folgas [...]. Então, eu lembrei que precisava de duas coisas: terapia e voltar para a minha religião. E foi o que eu fiz [...]. Minha fé me fortaleceu para ser uma médica melhor diante dos quadros clínicos que eram tidos como fora de possibilidade terapêutica. Eu me tornei uma médica melhor para eles por causa da minha fé. (P12.26a.fem.R1.Cirurg.)

O treinamento médico no mundo ocidental tem como base os aspectos físicos e mentais mais facilmente mensuráveis. Contudo, compreender os aspectos espirituais do cuidado em saúde não é uma parte típica do currículo médico. A espiritualidade é difícil de definir e pode ser considerada como aquela parte do indivíduo que envolve o mundo não-físico intangível. É influenciada pelos sistemas de valores centrais, pela composição psicológica, pelas crenças religiosas e pelas memórias subconscientes emocionais<sup>180-182</sup>.

Conforme as pesquisadoras Gowri Anandarajah e Ellen Hight, da Brown University School of Medicine, Rhode Island, EUA, em artigo publicado em 2001, 64 a 95,5% dos médicos estadunidenses acreditam em Deus, 43 a 77% sentem-se próximos ou um pouco próximos de Deus, 77% acreditam que os pacientes devem compartilhar suas crenças religiosas com seu médico e 96% acreditam que o bem-estar espiritual é importante para a saúde. Entretanto, as maiores barreiras encontradas para a discussão de questões espirituais com os pacientes são a falta de tempo, a falta de treinamento e a dificuldade em identificar pacientes que desejam tal discussão. De acordo com as autoras, a espiritualidade é uma parte complexa e multidimensional da experiência humana e podem refletir-se na quantidade e na qualidade dos recursos internos de um indivíduo diante das adversidades do cotidiano da vida<sup>182</sup>.

Nesse sentido, a espiritualidade do médico parece proporcionar maior tranquilidade e segurança diante do cotidiano da Medicina e fornece suporte emocional para o aumento de

resiliência frente à momentos mais difíceis, como o enfrentamento de casos complicados e de doenças consideradas problemas de saúde pública, como a recente pandemia de coronavírus (Covid-19). Além disso, o autocuidado e a autocompreensão de sua própria espiritualidade podem auxiliar os médicos a se prepararem para perguntas difíceis de seus pacientes, como *por que isso está acontecendo com meu filho?* ou perguntas sobre as crenças do médico. Também pode ajudar os profissionais a se prepararem para momentos em que os pacientes podem fazer pedidos de oração ou se preparar para respostas emocionais do paciente, além de proporcionar uma relação médico-paciente mais confiável e terapêutica. Médicos que possuem e/ou professam algum tipo de espiritualidade lidam melhor com as questões relacionadas ao sofrimento e à morte dos pacientes e constroem um perfil identitário mais real e menos relacionado ao perfil de médico-herói<sup>180-182</sup>.

À medida que os médicos iniciam o processo de integração da espiritualidade na prática cotidiana, é fundamental que mantenham o máximo respeito pelos direitos à autonomia, à liberdade de pensamento e à crença de seus pacientes. As antigas tradições de sabedoria do mundo sugerem que alguns dos aspectos mais importantes da espiritualidade estão no sentido de conexão e força interior, conforto, amor e paz que os indivíduos derivam de seu relacionamento consigo mesmo, com os outros, com a natureza e com o transcendente.

### 3.3.1.2 Categoria pós-analítica *Delineando o caminho percorrido*

Nessa categoria foram agrupados os conteúdos que emergiram de entrevistas e grupos focais que se relacionam com as motivações que levaram os participantes a escolherem o curso médico e, posteriormente, escolherem a especialidade e a discussão com a literatura relacionada.

#### 3.3.1.2.1 Subcategoria pós-analítica *Escolha pela Medicina*

Dentre as motivações para escolha da Medicina, estão a visão que os residentes possuíam a respeito de seus familiares médicos, no sentido de consideraram estes familiares

como pessoas como de bom caráter e com boas condições de vida, tanto financeiramente quanto bom status social. Esse foi o tema mais prevalente no conteúdo das entrevistas.

Com esse monte de médico na família, acho que foi meio que natural, era esperado que eu fizesse o curso [...] Eu acho que isso foi porque eu ouvia meus pais falando sobre Medicina, sobre como eles pareciam felizes sendo médicos, como meus parentes olhavam pra eles admirados, todo mundo admirava meus pais. (P6.36a.fem.R4.Cirurg.)

[...] quando eu era pequena, a última coisa que eu queria era ser médica, exatamente porque todo mundo era médico na minha família [...]. Ninguém se via direito, toda hora um tinha compromisso, era algo assim deslumbrante, mas era chato para mim, como criança, não ver minha família direito [...]. Mas cá estamos, agora! Pagando língua! (P10.25a.fem.R2.Cirurg.)

Percebe-se que os estudantes originários de uma *família de médicos* expressam diversos sentimentos que auxiliam na escolha pela Medicina e revelam que os mecanismos de identificação possuem uma grande profundidade psicológica, tais como antagonismo, subordinação, colaboração, proteção e reparação<sup>20,54,57,67,126,130,183,184</sup>.

O segundo tema mais prevalente foi a estabilidade financeira que a profissão médica oferece. A Medicina é considerada, pelos médicos-residentes, como uma área onde dificilmente não se tem oportunidades de trabalho, especialmente aqueles que participaram dos grupos focais. Além disso, associaram a percepção a respeito do ganho monetário ao elevado custo emocional.

[...] vou te dizer a real. Eu acho que só encara ENEM, seis anos de Medicina, prova de residência, fazer a residência, fazer de novo prova e residência, montar consultório, comprar aparelho, comprar cotas de grupo de equipe de cirurgia, comprar material cirúrgico, pagar cooperativa e Unimed, só faz isso quem quer dinheiro. Quem não preocupa com o dinheiro, quem quer fazer trabalho por amor, ele vai fazer trabalho voluntário, vai ajudar a distribuir uma marmita na rua, vai fazer outros tipos de coisa, entendeu? Quem passa por tudo isso aí, pode até amar a Medicina, pode até gostar da Medicina, mas o objetivo mesmo é o dinheiro, não tem conversa, não tem papo furado. (GF3.26a.fem.R2.Cirurg.)

Na segunda motivação mais comum revela-se, portanto, a estabilidade financeira oferecida pela profissão médica, especialmente pelas oportunidades de trabalho, apesar de ressaltarem que este ganho monetário possui um elevado custo emocional. Esse interesse é menor no início do curso e aumenta em proporção semelhante à diminuição do perfil humanístico. Essa percepção é compartilhada em outras pesquisas, nacionais e internacionais<sup>20,57,67,107,126,130,183-185</sup>.

O interesse científico pela área da saúde, em áreas biológicas e das ciências experimentais, traduzido em uma aptidão pelos estudos, além da aspiração em ser útil no

sentido de curar pessoas e dedicar-se à coletividade são apontados, pela maioria dos estudos, como os mais determinantes na escolha da carreira médica<sup>20,67,57,107,126,130,183-185</sup>. Entretanto, nesta pesquisa, foi o terceiro tema mais prevalente e estava relacionado à afinidade por estudar e por se relacionar com pessoas, por desejar ajudar o próximo e o altruísmo que consideram envolver a Medicina. Percebe-se que essa temática se afigura como a mais *socialmente aceitável* e é aquela esperada de um profissional ainda considerado *missionário* por uma grande parcela da população leiga e por parte dos próprios médicos, em contraste com a crescente percepção do médico na qualidade de um profissional liberal<sup>20,54,67,126,130,184,185</sup>.

A escolha pela Medicina é influenciada por fatores diversos, tais como a influência de terceiros (familiares e amigos), a sensação de possuir uma *vocação* ou um *chamado*, o desempenho escolar em matérias relacionadas às ciências da saúde durante o ensino médio e a vontade de ser útil, ajudar e salvar o próximo<sup>46,57,107,183-185</sup>.

Na década de 80, um estudo com mais de 600 médicos estadunidenses, realizado Isobel Allen, pesquisadora e professora da University of California San Francisco, EUA, descreveu que as principais motivações, citadas pelos participantes, para a escolha da carreira médica foram a boa performance em ciências no colégio, a influência de familiares, a reputação da Medicina como uma profissão atraente financeira e socialmente e o desejo de trabalharem com pessoas e ajudá-las<sup>183</sup>.

Uma pesquisa realizada em 2005, de Azevedo et al.<sup>184</sup>, Faculdade de Medicina de Barbacena, que versa sobre os fatores que orientam a escolha do curso médico, descreve que há um menor interesse, entre os alunos dos ciclos básicos e clínico, por uma boa posição socioeconômica, por prestígio social e segurança financeira pessoal. Entre estudantes do internato, esse interesse se apresenta bem maior, o que é interpretado como uma perda de motivações de caráter humanitário ao longo do curso. Ademais, descreve que distintos fatores psicológicos, sociais e biológicos, que se apresentam desde a infância e adolescência, são capazes de orientar as opções que impactarão significativamente o futuro de um indivíduo, uma vez que a preferência por uma determinada profissão vincula-se à identidade profissional de forma precoce ou tardia<sup>184</sup>.

As motivações para o ingresso no curso médico podem, então, se modificar ao longo dos anos, mas não parecem ter se transformado, em sua essência principal. As respostas dos participantes da atual pesquisa, quando questionados a respeito da escolha pela Medicina, estão em consonância com a literatura em diversos aspectos. A exceção encontrada nesta pesquisa se refere à motivação mais comum entre os entrevistados, que decorreu da influência

de familiares médicos no sentido de considerarem essas pessoas como éticas, detentoras de bom caráter e de boas condições de vida (recursos financeiros e status social) e por serem admiradas pelos demais membros da família e da comunidade. De uma forma geral, por esses familiares representarem o *médico ideal* na percepção dos participantes<sup>20,57,67,107,126,130,183-185</sup>.

Assim, como terceiro tema mais prevalente, emergiram aqueles relacionados à afinidade por estudar, por se relacionar com pessoas, por desejar ajudar o próximo e o altruísmo que consideram envolver a Medicina.

Coisas pequenas que você pode ajudar, que você pode orientar o paciente enquanto médico, fazem uma grande diferença na vida das pessoas no futuro, coisas de você incentivar uma alimentação melhor, incentivar a pessoa a fazer exercícios, de não fumar, de tomar os remédios certinho, enfim, eu acho muito gratificante esse poder que o médico tem de mudar o curso da vida das pessoas para melhor. (P7.32a.fem.R1.Cirur.)

Por último, em dissonância com os estudos a respeito do tema, emergiram relatos relacionados à uma vocação para a Medicina, uma sensação de *chamado*, como um conceito abstrato que pode ser incluído na categoria nos sentimentos.

[...] Fiz Medicina porque eu fui criada pensando que eu não queria ser rica, eu só queria é ser feliz. E ser feliz era atender esse chamado dentro de mim, que era para ser médica. (P1.31a.fem.R2.Clin.)

Essa temática vocacional é considerada comum a todos os estudos sobre os fatores que orientam os indivíduos a escolherem o curso médico como profissão, porém, foi a menos citada na atual pesquisa.

Para Luiz Roberto Millan<sup>14</sup>, em seu livro publicado em 2005, *Vocação Médica: um estudo de gênero*, essa vocação assume o conceito de que “todos sabem seu significado, mas ninguém é capaz de defini-lo, contentando-se apenas em descrever as situações em que se torna persente”<sup>14</sup>. O autor destaca que, por desenvolver uma IM profunda, o médico não costuma ter a mesma possibilidade de mudar de ocupação como outras profissões possuem, especialmente aquelas que privilegiam a técnica, os objetivos e as finanças<sup>14</sup>. Para Azevedo et al.<sup>184</sup>, a “essência da profissão médica é, na realidade, servir ao semelhante [...]. O ideal médico deve-se constituir na vontade de socorrer, no amor ao próximo e no espírito de sacrifício.”<sup>184</sup>.

De uma forma geral, não parece ser relevante o tipo de personalidade que o aspirante à médico possui, desde que disponha de alguns atributos fundamentais, tais como empatia, capacidade de comunicar-se adequadamente, aptidão natural e disposição para estudar, amor à

profissão, humildade diante dos desafios sociais e honestidade perante os pacientes<sup>14,20,67,126,130,184,185</sup>.

Em vista disso, a escolha pela carreira médica com base em motivações verdadeiras e capazes de se concretizar proporcionam que, em um algum momento de sua formação, o estudante experimente satisfação e júbilo com a seu desempenho acadêmico e profissional, permitindo-lhe dizer aos outros e a si mesmo, após se formar, que é um *médico de verdade*. Conseqüentemente, será capaz de estabelecer uma boa relação com seu paciente e uma melhor qualidade no atendimento à população. Aquele que não possui uma IM saudável sente-se descontente e sufocado em sua própria atividade profissional, inseguro na relação com seus pacientes e desconectado de seu papel social enquanto médico<sup>14,54,67,126,130,184</sup>.

### 3.3.1.2.2 Subcategoria pós-analítica *Escolha da especialidade*

As motivações para escolha da especialidade foram diferentes da escolha pela Medicina. A maioria dos entrevistados relatou que escolheu a especialidade com a qual possuísse afinidade e que lhe proporcionasse o estilo de vida que almejavam alcançar. Além disso, experimentaram outras áreas antes de escolher o Programa de Residência Médica para o qual prestaram o concurso, se sentindo mais seguros nesta escolha.

Eu fui experimentando antes de fazer residência. Eu queria escolher algo que me desse estabilidade financeira, mas que me deixasse ter uma vida além da Medicina. (P5.29a.fem.R2.Clin.)

Depois de escolher Medicina, fazer cirurgia fazia parte. Claro que, para escolher a especialidade dentro da cirurgia, [...] eu passei por várias áreas, rodei por todas as clínicas, em todas as enfermarias. (P10.25a.fem.R2.Cirur.)

Conforme Simone da N. T. Moreira et al.<sup>185</sup>, pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em seu estudo publicado em 2006 a respeito das motivações dos estudantes de Medicina para escolhas profissionais, o caminho para a escolha da especialidade se faz, para a grande maioria dos médicos, durante a própria graduação<sup>185</sup>.

Do primeiro ao sexto ano, essa escolha permeia os pensamentos dos graduandos e o caminho para a decisão da especialidade afigura-se longo, árduo e repleto de frustrações, sofrimentos e medos. Quando esses sentimentos são negados, negligenciados ou não são elaborados adequadamente, podem originar transtornos psicológicos e dificuldades no

processo de ensino-aprendizagem tanto das práxis relacionadas à Medicina quanto das especificidades de uma área de atuação profissional<sup>185-187</sup>.

Quando adentra à faculdade, a maioria dos estudantes se sentem valorizados por seus familiares e amigos no sentido de que frequentar o curso médico ainda é percebido, socialmente, como uma conquista de vida. Com o contato com a realidade da Medicina durante o curso, por meio das aulas teóricas, das atividades práticas e do convívio com pacientes, os alunos desencantam-se e expressam suas frustrações com a quantidade excessiva de provas, com aulas monótonas e com professores desatualizados didática e tecnicamente, além do desgaste emocional oriundo da relação com doentes de diferentes graus de gravidade e com a morte. Para a maioria dos autores, a escolha da especialidade ocorre em meio a esses conflitos e orienta-se para a área de atuação onde são minimizados ou onde os estudantes se sentiam mais confortáveis durante a graduação<sup>185-187</sup>.

Maria Luiza de M. Fiore e Latife Yazigi<sup>54</sup>, pesquisadoras da Universidade Federal de São Paulo, em um estudo psicossocial publicado em 2005 sobre as especialidades médicas realizado por meio de entrevistas com quarenta médicos considerados renomados e com reconhecimento nos meios médico e social, de diferentes especialidades e em atividade na cidade de São Paulo, concluíram que os médicos podem desenvolver conflitos identitários, até antes ocultos, durante e após a escolha da especialidade<sup>54</sup>.

Dessa forma, a escolha da especialidade advém de três grandes fatores: da necessidade de cumprir as expectativas mais relevantes do graduando diante do cenário profissional, das experiências positivas e negativas experimentadas durante a graduação no convívio com as diversas áreas de atuação do médico, e da necessidade de pertencimento e de segurança proporcionadas pela participação em um grupo social, com destaque para a especialidade escolhida<sup>54,185-187</sup>.

Da mesma forma que os estudantes desejam experimentar competências médicas consideradas de sucesso, existe uma necessidade de se negar as vivências consideradas negativas. A escolha da área de atuação e do Programa de Residência Médica continuam influências da percepção que os médicos-residentes possuíam a respeito da especialidade de familiares médicos, no sentido de reproduzirem – ou não – a história profissional com a qual conviveram<sup>54,185-187</sup>. No que se refere à influência da família, se percebe um desejo de não vivenciarem as mesmas experiências que seu familiar médico(a).

Quando chegou no final da faculdade, eu não sabia que especialidade eu faria. Eu quase fiz Pediatria como os meus pais, quase fui por esse mal caminho, essa

loucura da Pediatria. Mas eu lembrei que não queria aquela vida louca pra mim e fui por outro caminho. (P6.36a.fem.R4.Cirur.)

Ademais, revelou-se que a escolha da especialidade pareceu ser mais consciente e mais racional que a escolha pela Medicina e os participantes relataram analisar se as vantagens da área escolhida estavam de acordo com seus anseios pessoais de uma maneira mais integral<sup>54,107,185-187</sup>. Ocorre, assim, uma análise dos prós e dos contras de acordo com os anseios pessoais de uma maneira mais integral e real do que aquela ocorrida na escolha pela Medicina, que foi mais idealizada.

[...] era melhor continuar trabalhando, ganhando meu dinheiro para depois entrar para uma residência melhor e fazer o que eu queria mesmo, o que me daria, no futuro, estabilidade financeira e oportunidade de ter uma família, de viver com boas condições e não ficar sobrecarregada. (P5.29a.fem.R2.Clin.)

O atual processo de formação e de trabalho parece cada vez mais centrado na multiplicidade de especialidades. É importante destacar que existe um movimento de escolha precoce pela especialidade médica, desenvolvendo *pseudoespecialistas* que, ainda durante a graduação, desinteressam-se pelas áreas básicas e pelas especialidades-raiz (pediatria, cirurgia geral, clínica médica, gineco-obstetrícia e saúde pública), contrariando as políticas públicas e educacionais que privilegiam a formação de generalistas<sup>1,21,22,186-187</sup>.

De acordo com Scheffer et al.<sup>42</sup>, entre os médicos com até 29 anos, que engloba os recém-graduados que ainda cursam PRM e médicos que optaram por exercer a profissão sem especialização, 81,8% não possuem nenhuma titulação além daquela de graduado em Medicina. Atualmente, apenas 38% dos médicos brasileiros são especializados em áreas consideradas raízes. Contudo, se for levado em consideração que Clínica Médica e Cirurgia Geral são especialidades obrigatórias (pré-requisitos) para cursar RM em outras especialidades, essa porcentagem diminui sobremaneira<sup>42</sup>. Em consonância com esta reflexão, Ivy Q. de Sousa et al.<sup>187</sup>, pesquisadores da Universidade Federal do Pará, em estudo publicado 2014 sobre as influências para a escolha da especialidade médica, advertem que ainda estamos inseridos em uma sociedade que visa a formação de especialistas, apesar de todo o esforço empreendido pelas instituições de ensino com base nas DCN.

### 3.3.2 Fatores extrínsecos: Categoria pré-analítica *Docente / preceptor*

Apesar de alguns artigos incluírem o impacto de professores e preceptores na categoria *Estudante* (fator intrínseco) por participarem da transição médico idealizado para médico real ou na categoria *Sociedade* (fator extrínseco) por fazerem parte do ambiente educacional, a maioria dos artigos indexados, livros, dissertações e teses sugere que seja tratado como uma categoria própria devido à sua relevância na formação da IM dos graduandos e médicos-residentes e essa foi a forma escolhida para organização dos resultados e da discussão desta tese<sup>67,126,130</sup>.

O desenvolvimento bem-sucedido da IM é um aspecto importante da formação profissional tanto quanto o aperfeiçoamento de conhecimentos, de habilidades e de atitudes. Esse tripé de competências é manifestado na forma de pensar, sentir e agir do indivíduo e compõe uma concepção mais moderna de profissionalismo. Essa compreensão considera atores sociais e ambientais subjacentes como fatores que moldam a identidade e o comportamento profissional. Há um interesse crescente de pesquisas sobre como a educação médica, nos cursos de graduação e de residência, moldam as atitudes e os comportamentos profissionais de alunos e médicos<sup>8,67,126,130</sup>.

Conor Gilligan et al.<sup>130</sup>, do Departamento de Medicina Psicossomática e Psicoterapia, da Escola de Medicina de Tuebingen, Alemanha, em sua pesquisa publicada em 2020 sobre Identidade Médica, ressaltam a importância dos docentes e das instituições de ensino médico na construção da IM dos estudantes e de recém-formados. Os autores salientam que os padrões de comportamento que os estudantes de Medicina e médicos recém-graduados percebem em seus professores e preceptores influencia no desenvolvimento do profissionalismo e da IM<sup>130</sup>.

A maioria das pesquisas ainda se utiliza de *dilemas éticos profissionais* ou da *forma de escolher a especialidade médica* como técnicas de investigação do desenvolvimento das noções de profissionalismo, embora a modelagem de papéis seja um dos meios mais determinantes para a transmissão de comportamentos profissionais<sup>8,26,67,126,130</sup>.

Portanto, esta parte da tese discutirá como os médicos-residentes percebem a repercussão da convivência com professores e preceptores no desenvolvimento de sua própria IM. Ademais, os próprios participantes destacaram o papel destes profissionais como fundamental em suas formações identitárias, mesmo quando esta temática não foi a principal abordada em partes das entrevistas e dos grupos focais.

O termo *modelagem de papéis* será discutido como um sinônimo mais amplo do termo *mentoring*, que se refere à quando um profissional mais experiente, mesmo que sem consciência clara de seu papel, conduz e influencia a trajetória e o desenvolvimento pessoal, ético-moral e profissional de um aprendiz na Medicina. Essa modelagem se diferencia da prática supervisionada porque esta última se refere, especificamente, à práxis da Medicina, nos momentos em que os alunos realizam funções tidas como *médicas* sob a tutela de um supervisor ou quando observam o exercício da profissão e, a partir dessa observação, escolhem quais atitudes e habilidades reproduziram em seu próprio agir como médicos. A prática supervisionada funciona mais como uma tutoria acadêmica, oferecendo apoio institucional, curricular e profissional, do que o *mentoring*<sup>26,67,91,118,120,130,134,188</sup>. A relação professor-aluno será abordada a partir das temáticas que se referem à forma de comunicar os conteúdos teóricos e práticos, à interação interpessoal, ao desenvolvimento das relações sociais e à didática de ensino, que são fundamentais no processo de ensino-aprendizagem<sup>134</sup>.

Como nos adverte De Mello Filho<sup>26</sup>, “árduo se torna o estudo centrado no médico” porque muitos autores se dedicam ao estudo da Medicina enquanto ciência, entretanto, “quem a exerce não fica senão nas entrelinhas”. O terreno do estudo sobre a formação da IM é pedregoso e áspero porque “o médico, empenhado que está em estudar a identidade do paciente, esquece-se de analisar a sua própria identidade. Certos médicos escudam-se no papel profissional como se, assim procedendo, invalidassem a própria condição como seres humanos”<sup>87</sup>. Se os próprios médicos e docentes sofrem com crises em seus processos identitários, os estudantes que se espelham nesses profissionais para construir suas nascentes Identidades Médicas atravessam e vivenciam os mesmos conflitos<sup>26</sup>.

Todos os participantes, sejam nas entrevistas ou nos grupos focais, destacaram que a figura do professor foi fundamental na sua formação como médicos e na construção de sua IM. Portanto, as categorias pós-analíticas descritas abaixo versam sobre modelagem de papéis, a importância da prática clínica supervisionada e da relação professor-aluno na formação da IM. Não emergiram temáticas, nas falas dos participantes, que pudessem ser classificadas como subcategorias pós-analíticas (Quadro 3).

Quadro 3 – Categoria pré-analítica *Docente / Preceptor* e as categorias pós-analíticas

<b>Categorias pré-analíticas</b>	<b>Categorias pós-analíticas</b>	<b>Subcategorias pós-analíticas</b>
Docente / preceptor	Modelagem de papéis	---
	Prática supervisionada	---
	Relação professor-aluno	---

Fonte: A autora, 2022.

### 3.3.2.1 Categoria pós-analítica *Modelagem de papéis*

Os professores e os preceptores são capazes de mediar o ensino médico de maneira a formar profissionais instruídos nos conhecimentos, habilidades e atitudes da prática da Medicina e diversos estudos enfatizam a importância dos currículos focados no desenvolvimento pessoal e profissional. O impacto dos docentes na formação dos médicos foi exemplificado pelos participantes:

A médica que sou hoje? Foram meus professores, que me mostraram o que é ser um médico para além dos livros e das provas, o que é cuidar de um paciente de verdade. (P5.29a.fem.R2.Clin.)

A gente sempre vai aprender alguma coisa com nossos professores, todos eles tem algo a nos ensinar, mesmo que seja o que não fazer. (P5.29a.fem.R2.Clin.)

A modelagem de papéis pode ser entendida por meio do termo *mentoring*, que é uma modalidade especial de tutoria em que “uma pessoa mais experiente acompanha de perto, orienta e estimula, a partir de sua experiência, conhecimento e comportamento, um jovem iniciante em sua jornada no caminho do desenvolvimento pessoal e profissional”<sup>26</sup>. A modelagem de papéis é diferente da tutoria acadêmica porque a primeira oferece, sobretudo, um suporte ao aluno e ao residente de forma a auxiliar na construção de sua identidade profissional, enquanto a segunda oferece, estritamente, apoio institucional, curricular e profissional<sup>26</sup>.

A mediação proporcionada pelos docentes e preceptores costuma ser considerada um encargo atribuído ao currículo oculto ou currículo informal, que são termos utilizados para descrever aprendizados considerados tácitos, implícitos e incidentais<sup>170,189</sup>. Entretanto, a modelagem de papéis não depende de estratégias pedagógicas ou de contato com o aluno durante uma prática supervisionada para que se manifeste, por isso não é, necessariamente, uma prática de currículo oculto apesar de poder ser classificada como tal. Essa modelagem se dá por espelhamento, isto é, opera por meio da assimilação ou da rejeição, pelos estudantes, de atributos de caráter, de bioética e de atitudes diante das adversidades da prática Médica que observam em seus docentes / preceptores. Os aspirantes a médicos e os recém-graduados reproduzem ou rechaçam qualquer atitude ou comportamento de seus colegas mais experientes, de seus professores e de seus preceptores, a fim de criarem a própria prática médica<sup>8,26, 67,126,130,170,189</sup>.

Em conformidade com Danielle Blouin<sup>67</sup>, do Departamento de Medicina de Emergência da Queen's University, Canadá, em publicação de 2018, a modelagem de papéis faz parte de uma aprendizagem dita informal, quando o aprendizado não é deliberado. Este aprendizado implícito é armazenado na memória de longo prazo e com experiências semelhantes repetidas, se cria uma base de conhecimento tácito para a formação e consolidação da IM<sup>67</sup>.

Os participantes desta pesquisa destacaram que, de uma maneira global, reproduzem as atitudes de seus professores e de seus preceptores de uma forma espelhada, traduzida na aspiração de ser, agir e pensar como estes profissionais mais experientes. As atitudes consideradas positivas reforçam características apropriadas e esperadas em um médico, além de fortalecerem laços afetivos e sensação de pertencimento à profissão. As atitudes consideradas negativas são vistas como perniciosas à educação médica, pois podem ser rechaçadas ou assimiladas pelos aprendizes. Quando são absorvidas, podem corromper uma IM ainda insidiosa e nascente ou reforçar um comportamento prejudicial ao futuro médico e à população que dependerá de seus serviços<sup>8,26,67,126,130,170,189</sup>.

Victor Hugo dos Santos et al.<sup>189</sup>, do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia, em sua revisão integrativa publicada em 2020 sobre currículo oculto, educação médica e profissionalismo, salienta que se faz necessário refletir sobre o impacto, na formação do médico, dos ensinamentos positivos e negativos que são reproduzidos pelos estudantes a partir dos modelos profissionais oferecidos nas instituições de ensino<sup>189</sup>.

O caráter humanístico e ético diante das situações cotidianas da Medicina, a educação para com as pessoas ao seu redor independente da hierarquia e o comportamento em situações *não-médicas* como o lidar com a própria família, com amigos e em eventos sociais são as atitudes que despertam mais atenção dos estudantes<sup>8,26,126,170,189</sup>. Esses destaques estão em consonância com a literatura a respeito da modelagem de papéis de docentes e de preceptores na formação da IM de graduandos e de recém-formados.

O espelhamento e a modelagem de atitudes a partir da conduta e prática médica dos professores e dos preceptores foram encontrados nas falas de todos os participantes.

Cara, acho que tem muita coisa que serviu de espelho, sabe? Meus professores foram meu espelho. Bom... Eles são até hoje. (P2.28a.masc.R3.Cirurg.)

O que me influenciou você a ser o médico que eu sou hoje? Ah, essa pergunta é fácil. O exemplo dos meus professores. (P8.29a.fem.R3.Clin.)

Tanto entrevistados quanto grupos focais salientaram a relevância de existirem capacitações específicas para médicos que exercem função de docentes e de preceptores, não obstante à improvisação de tutoria acadêmica e mentoring que a maioria dos docentes realiza, mesmo que inconscientemente<sup>91,126,170,188,189</sup>. Ressaltaram que consideram a docência em Medicina como uma função de grande responsabilidade tanto com relação à questão de conhecimentos técnicos quanto à necessidade de desenvolvimento de didáticas específicas à educação médica e que as instituições de ensino tem papel primordial em capacitar seus docentes<sup>91,126,170,188,189</sup>.

Os residentes reconhecem que uma grande responsabilidade recai sobre os médicos que se tornam professores de Medicina, tanto no que diz respeito aos conhecimentos técnicos quanto à necessidade de desenvolverem um didática de ensino própria.

Um médico que se aventure a ser um professor precisa ser muito bom no que faz e muito bom em saber passar esse conhecimento. Eu acho que professor de Medicina é uma grande responsabilidade, porque ele é professor de um monte de gente que vai mesmo repetir a conduta dele. ( GF1.27a.fem.R2.Clin.)

A realização do *mentoring* exige capacitação específica, com elaboração coletiva de propostas e objetivos entre professores e estudantes de graduação e pós-graduação<sup>26</sup>. Todavia, a maioria dos docentes e preceptores acabam por realizar uma modelagem de papéis, uma improvisação de *mentoring*, mesmo que não haja intenção consciente de desempenhar essa função.

Os professores influenciaram tanto com relação à matéria deles, a disciplina que eles davam, do conteúdo do conhecimento deles, mas especialmente quanto a tratar o paciente, como conversar com o paciente, a forma como esse professor conduzia a consulta, a atenção que ele dava, o jeito com que ele falava com o paciente, a entonação na voz.... Acho que a maioria nem sabe que a gente observa tanto. (P7.32a.fem.R1.Cirurg)

Essas percepções dos participantes a respeito da formação de professores em Medicina está em consonância com estudos recentes que destacam a necessidade de as instituições de ensino estimularem a carreira profissional de seus docentes<sup>91,126,170,188,189,190</sup>.

De acordo com Jadete B. Lampert et al.<sup>190</sup>, em pesquisa publicada em 2009 sobre as tendências de mudanças para atender às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) com perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental que exista apoio institucional para a capacitação e formação em docência nas universidades. Os autores apontam que as carreiras de professores-médicos costumam representar batalhas que o docente precisa empreender de forma solitária e autodidata, o que se converte em processos

lentos e incertos que podem propiciar o desenvolvimento de “vícios profissionais, práticas deficientes e enfoques equivocados sobre o que significa exercer a docência na universidade, não por incompetência individual, mas por falta de oportunidades para uma correta construção da profissionalização”<sup>190</sup>.

Os participantes destacaram exemplos de atitudes positivas de seus preceptores que, de uma maneira global, são consideradas características a serem reproduzidas.

Eu sou muito grato pelo que eu aprendi na faculdade com meus professores, pelos ensinamentos deles, não só pela parte técnica da Medicina, mas pelos exemplos de conduta mesmo, de como ser um bom médico, um médico humano, atencioso, ético, cuidadoso... E eu acho que isso se refletiu em como eu guio minha vida, hoje. (P9.32a.masc.R3.Clin.)

[...] são os exemplos positivos dos professores que eu procuro seguir. (P11.26a.fem.R1.Cirur.)

Os modelos de comportamento representam uma parte importante da construção da IM e da socialização profissional de médicos-residentes. O impacto duradouro que esses modelos de atuação possuem deve promover uma reflexão em todos os médicos que atuam junto de estudantes de graduação e pós-graduação a respeito de como seu próprio comportamento afeta o desenvolvimento de atitudes profissionais em alunos e em médicos recém-formados. Essa autoanálise é especialmente importante quando ocorrem comportamentos problemáticos em aspirantes a médicos, pois, se não forem tratados, estas condutas danosas têm o potencial de gerar efeitos indesejáveis de longa duração<sup>126,130,170,189</sup>.

A importância de pequenos atos de cuidado na construção de uma atmosfera de aprendizagem estimulante e de apoio em todos os estágios da educação médica não pode ser subestimada. Ainda que os participantes desta pesquisa tenham descrito experiências diversas umas das outras assim como opiniões distintas em alguns pontos a respeito da modelagem de papéis, todos demonstraram que o comportamento de seus professores e de seus preceptores foi insubstituível na construção de suas IM, além de influenciarem em suas trajetórias tanto pessoais quanto profissionais<sup>91,126,130,170,188,189</sup>.

Todos os entrevistados relataram particularidades, aprendidas com seus professores, que foram mais marcantes em suas vidas. A maioria destacou o caráter humanístico e ético dos profissionais que acompanharam durante da faculdade e durante a residência diante do paciente, mantendo a característica de *espelhamento de conduta*, no modo de agir com os graduandos, com os residentes, com os pacientes, com os colegas, na maneira de se comportar durante a anamnese e o exame clínico, na forma de explicar os resultados dos exames e as

propostas terapêuticas. Em quase todas as falas a respeito dos docentes, os participantes destacaram que nenhuma atitude passa despercebida e isso se reflete de forma positiva ou negativa dependendo do caráter da conduta e do estudante que a percebe.

Me marcaram os professores que estavam ali querendo ajudar o paciente, com atenção, com ética. [...] eu tive professores que conversavam com os pacientes, tinham paciência de explicar, de tirar as dúvidas, de orientar a gente que era interno e que estava ali para aprender. Isso me influenciou muito. Isso me motivou muito. Me mostrou muita coisa, me mostrou como eu gostaria de ser como médico. (P4.25a.masc.R2.Clin.)

[...] os professores eram como um espelho [...]. Ser supervisionada por esses preceptores me deu mais segurança para ser médica, para agir como médica, para um dia conseguir ser como eles eram. Eu quero ser médica como eles são. (P6.36a.fem.R4.Cirur.)

Estudantes de graduação e de pós-graduação se espelham, inclusive, na maneira do docente lidar com as pessoas ao seu redor, com outros funcionários do hospital, com alunos de graduação, com médicos-residentes e, também, com pacientes.

Só aqui na residência que eu fui ver um professor que trata os pacientes como pessoas, que escuta a dor deles. O {nome do professor} é um cara que todo mundo quer ver atender, sabe? Ele trata bem o paciente, o interno, o residente. Não importa, ele trata bem do faxineiro ao diretor do hospital. Isso a gente leva pra vida, a gente quer ser como ele. (GF3.29a.masc.R1.Cin.)

Alguns ainda destacam as atitudes negativas dos docentes e preceptores como características que fornecem algum aprendizado no sentido de que não devem ser reproduzidas e ponderam a respeito das consequências e do prejuízo desses maus exemplos para a prática clínica e para o paciente. Para os médicos-residentes, existe um conflito identitário entre ser um médico responsável pela perícia técnica diante do paciente e ser um aprendiz que não tem o direito de questionar quando uma conduta fere os parâmetros considerados adequados.

Só depois de um tempo como médicos que a gente consegue ver o que está errado no que a gente aprendeu e aí mudar, mas até perceber, e tem gente que nunca percebe, quantos pacientes já foram prejudicados por aquele ensino errado? (GF1.27a.fem.R2.Clin.)

Quando eu via algum deles agindo mal com os pacientes, eu achava que era assim o certo de ser médico [...]. Foi difícil tirar a erva daninha... Eu lutava todo dia para não reproduzir aquilo. (GF3.29a.masc.R1.Cin.)

Ademais, parece ser importante vivenciar tanto as atitudes positivas quanto as negativas que diferentes docentes e preceptores possuem, uma vez que esse contraste oferece

aos graduandos e aos residentes a oportunidade de distinguir as condutas e atitudes corretas daquelas consideradas incorretas.

Eu acho que, com o tempo, eu fui pegando os exemplos dos professores e observando mais do que fazendo, observando o que eu achava bom e o que eu achava ruim, até construir o meu caminho. Isso porque da mesma forma que a gente tem bons professores que ensinam o que é bom de ser feito, que a gente admira e tal, existem aqueles que a gente olha e fala “não quero ser isso de jeito nenhum”. Então, acho que foi isso... Foi pegando os bons e os maus exemplos e construindo o meu meio termo. (P11.26a.fem.R1.Cirurgia)

Os ensinamentos e os exemplos dos professores a respeito de como equilibrar emocionalmente as peculiaridades e as adversidades de ser médico(a) com a vida pessoal foram citadas, pelos entrevistados, como relevantes na influência dos docentes e preceptores na formação da IM. Além disso, foram capazes de proporcionar o desenvolvimento de perseverança e resiliência diante de um curso tão exigente como o de Medicina.

[...] eu tive uns preceptores que foram muito especiais na minha formação, que se não fosse por eles, eu nem seria médica, eu teria largado mesmo a faculdade. Eu me apeguei à maneira humana que eles atendiam, à técnica que eles mostravam, ao conhecimento que eles eram capazes de compartilhar. Isso me motivou a continuar no curso médico e a ser a médica que eu sou hoje. (P6.36a.fem.R4.Cirurgia)

Independente da forma como a modelagem de papéis se construiu para cada participante, a maioria dos entrevistados demonstrou admirar os professores e utilizar o aprendizado em sua trajetória profissional e pessoal.

O que me influenciou a ser a médica que eu sou hoje? Acho que foram os meus preceptores, que me ensinaram que existe beleza e prazer em ser médica. Me ensinaram a ser médica e a ser gente também. (P6.36a.fem.R4.Cirurgia)

As pesquisadoras Izabel Cristina Rios e Lilia B. Schraiber<sup>191</sup>, da Universidade de São Paulo, em seu artigo publicado em 2012 sobre as relações entre docentes / preceptores e estudantes e recém-formados em Medicina, esclarecem que os estudantes de Medicina, mesmo que sejam adultos com personalidades formadas, modificam seus valores e atitudes mediante aprendizado na escola médica. As autoras sintetizam que os alunos, pela observação dos docentes e preceptores, modelam seus comportamentos e constroem a própria IM<sup>191</sup>.

### 3.3.2.2 Categoria pós-analítica *Prática supervisionada*

Percebe-se que é fundamental inserir o estudante em atividades simples do cotidiano médico, como receber o paciente na sala de espera, anotar os resultados de exames no prontuário ou ser responsável por algumas etapas do atendimento. Essa participação legítima e supervisionada foi descrita como de grande importância pelos participantes.

Quando eu comecei no atendimento, no terceiro período, minha única função era chamar o paciente na sala de espera. Eu já começava a ficar nervoso só de fazer isso, só de ir lá na porta e chamar o nome do paciente! (P4.25a.masc.R2.Clin.)

A gente estava de jaleco, chamava o paciente, orientava coisas simples, ajudava a sentar na maca, se precisava tirar o casaco pra examinar, coisas pequenas, mas que pra gente, estudante, era maravilhoso! (P5.29a.fem.R2.Clin.)

O ensino do profissionalismo e da IM costumam estar direcionados, em grande parte dos currículos, para a aquisição de regras e comportamentos que são repetidos de maneira estereotipada e, muitas vezes, sem sentido pelos graduandos. Os estudantes necessitam vivenciar e refletir sobre estas aquisições nos cenários reais da prática a fim de compreenderem como os conceitos teóricos são aplicados na solução de problemas profissionais reais<sup>58,170,189,192,193</sup>.

Portanto, esta categoria diferencia-se da anterior porque a ênfase está no aprendizado prático no sentido curricular e profissional caracterizado como uma tutoria acadêmica no sentido técnico, científico, humanístico e reflexivo.

Lá no início, nos primeiros períodos, fazia sentido a gente oferecer só orientações em saúde para crianças, depois fez mais sentido observar de forma crítica os professores e o preceptores atendendo os pacientes. No internato, fazia algum sentido o paciente chamando a gente por doutor e doutora, a gente era quase mesmo e precisava se acostumar. Depois, fazer uma palpação num abdome, um toque vaginal para coletar preventivo, auscultar [...], a gente precisava fazer o exame clínico sempre com muito respeito. Isso me marcou muito, posso falar que me moldou mesmo, porque a partir dessa fala dele eu mudei completamente minha forma de agir diante do paciente. Passei a pedir licença. Isso parece pequeno, mas foi de grande valor pra mim. (P5.29a.fem.R2.Clin.)

Conforme Sérgio Henrique de O. Botti e Sergio Rego<sup>192</sup>, professores da Universidade Federal de Juiz de Fora / Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e da Fundação Oswaldo Cruz, respectivamente, para que a formação profissional durante a Residência Médica (RM) seja um processo educacional bem-sucedido os objetivos devem estar claros e a aprendizagem deve ser significativa. De acordo com os autores, durante a aquisição e

aprimoramento do raciocínio clínico, o residente deve utilizar “mecanismos analíticos e não analíticos, traduzindo as competências informativas e conseguindo integrá-las, o que lhe permite desempenhar tarefas complexas exigidas pela profissão”<sup>192</sup>. Portanto, em consonância com os autores e com os mais recentes estudos sobre aprendizagem, “aprender significa agir de maneira diferente” e é fundamental que a formação profissional durante a RM seja considerada mais do que um treinamento em serviço. É necessário que esse processo se baseie no “desenvolvimento coordenado de diversas formas de conhecimentos e habilidades e na aquisição de atributos técnicos e relacionais.”<sup>192</sup>. Essa aprendizagem depende de estratégias pedagógicas e de contato com o aluno durante uma prática supervisionada para que um tema implícito ou oculto se manifeste<sup>58,193</sup>.

De acordo com Gabrielle L. Silveira<sup>193</sup>, em sua Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas em 2017, sobre o impacto do currículo oculto na formação da identidade profissional do médico, “um dos grandes desafios dos educadores da próxima geração de profissionais da área de saúde” tem sido “desenvolver estratégias eficientes para ensinar e avaliar o profissionalismo de estudantes e residentes”. A autora destaca que, apesar dos esforços pedagógicos de diversas áreas, existem questões essenciais as quais ainda não são abordadas plenamente na prática clínica supervisionada em Medicina, tais como as “virtudes que caracterizam o *bom médico* ou como poderiam ser formadas e cultivadas essas virtudes no ambiente de prática real da Medicina”<sup>193</sup>.

Essa prática se relaciona com a tutoria acadêmica. O residente necessita ser inserido em atividades relacionadas à especialidade escolhida, e não apenas como mão de obra para atendimentos considerados *inferiores*, ao contrário do estudante, para o qual é fundamental que seja inserido em atividades, mesmo que simples, do cotidiano médico<sup>53-55</sup>.

Na residência, a prática supervisionada – ou não – adquire novos formatos. Os médicos-residentes vivenciam grandes conflitos com relação ao nível de responsabilidades e de hierarquias durante a RM. Os relatos dos participantes sobre estes temas estiveram em acordo com a literatura. A dualidade de funções, estudante de pós-graduação e trabalhador médico formado, é um dos aspectos que provoca conflitos identitários nos recém-formados pesquisados. As legislações em vigor que dispõem sobre as atividades do médico residente e tratam das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral<sup>74,79,194</sup> asseguram direitos e contém “medidas disciplinadoras que visam corrigir distorções, das quais a exploração da mão-de-obra barata é, sem dúvida, a mais inquietante”<sup>8</sup>. Nesta pesquisa, se

percebeu esse conflito entre ser um médico formado e ser um especialista em formação durante a RM e como as divergências no nível de responsabilidades os impactavam.

Como residente, é uma coisa estranha... O residente não é nem um aluno de internato, mas a gente também não se sente muito médico. A gente ainda se sente muito dependente dos professores [...]. Muitas condutas eu tenho segurança de tomar conta sozinha, mas outras não. Aí preciso recorrer aos Staffs. Então, acho que é um meio do caminho, de não se sentir tão médica, mas também não ser mais o interno escravo. (P11.26a.fem.R1.Cirurg.)

[...] se eu estou com um Staff que não tem conhecimento bom, que não tem segurança, eu vou estar ali com ele e vou fazer algo ruim também, sabe? E eu nem posso questionar muito isso com ele. Eu posso até saber que está errado, mas não é o meu lugar como residente me impor sobre o meu Staff. (P2.28a.masc.R3.Cirurg.)

Os participantes desta pesquisa, em sua maioria, entenderam essa dualidade como um conflito natural e inerente à prática médica e que deve ser enfrentado a fim de produzir amadurecimento como profissional. Contudo, não consideraram que esse enfrentamento se dê de forma saudável, na maioria das vezes, devido a dificuldades de delimitação adequada de funções entre médicos-residentes e preceptores. Essa percepção é capaz de atrapalhar o processo ensino-aprendizagem e a construção identitária de recém-formados. O aprendizado dos conhecimentos técnicos, dos conteúdos inerentes ao exercício profissional e de percepções a respeito da própria Medicina se dá de forma mais eficaz quando, durante a prática clínica, existe um compartilhamento de saberes, tácitos ou explícitos, de forma mais horizontalizada entre docentes / preceptores e médicos-residentes<sup>8,54,69,70,72,189</sup>.

As experiências oferecidas pelos participantes durante a pesquisa, em sua maioria, tiveram foco na importância de uma supervisão direta de professores e preceptores para a construção de uma IM salutar. Especialmente quanto, durante a prática clínica, acontecia o compartilhamento de conhecimento técnico, de sentimentos sobre conflitos inerentes ao exercício profissional e de percepções a respeito da própria Medicina.

Tive professores que me ensinaram a prática da Medicina, de como conversar com o paciente, de como examinar o paciente. Professores que quase me pegaram pela mão, sabe? Isso sempre fez muita diferença para mim, de professor que chega junto, pega a mão mesmo e ensina “olha, é assim que faz!”. (P12.26a.fem.R1.Cirurg.)

Mesmo que o docente ou preceptor não estivesse fisicamente presente durante um atendimento, a possibilidade de acessar a supervisão por telefone ou por meio virtual demonstrou ser uma ferramenta de segurança para os residentes. Grupos de WhatsApp foram

uma ferramenta importante de troca de experiências entre médicos recém-formados, profissionais mais experientes e os próprios professores / preceptores.

Tinha um grupo de WhatsApp que salvava a gente, onde os professores orientavam a gente, às vezes eu tinha uma dúvida de um problema de urologia e tinha um profê ali, ou de cardio e tinha outro profê ali também, então, esse grupo salvou muito a gente que era recém-formado [...]. (P7.32a.fem.R1.Cirurg.)

Em resumo, a prática supervisionada, que é uma forma de tutoria no sentido acadêmico, proporciona segurança e autoconfiança ao graduando e ao residente para exercerem uma prática médica de qualidade.

No início, é uma coisa um pouco mais tímida, um pouco de vergonha de falar com o paciente. Depois, conforme você vai evoluindo na faculdade, que você vai interagindo com mais pacientes, vai para o ambulatório com o professor, vê os professores atendendo, essa interação social se torna um pouco mais natural, você já sabe o que deve perguntar, já sabe como conduzir uma consulta. Acho que os livros não ensinam isso. Você pode saber toda a teoria, mas sem o professor ali para mostrar a prática, você não se torna um bom profissional. (P10.25a.fem.R2.Cirurg.)

A experiência vivenciada na prática clínica supervisionada por docentes e preceptores pode ser considerada como um componente do currículo oculto, complementando a abordagem de temas do currículo formal. Nessas vivências, os estudantes e médicos-residentes aprendem a lidar com os próprios sentimentos diante dos pacientes além do conhecimento técnico-científico inerente à profissão tais como padrões éticos, compromisso com a excelência no atendimento, capacidade para lidar com diferentes graus de complexidade e incerteza, valorização de características humanísticas e reflexão sobre decisões e ações<sup>170,189,193</sup>.

Em conformidade com a pesquisa realizada em 2018 por Benedetto e Gallian<sup>170</sup>, estudantes e médicos recém-formados demonstram que as vivências na prática clínica supervisionada devem ultrapassar o conteúdo curricular da instituição de ensino. De acordo com os autores, “para o bem ou para o mal, comportamentos e atitudes de professores, tutores, residentes e veteranos os afetam profundamente, servindo de exemplos ou contraexemplos” que norteiam os temas que são prioritários nos estudos e a maneira como os estudantes devem conduzir a vida profissional no futuro<sup>170</sup>.

### 3.3.2.3 Categoria pós-analítica *Relação professor-aluno*

Esta categoria pós-analítica aborda como a metodologia e a didática de ensino dos professores e a relação professor-aluno influenciam no processo ensino-aprendizagem dos estudantes e médicos recém-formados.

Os estudantes e recém-graduados percebem e valorizam o desenvolvimento docente, sua formação didático-pedagógica, atualização técnico-científica, em especial quando um médico-docente, com o qual conviveram, possuía alguma formação especializada em educação médica e que essa formação fazia diferença no aprendizado.

[...] o cara para ser professor, precisa ser diferente, precisa ter formação pra isso [...], mas o cara acha que porque é bom cirurgião, é bom professor [...]. Olha pra gente como um saco onde devem depositar conhecimento. Mas a gente não é isso... Se um professor, com quem a gente convive o tempo todo aqui no hospital, não enxerga a gente, quem vai enxergar? (GF3.27a.masc.R2.Clin.)

Os entrevistados destacaram a relação pedagógica entre os professores e os estudantes de graduação como espinhosa por ter como base a onipotência do professor e a desqualificação do aluno, o que parece ser bastante comum nas escolas médicas tradicionais. Na maioria das vezes, o professor é concursado ou contratado tendo como base apenas o seu desempenho profissional e seu currículo acadêmico. Assim, as características relacionais e a didática empregada em sala de aula, quando são consideradas em algum nível, acabam sendo relegadas à personalidade do profissional e consideradas como traços que não são passíveis de interferência da instituição de ensino<sup>23,191,195,196</sup>.

A didática de ensino desponta como um fator positivo e essencial para os docentes, na percepção de médicos-residentes. Por mais que a observação prática modele comportamentos éticos e pensamentos críticos e reflexivos, a didática que o professor emprega na mediação do ensino é fundamental para uma aprendizagem eficaz em sala de aula e nas atividades práticas junto aos pacientes.

[...] esse ouvir, essa paciência, essa generosidade com o aluno, isso marca muito a gente. Quando eu começo a descrever essas atitudes de bondade, de boa conduta, de bom atendimento, eu começo a ver os rostos e ouvir as vozes dos professores como se tivesse sido ontem... Eu consigo lembrar de cada professor, do rosto e da voz de cada um deles que me marcou com essas atitudes de paciência, de tato no falar com a gente, de generosidade mesmo. Isso é ter didática, é ser um professor de verdade. (P12.26a.fem.R1.Cirur.)

Na graduação, é comum que não se explore as diferentes possibilidades da relação entre os professores e os alunos na construção de saberes e no desenvolvimento de aprendizagens significativas. Privilegia-se o ensino retórico, a memorização de informações, o burocracismo e o academicismo<sup>23,191,195,196</sup>. A relação pedagógica desenvolvida entre o professor e os estudantes também foi destaque nesta pesquisa. Em alguns casos, essa relação se apresentava com base na onipotência do professor e na desqualificação do aluno.

[...] tem uns que parecem que fazem questão de te humilhar e mostrar que você não será bom médico... Aí, quando você se forma, percebe que esses professores é que não eram bons médicos nem bons professores. (GF2.25a.fem.R1.Clin.)

Os docentes e preceptores têm um papel fundamental no reconhecimento de conflitos emocionais e identitários em seus alunos e em mediar soluções, uma vez que grande parte da formação humanística do médico ocorre no ambiente sociocultural e nas relações interpessoais, especialmente na relação professor-aluno. Os docentes e preceptores têm um papel fundamental quando se trata de perceber conflitos emocionais e identitários em seus alunos e mediar soluções<sup>23,111,191,196</sup>.

O aperfeiçoamento de competências ético-relacionais, fundamentais à formação humanística do médico, ocorre em diversos cenários de ensino-aprendizagem do currículo formal, informal e nas diversas interações das pessoas no ambiente acadêmico, em especial na convivência entre professores e alunos. Apesar da relevância do processo de ensino-aprendizagem, a maioria das pesquisas tem enfoque no corpo docente, nas condições de trabalho dos residentes e na organização dos currículos de graduação e dos Programas de Residência Médica. O ambiente educacional e a necessidade de formação didática dos professores de Medicina ainda são temas pouco abordados<sup>23,191,192</sup>.

Existe uma lacuna na formação de grande parte dos professores de Medicina no Brasil, caracterizada pelo autodidatismo e pela falta de sistematização de uma formação pedagógica. É fundamental que o professor universitário, em especial o do curso médico, reconheça seu papel como formador de médicos e se comprometa com o processo ensino-aprendizagem, atuando como mediador na transmissão de saberes. A docência em saúde é complexa, pois triangula o ensino, a aprendizagem e a assistência em sala de aula e nos cenários de prática. A formação docente para os cursos médicos é um processo complexo, plural e multifacetado que abrange múltiplas experiências e modelos<sup>23,191,192,195</sup>.

Segundo Nildo A. Batista e Sylvia Helena S. da Silva<sup>195</sup>, médico professor da Universidade Federal de São Paulo e psicóloga professora da Universidade Estadual de

Campinas, respectivamente, e autores do livro *O professor de Medicina* de 1998, a prática docente no curso médico é caracterizada, em sua maioria, por uma obrigatoriedade na retenção do conhecimento, em que “o professor dá o curso, o aluno anota tudo e o repete na prova”. Essa simples retenção da informação sem a associação com o raciocínio crítico e sem correlação com outros conhecimentos costuma ser transitória e rapidamente esquecida<sup>195</sup>.

As relações ensino-aprendizagem e professor-aluno significativas e construtivas se apresentavam como a base da influência das atitudes do docente no comportamento de seus educandos.

[...] tendo professores que querem e sabem ensinar, a formação vai ser excelente, independente da estrutura do currículo [...]. O professor precisa saber passar essa vontade de aprender, porque ser médico é aprender todo dia, é estudar todo dia. Se o meu professor fica parado no tempo, eu acho que isso é certo e vou fazer a mesma coisa. A maioria vai fazer o que o professor falar. (P2.28a.masc.R3.Cirur.)

O papel do professor como mediador da aprendizagem de seus alunos e não como apenas um transmissor de informações se sobressai diante dos diversos tipos de compartilhamento de saberes. Quando a relação professor-aluno alcança níveis diferentes daqueles descritos acima, com a criação de vínculos construtivos e de reforços positivos, essa relação é capaz de melhorar o ensino-aprendizagem e marcar positivamente a vida do educando, seja de graduação ou de pós-graduação<sup>23,191,195,196</sup>. Os bons exemplos são capazes de marcar positivamente a vida dos estudantes e dos médicos-residentes de forma que utilizam essas características em suas próprias práticas cotidianas.

Quando o cara cria uma boa relação com o aluno, a gente aprende melhor, fica à vontade para perguntar. Eu lembro de cada um que foi um professor humano mesmo, que realmente se importou se a gente estava aprendendo, como a gente se sentia, que foi professor de verdade. Quando encontro por aí, não chamo pelo nome, chamo de professor, porque, pra mim, será meu professor para sempre. (GF2.25a.fem.R1.Clin.)

A reflexão acerca do papel do educador e da relação professor-aluno no processo de ensino-aprendizagem se torna fundamental. Esse processo deve enfatizar a “participação do estudante como construtor do conhecimento e a atuação do docente como mediador”<sup>195</sup>. Assim, será possível aos docentes desenvolver os pontos críticos do ensino tais como relevância, integração e compreensão para uma melhor apropriação dos conhecimentos, estimular o espírito crítico do educando e a responsabilizar o aluno por sua própria educação por meio do desenvolvimento de ferramentas de autoavaliação<sup>23,191,195,196</sup>.

Portanto, a relação professor-aluno deve ser compreendida como um movimento pedagógico no sentido de promover aprendizado de conhecimentos e técnicas da medicina e, ao mesmo tempo, da competência ético-relacional. Comumente, esta última é desconhecida ou tratada com certo descaso por parte dos docentes em Medicina, quando as duas principais relações pedagógicas observadas são baseadas na onipotência do professor e na desqualificação do aluno. Quando os professores são capazes de desenvolver relações baseadas na construção de vínculos educacionais positivos, especialmente no sentido de acolhimento dos alunos, o processo de ensino-aprendizagem se dá de maneira mais eficaz<sup>23,191,195,196</sup>.

De acordo com Rios e Schraiber<sup>191</sup>, em artigo de 2012, “experiências de ensino em pequenos grupos seriam as mais eficientes e uma metodologia preferível às longas aulas teóricas” porque, em grupos pequenos, os alunos saem da condição de “massa indigente e passariam a se sentir sujeitos numa relação”. As autoras esclarecem, ainda, que os alunos reconhecem a importância dos docentes e dos preceptores no processo ensino-aprendizagem, em especial quando se vêm em situações difíceis, como no momento de comunicar o falecimento de um paciente ao seu familiar ou quando encontram dificuldades pessoais de adaptação a questões relacionadas ao curso médico<sup>191</sup>.

Em síntese, como nos orientam os autores Batista e Silva<sup>195</sup>, em seu livro *Professor de Medicina* de 1998, “ensinar significa possibilitar que o aluno tenha acesso a diferentes perspectivas, investindo na reconstrução do conhecimento com qualidade científica, ética, humana e social.”<sup>195</sup>.

### 3.3.3 Fatores extrínsecos: Categoria pré-analítica *Sociedade*

Nessa categoria foram agrupados os conteúdos que emergiram de entrevistas e grupos focais que se relacionam com a *Sociedade*. As categorias e subcategorias pós-analíticas descritas abaixo versam sobre as percepções dos participantes sobre as questões sociais que influenciam na formação da IM (Quadro 4). A última categoria pós-analítica será abordada no item 3.5 *Diretrizes Curriculares Nacionais e a Identidade Médica*, porque é um dos objetivos específicos desta tese.

Quadro 4 – Categoria pré-analítica *Sociedade* e as categorias e subcategorias pós-analíticas

<b>Categorias pré-analíticas</b>	<b>Categorias pós-analíticas</b>	<b>Subcategorias pós-analíticas</b>
Sociedade	Curso médico	Saúde mental do estudante de Medicina Clínica da Família
	A Medicina e o médico atualmente	Papel social do médico Como a sociedade vê o médico O que os pacientes esperam do médico Pandemia Ser médico
	O paciente na formação do médico	
	SUS X Serviços privados	Pejotização Infraestrutura Paciente SUS X Particular X Convênio
	Social (familiares e amigos)	
	Interdisciplinaridade	
	Lei do Ato Médico	
	Programa Mais Médicos	
	Entidades de Classe	
	Diretrizes Curriculares Nacionais	

Fonte: A autora, 2022.

### 3.3.3.1 Categoria pós-analítica *Curso médico*

Os conteúdos relacionados ao curso médico não emergiram de forma espontânea das entrevistas porque que os entrevistados foram inquiridos a respeito da estrutura curricular e do modelo de ensino de forma direta em uma das perguntas do roteiro. Nos grupos focais, essa temática emergiu espontaneamente a partir da pergunta sobre o papel dos docentes na formação do médico. O destaque se faz na valorização dos modelos tradicionais de ensino.

A gente acha que os primeiros períodos são os mais idiotas, que são os menos importantes. E aí [...], no final da faculdade, quando eu fui para o internato, eu precisava lembrar de coisas lá do início da faculdade. Então, eu percebi o porquê de toda aquela escadinha de matérias que eu tive que subir, das matérias do básico e depois do clínico, porque cada passo que você vai dando, que você vai construindo, é só uma peça de um grande quebra-cabeça que você não consegue ver montado. (P8.29a.fem.R3.Clin.)

Assim como em outras universidades pelo país e no exterior, grande parte dos estudantes e dos recém-graduados ainda consideram o modelo tradicional de ensino, com base no paradigma flexneriano, como mais adequado ao ensino da Medicina, apesar da distância entre teoria e prática que este sistema apresenta. Isso se deve à Medicina ser considerada, por parte dos estudantes, recém-formados e docentes como uma profissão tradicional que deve manter suas bases de ensino. O sistema hospitalocêntrico e a estrutura curricular com ciclos

básico e clínico e internato são considerados eficientes, apesar das críticas ao ensino focado no docente. Apesar de pesquisas atuais demonstrarem as limitações desses modelos de ensino, as novas propostas e transformações ainda encontram grandes resistências entre os atores sociais envolvidos na Educação Médica<sup>21,46,58,190,197-200</sup>.

A identidade profissional e a IM são constructos socialmente desenvolvidos e que se relacionam com o exercício adequado da Medicina com base na consciência social, nos princípios ético-morais e nos ordenamentos jurídicos que compõe a profissão<sup>15,57,159,201</sup>.

No Brasil e na América Latina, desde a década de 80, foram implementadas reformas no setor da saúde, que implicaram no reconhecimento dos recursos humanos como força de produção e como principal agente dessas modificações. A Educação Médica concentra a maior parte das críticas relacionadas à inércia das instituições formadoras, especialmente as consideradas tradicionais, uma vez que a categoria médica é considerada hegemônica e indispensável às necessárias mudanças, mesmo que se configure como a que oferece maior resistência. Ademais, a fragmentação do ensino, a desintegração do conhecimento e as exigências socioeconômicas governamentais emergem como obstáculos a serem enfrentados nos processos de formação, trabalho e gestão em saúde<sup>57,159,198,201</sup>.

O professor e pesquisador das Faculdades Pequeno Príncipe do Paraná, Márcio José de Almeida<sup>201</sup>, em seu livro *Educação Médica e Saúde: Possibilidades de Mudança*, de 2012, destaca que o agir profissionalmente como médico está interligado às transformações históricas que ocorrem nos processos de produção econômica, que determinam a “importância, o lugar e a forma da Medicina na estrutura social”<sup>201</sup>.

Além disso, a ordem social, econômica ou política, é capaz de promover inovações, reformas e transformações na infraestrutura, no sistema administrativo e nas bases curriculares das instituições de ensino, que são consideradas basilares no processo educativo do médico<sup>57,159,201</sup>.

Conforme Regina G. M. Guimarães<sup>15</sup>, em sua tese de doutorado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, de 2007, para agir profissionalmente, é necessário que o aspirante a médico seja capacitado de maneira formal em escolas médicas autorizadas e que, posteriormente, seja habilitado pelo Conselho Federal de Medicina, que lhe assegura o direito de exercer a profissão em território nacional. A autora salienta que, durante o processo de construção da identidade profissional, um “conjunto de ideias, valores, padrões de conduta e o corpo de conhecimento científico são transmitidos e compartilhados durante a formação acadêmica”<sup>15</sup>.

Por conseguinte, depreende-se que a universidade possui um papel fundamental na formação identitária dos estudantes de Medicina e dos médicos-residentes. De maneira semelhante ao tripé do Ambiente Educacional, formado pelas conexões entre estudantes, professores e instituição de ensino, existe um tripé básico de fatores formadores da IM, que são o aluno, o docente e a sociedade e, neste último, incluem-se as escolas médicas<sup>9,10,68,130,155</sup>.

Os dois tópicos, estrutura curricular e do modelo de ensino, foram os temas mais abordados pelos entrevistados no que se refere à graduação e todos os participantes relataram perceber diferenças entre os conteúdos teóricos e práticos ministrados em cada ciclo do curso médico. Alguns participantes destacaram o paradigma tradicional, com base no modelo flexneriano, como mais adequado ao ensino da Medicina, inclusive com as disciplinas teóricas do ciclo básico como fundamentais e basilares para o currículo.

[...] a parte tradicional tem o seu lugar, aquelas aulas com retroprojeter me davam a sensação de que eu estava entrando numa profissão tradicional, que era uma profissão base para a sociedade. Eu acho que a Medicina é um curso que precisa desse modelo tradicional, de estar no hospital, de ter matérias teóricas e depois ter contato com paciente. (P6.36a.fem.R4.Cirur.)

[...] estudava só para fazer prova! Isso é fato, na época dos quatro primeiros períodos! Mas é algo super necessário! Como você vai ter contato com paciente sem saber o básico? Isso é Medicina! Se quer facilidade, vai fazer outro curso! (P9.32a.masc.R3.Clin.)

Para uma minoria dos participantes, as metodologias ativas de ensino foram consideradas mais eficazes para o ensino-aprendizagem, com o Ensino Baseado em Problemas – EBP (Problem-based Learning – PBL) despontando como uma alternativa ao ensino tradicional, porque apresentam um paradigma mais avançado e inovador. Essa percepção demonstrou-se divergente da maioria dos artigos que versam sobre o sistema EBP / PBL, uma vez que os resultados desses sistemas costumam ser mais bem aceitos pelos estudantes e recém-formados. Participantes desta pesquisa e de outras presentes na literatura pesquisada relatam que, apesar de serem menos eficazes, existem maiores proximidade, facilidade e identificação com o modelo bancário de ensino e com aulas expositivas, que traduzem uma continuidade do modelo comum no ensino fundamental e médio, tanto no Brasil quanto no exterior. Em síntese, a Medicina, por se configurar como uma carreira tradicional, deve possuir métodos tradicionais de ensino<sup>58,133,143,190,196,197,200,202</sup>. Foi encontrado, na atual pesquisa, citações a respeito de paradigmas mais avançados e inovadores, com base em metodologias ativas de ensino, como mais eficaz para o ensino-aprendizagem. O

Ensino Baseado em Problemas – EBP (Problem-based Learning – PBL) foi citado como mais relevante e efetivo dentre os sistemas ativos de ensino e os mais contemporâneos, apesar de os estudantes não terem conhecimento pleno a respeito do funcionamento desses sistemas.

Com certeza, o currículo da faculdade, a grade curricular, sei lá como se fala isso, a maneira como eles colocam as matérias, fez diferença para mim. O modelo da minha faculdade não foi tão tradicional como eu vejo colegas de residência falando que foi o deles [...]. Nós tínhamos um negócio chamado PBL, toda hora falavam isso. Pareceu ser mais produtivo do que o dos meus colegas de residência. Acho que esse modelo de seminários, de apresentar caso clínico e artigo, foi muito benéfico pro meu aprendizado. (P12.26a.fem.R1.Cirur.)

Todos os participantes relataram perceber discrepâncias entre os conteúdos teóricos e a prática clínica em cada ciclo do curso médico. Essa é uma percepção comum a estudantes e recém-formados de instituições de ensino dentro e fora do país e um grande desafio para a Educação Médica no século XXI. Apesar de novos métodos se apresentarem como uma mudança bem-vinda, a falta de uniformidade entre as exigências dos sistemas de ensino e a grade curricular oferecida ainda são grandes empecilhos para as propostas de mudanças e para a eficácia da aprendizagem<sup>58,133,143,190,196,200,202</sup>. A falta de uniformidade no método educacional vigente durante a implementação de reformas curriculares, que ocorrem mais comumente nas instituições consideradas tradicionalistas, impacta negativamente o processo de ensino-aprendizagem.

[...] o currículo novo pareceu fazer mais sentido do que o antigo tradicional de que cada matéria faz o seu e os alunos que se virem para juntar esse frankenstein de informações. Mas era confuso, porque tinha professor que dava aula tradicional e professor dando aquele negócio de PBL. A gente tinha que se virar para estudar tudo de maneiras diferentes dependendo da matéria. (P4.25a.masc.R2.Clin.)

Além das questões relativas ao modelo de ensino e à estrutura curricular, se mostrou relevante a pertinência de aliar a teoria aprendida em sala de aula com a prática desenvolvida junto aos pacientes. De uma forma geral, a estrutura curricular costuma ser um tópico de descontentamento, especialmente na questão do contato tardio com os pacientes na maioria dos currículos das escolas médicas além do contato com a atenção básica em saúde no fim do internato em vez de no ciclo básico ou clínico.

[...] a gente entra pensando que ser médico é ajudar as pessoas, é cuidar de quem precisa e aliviar o sofrimento do paciente. Aí, vem um monte de matérias teóricas e afastam você do paciente, parece que ele é só mais um amontoado de células, de reações químicas, que não pensa e não tem sentimentos [...]. Eu luto todos os dias para não perder minha conexão com o paciente, não perder minha humanidade,

mas é muito difícil, porque eu passei quatro anos sem ver o paciente como um ser humano. (GF1.27a.fem.R2.Clin.)

A percepção sobre o valor do tripé universitário composto por ensino, pesquisa e extensão foi ressaltado, inclusive o desestímulo aos estudantes para participarem de atividades que não sejam diretamente ligadas ao ensino, como as Ligas Acadêmicas. Esse ponto se configura como conflitante, porque as instituições de ensino apoiam Projetos de Pesquisa e Extensão simultaneamente a reformas curriculares que não permitem espaços e tempo para a atuação desses estudantes nestas atividades. A necessidade de a faculdade estimular o desenvolvimento docente a fim de fornecerem um ensino de melhor qualidade foi realçado como uma das responsabilidades das instituições, uma vez que o professor e o preceptor se configuram como os representantes institucionais junto aos alunos.

A gente não tem tempo, na grade curricular, para participar de uma pesquisa, de um projeto de extensão, de uma liga acadêmica. Se você participa, acaba precisando faltar aula [...]. (P2.28a.masc.R3.Cirur.)

Os professores acham que a gente termina o curso sabendo um trilhão de coisas práticas e isso não é verdade. Sinto que isso vem da estrutura do currículo, porque a faculdade não tem uma relação próxima com os professores, eles discordam entre si e discordam das orientações da direção. Acho que a faculdade deveria afinar mais essa relação com os professores, como se fosse um time mesmo, sabe? (P1.31a.fem.R2.Clin.)

Em conformidade com Domenico Salvatore et al.<sup>143</sup>, médicos pesquisadores da University of Naples, Itália, em seu artigo de 2018, se faz necessário que as instituições de ensino desenvolvam uma *identidade organizacional* que promova uniformidade de ensino enquanto estimulam a autonomia de seus docentes, de forma a produzir uma identidade institucional e uma melhor IM em seus recém-formados. De acordo com os autores, as organizações educacionais devem ceder autonomia aos funcionários profissionais para projetar uma identidade organizacional que preserva a continuidade do autoconceito de IM de seus estudantes, médicos e docentes, que é avaliado como um ambiente de ensino-aprendizagem positivo. Ao fazer isso, as organizações de ensino podem promover a identificação institucional, que é um estado psicológico fundamental que reflete o vínculo subjacente que existe entre o docente, a instituição e o aluno<sup>143</sup>.

Portanto, é indispensável que as instituições de ensino considerem a estrutura curricular, do modelo de ensino, a aproximação entre os conteúdos teóricos e as práticas médicas, além de estimular o desenvolvimento docente e pesquisas nas áreas educacionais a fim de aprimorarem o ensino médico.

### 3.3.3.1.1 Subcategoria pós-analítica *Saúde mental do estudante de Medicina*

A proposta desta parte dos resultados e discussão não é abordar todas as facetas da saúde mental do estudante de Medicina, porque não é a intenção desta tese, uma vez que existem trabalhos mais aprofundados sobre essa temática. As questões propostas para este item estão relacionadas, especificamente, ao despreparo das instituições de ensino para as novas realidades vivenciadas pelos estudantes e recém-formados contemporâneos no que diz respeito à utilização excessiva e indiscriminada de álcool, tabaco, drogas ilícitas e medicações de uso controlado, tais como ansiolíticos, hipnóticos e psicoestimulantes.

[...] todo mundo tem um Rivotril ou uma Ritalina, porque a gente tem uma carga pesada, então usa o Rivotril para dormir e a Ritalina para render no estudo... Se você esquece o seu, é só pedir pro colega, isso é normal. Eu duvido que a faculdade não saiba, que os preceptores não saibam, até porque muitos colegas foram pedir ajuda na direção e ninguém faz nada. (GF2.25a.fem.R1.Clin.)

A gente precisa redescobrir quem é, quem a gente quer ser. E a faculdade não ajuda em nada, só atrapalha, porque quando a gente vai procurar ajuda da faculdade, dos tais núcleos pedagógicos, dizem que é “piti”, que você é histérica ou emocionalmente incapaz para ser médica. (GF3.32a.fem.R2.Cirur.)

Estudantes de Medicina e recém-formados são um grupo de indivíduos que, por padrão social, são considerados altamente motivados e bem-sucedidos. A infinidade de demandas acadêmicas que enfrentam pode contribuir para aumentar o risco de alcoolismo e mais de 70% consomem álcool, tanto no Brasil quanto em outros países. Dados de estudos realizados há mais de vinte anos indicam que o uso indevido de álcool é internacionalmente relatado entre estudantes de Medicina, com uso abusivo chegando a taxas de 30% nos EUA, 28% na Alemanha, 19,2% na Noruega, 22% na Turquia, 11,9% na Polônia e entre 27% e 52% no Reino Unido<sup>203-206</sup>.

Um estudo conduzido por Walter José F. Pereyra et al.<sup>206</sup>, médicos professores da Universidade Federal do Espírito Santo, com estudantes do primeiro ao sexto ano do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, no ano 2000, concluiu que é comum o contato com substâncias psicoativas lícitas e ilícitas entre estudantes de Medicina, especialmente de bebidas alcoólicas e ansiolíticos, sendo baixo o uso de maconha, cocaína e tabaco. À época do estudo, quase 30% dos alunos já haviam usado ansiolíticos, com maior frequência entre aqueles do último ano do curso<sup>206</sup>.

De acordo com os pesquisadores, o abuso de substâncias psicoativas por alunos dos cursos médicos não é recente, contudo, tem se agravado em quantidade e na característica das substâncias. Nos anos cinquenta e sessenta, o tabaco e o álcool eram as drogas de escolha e as mais prevalentes quando se tratava de abuso de psicoativos. Entretanto, com o desenvolvimento de psicoestimulantes sintéticos mais modernos, houve uma queda no uso da maconha e do tabaco e o álcool passou a ser considerado como substância de uso cotidiano pelos estudantes de Medicina como meio de socialização e redução do estresse, com destaque para as *chopadas*, onde o consumo de bebidas alcoólicas, inclusive de destilados e de misturas de diferentes bebidas, é estimulado e livre de *reprovação* por parte dos colegas de curso<sup>206</sup>.

Uma revisão integrativa da literatura científica acerca da prevalência do uso de drogas em estudantes de Medicina<sup>207</sup>, realizada cinco anos depois da pesquisa de Pereyra WJF et al.<sup>206</sup>, concluiu que os graduandos possuem alta prevalência de consumo de benzodiazepínicos sem receita médica. A maconha, antes pouco utilizada, despontou, então, como a droga ilícita mais utilizada por ser considerada uma *droga leve* e sem consequências severas em contraste com outras drogas lícitas como tabaco. O uso da cocaína apresentou uma prevalência acima da média da população brasileira, contudo, quando comparada com outras drogas, ainda era a menos consumida entre os graduandos. Além disso, os estudantes usuários apresentaram outros comportamentos de risco associados ao consumo de drogas como o não uso de preservativo em relações sexuais e maior número de parceiros, dependência de jogos de azar e internet, maior envolvimento em acidentes de trânsito, brigas, além de onimania (compulsão por fazer compras)<sup>207</sup>.

Os autores Machado et al.<sup>207</sup> destacam que existem diversos fatores que podem ser considerados como estressantes e desencadeantes dessa utilização de psicoativos, tais como a grande carga horária e a responsabilidade exigidas pelo curso médico, assim como a privação de sono, de lazer, de realização de exercícios físicos, de convívio familiar. A angústia psíquica em lidar com o sofrimento humano e com a morte, a vontade de melhorar o rendimento acadêmico se somam à relatos de maus-tratos dentro da escola médica e impulsionam comportamentos autodestrutivos<sup>207</sup>.

A mais recente revisão integrativa a respeito do uso de substâncias psicoativas por estudantes do curso médico indicou que fatores estressantes contribuem para o início e manutenção do uso de substâncias psicoativas. As drogas mais utilizadas atualmente são os inalantes, álcool, tabaco, ansiolíticos e drogas entorpecentes como a maconha, que é a mais consumida. Além disso, a maioria dos estudantes que fazem uso sem indicação médica de cloridrato de metilfenidato, substância utilizada comumente para o tratamento do Transtorno

de Déficit de Atenção, relata que há melhora do raciocínio e do desempenho acadêmico<sup>208</sup>. Os autores Silva et al.<sup>208</sup>, pesquisadores de Instituições Federais de Medicina do Tocantins e de Goiás, concluem que o uso de substâncias psicoativas por acadêmicos de Medicina possui alta prevalência e tem por objetivo, na maioria dos casos, de funcionar como uma *válvula de escape* do estresse “oriundo da pressão que o curso médico imprime nos estudantes, bem como um modo de lidar com a cobrança em excesso e a alta competitividade”, além de uma forma de aumentar a produtividade acadêmica<sup>208</sup>.

Com relação aos maus-tratos dentro da escola médica que os autores Machado et al.<sup>207</sup> citaram, é relevante salientar que essa é uma questão que se agravou ao longo dos anos, culminando em uma campanha da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) em 2022 a respeito da violência na educação médica<sup>92</sup>. No ano do seu 60º aniversário, a instituição objetiva “reunir escolas, serviços de saúde, educadores e educandos no esforço para a compreensão da determinação da violência nos espaços educacionais e para a construção de estratégias de enfrentamento no âmbito institucional”. A ABEM se propôs a auxiliar na construção de estratégias de prevenção, enfrentamento e superação da violência, fazendo de 2022 o Ano de Enfrentamento da Violência na Educação Médica, tanto na graduação, quanto na residência<sup>92</sup>.

Diante do exposto, faz-se fundamental estimular a participação dos estudantes em núcleos de apoio psicopedagógicos de sua instituição de ensino a fim de aliviar os estresses inerentes ao próprio curso médico e de prevenir o abuso na utilização de drogas. Entretanto, os participantes desta pesquisa consideraram as escolas médicas e os núcleos de apoio psicopedagógico omissos e incapazes de lidar com a saúde mental do estudante de graduação e pós-graduação. Revelou-se uma reivindicação, dos médicos-residentes, no sentido de se sentirem *enxergados* pelas instituições de ensino como indivíduos e não apenas como mão-de-obra barata e invisíveis como seres humanos. As maiores demandas para os núcleos são distúrbios psicológicos relacionados à ansiedade, depressão e dificuldade de se adaptar à rotina de estudos do curso médico. Contudo, os estudantes e recém-graduados revelaram que não se sentem acolhidos em suas demandas e que a maioria dos núcleos não contava com psicólogos(as) e que os psiquiatras presentes faziam parte do corpo docente da instituição, o que inibia ainda mais a busca por ajuda institucional. Ademais, a maioria parece ter receio de procurar ajuda por medo de serem *rotulados* de *estudantes problemáticos* e que isso, posteriormente, possa atrapalhar sua vida profissional<sup>57,209-212</sup>.

Os grupos focais demonstraram uma postura mais crítica em relação à temática do uso de substâncias psicoativas por estudantes e médicos-residentes. Se percebe que consideram as

escolas médicas e os núcleos de apoio psicopedagógico omissos e incapazes de lidar com a saúde mental do estudante de graduação e pós-graduação. Em suas falas, os participantes dos grupos focais reivindicaram serem *enxergados* pelas faculdades a fim de relatarem situações que comprometem sua formação identitária e sua saúde mental. Entretanto, existe uma baixa procura dos estudantes por auxílio psicológico / psiquiátrico nos núcleos de apoio psicopedagógicos existentes nas instituições de ensino, bem como são observadas a escassez de recursos humanos e de efetividade na maioria desses ambientes de acolhimento.

Sinceramente, não acho que a faculdade está apta a ajudar seus alunos a serem médicos, porque a gente entrou saudável e querendo ajudar as pessoas. E sai todo mundo se automedicando pensando apenas em sobreviver. Isso não é formar médicos. É formar doentes. (GF2.25a.fem.R1.Clin.)

Teoricamente, a gente tem um núcleo de apoio pedagógico na faculdade [...]. Para passar remédio pra eu estudar melhor não precisava, minha turma já tinha um fornecedor oficial. (GF3.27a.masc.R2.Clin)

Dadas as consequências sociais, físicas e econômicas relativas à utilização excessiva e indiscriminada de álcool, de tabaco, de medicações de uso controlado, como ansiolíticos, hipnóticos e psicoestimulantes, e de drogas ilícitas, pode ser útil desenvolver modelos de ensino e currículos com foco em ações preventivas para estudantes de Medicina além do fortalecimento e reestruturação dos núcleos de apoio psicopedagógicos, especialmente considerando que esses futuros médicos terão a responsabilidade de reforçar e apoiar os hábitos de saúde de seus pacientes. Este currículo pode incluir o que foi aprendido sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas na faculdade, as consequências de seu consumo indiscriminado e as implicações da prevenção, bem como orientação para triagem, intervenções e tratamento. Essas medidas podem influenciar positivamente os comportamentos de consumo de estudantes em comparação com outros graduandos e beneficiar o atendimento futuro dos pacientes e da população de uma forma geral. Faz-se necessário, em conjunto com medidas curriculares, a capacitação do corpo docente a respeito dos sinais de alerta para os riscos do abuso de álcool, de tabaco, de drogas e de medicações de uso controlado sem prescrição médica em estudantes de Medicina nas instituições de ensino das quais fazem parte<sup>57,206-213</sup>.

Hoje, se multiplicam as ações para desenvolver e manter serviços de apoio psicopedagógico aos estudantes de Medicina e a preocupação com a saúde mental dos graduandos e pós-graduandos se expande a cada ano, com a realização de pesquisas e de grupos de trabalho ativos, como o Fórum Nacional de Serviços de Apoio ao Estudante de Medicina (FORSA) da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)<sup>211</sup>. Rocha et

al.<sup>211</sup>, pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais, destacam que conhecer os fatores responsáveis pelo sofrimento psíquico e pelo estímulo ao uso de substâncias psicoativas em estudantes de Medicina é fundamental para que as instituições de ensino possam planejar um serviço de apoio que “acolha, identifique, acompanhe e, se necessário, encaminhe o estudante com sofrimento mental”<sup>211</sup>.

### 3.3.3.1.2 Subcategoria pós-analítica *Clínica da Família*

Nesta pesquisa, a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Clínica da Família (CF) foram ressaltadas, de maneira positiva, por causa do foco nas ações de prevenção e promoção em saúde, no diagnóstico precoce de doenças e no atendimento generalista da população.

[...] foi na Clínica da Família que eu tive noção do que é mais comum na Medicina, tipo hipertensão, diabetes, mulher grávida, psiquiatria. Eu acho que a gente ia dar mais valor a essas disciplinas, na faculdade, se a gente tivesse passado pela Clínica da Família no início, porque a gente iria saber que precisaria da informação no futuro. (P7.32a.fem.R1.Cirurg.)

A gente aprendia de tudo, diagnosticava tudo ainda no início, a gente dava palestra, a gente promovia saúde! Foi uma experiência que vou levar para a vida. (P11.26a.fem.R1.Cirurg.)

O sistema de saúde funciona como uma interface entre os indivíduos e o sistema político mais amplo em que vivem. A assistência à saúde é produzida por insumos do sistema (médicos, medicamentos, instalações) que interagem com a população por meio de vários processos (consultas médicas, cirurgias, partos) e se convertem em resultados de saúde. Existe uma associação internacionalmente reconhecida entre o baixo acesso a médicos de Atenção Primária (AP) e a maior mortalidade na população. Essa associação ocorre independente da desigualdade de renda entre grupos populacionais. Portanto, é notório que a falta de acesso à AP contribui para aumentar as discrepâncias sociais em saúde. Assim, uma equidade na oferta de médicos generalistas aumenta a eficácia dos serviços de AP em áreas mais carentes e vincula a alocação geográfica de recursos para os serviços de atenção primária e hospitalar<sup>214-216</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada um eficiente elemento organizador dos sistemas de saúde, oferecendo e garantindo cuidado integral e longitudinal aos usuários do SUS. Localidades que possuem uma APS com médicos generalistas apresentam melhores

índices de saúde da população em comparação com locais que não possuem médicos generalistas em sua organização<sup>217-219</sup>.

As experiências a respeito das vivências de médicos-residentes na APS emergiram de forma espontânea nas falas de entrevistados desta pesquisa, que destacaram, de maneira positiva, o foco nas ações de prevenção e promoção em saúde, no diagnóstico precoce de doenças e no atendimento generalista da população. Essa percepção diverge de parte da literatura, que descreve que muitos acadêmicos e internos consideram a AP como não resolutiva e com profissionais pouco qualificados que referenciam para outros níveis do SUS a maioria dos pacientes atendidos. Para os participantes desta pesquisa, a Clínica da Família representou um espaço, mesmo com infraestrutura precária, de grandes aprendizados sobre saúde básica e questões clínicas mais prevalentes na população de uma forma geral<sup>216-218,220</sup>.

Em consonância com Massote et al<sup>221</sup>, pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais, em estudo sobre a Atenção Primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina, a experiência de inserção na APS é considerada válida e fundamental para a formação médica porque contribui para a construção de uma nova visão a respeito do processo de saúde e doença e do sistema organizacional do SUS. Os autores ainda destacam que “a inserção de estudantes de Medicina em cenários de APS propicia a formação de profissionais mais preparados para compreender as necessidades de saúde da população e atuar sobre elas”, além de uma percepção positiva, por parte dos estudantes, e “o reconhecimento da importância deste cenário no processo de formação”<sup>221</sup>.

### 3.3.3.2 Categoria pós-analítica *A Medicina e o médico atualmente*

Neste item, serão apresentados e discutidos os resultados e as percepções dos participantes a respeito do papel social do médico, a maneira que a sociedade enxerga esse profissional, o que os pacientes esperam do médico na visão dos médicos-residentes, questões relacionadas com a atuação durante a pandemia e o que é ser médico atualmente, bem como a literatura pesquisada pertinente aos temas. À exceção do tema *Pandemia*, todos os outros assuntos que serão aqui discutidos foram evocados por meio de perguntas contidas nos roteiros de entrevista e dos grupos focais.

### 3.3.3.2.1 Subcategorias pós-analíticas *Papel social do médico, Como a sociedade vê o médico e O que os pacientes esperam do médico*

Nesta pesquisa, o papel social do médico apresentou-se como um protetor da saúde da população, no sentido de promover ações educativas e prevenir doenças de uma forma geral, independente do seu ambiente de atuação.

O papel social do médico é de promover a saúde da população. O papel do médico é aquele tripé de promoção, prevenção e proteção da saúde. (P8.29a.fem.R3.Clin.)

Além disso, a atual pesquisa apontou para a existência de conflitos de informações sobre saúde nas mídias sociais e na internet, destacando o papel do médico em mediar e orientar o paciente a respeito de quais notícias devem ser consideradas relevantes.

[...] o médico adquire uma experiência que o Google não pode oferecer e o paciente não sabe como lidar com esse tanto de informações disponíveis hoje. Então, o papel do médico, hoje, me parece ser recuperar um pouco do espaço que perdeu para a internet, para as falácias políticas, para os jornalistas [...]. Acho que o papel do médico, hoje, é reconquistar a moral, reconquistar a confiança que está perdendo pra a internet e a pra televisão. (P11.26a.fem.R1.Cirur.)

O médico é a sua própria empresa, tem seu próprio CNPJ, é a sua própria pessoa jurídica, é a sua própria vitrine. A gente vê médicos brigando nas redes sociais, os pacientes ficam confusos... será que é preciso mesmo que o médico tenha uma rede social? Será que esse é o espaço para Medicina? (P2.28a.masc.R3.Cirur.)

O papel social do médico se modificou muito durante a história da civilização. O significado da profissão tem raízes milenares desde a época pré-hipocrática, transitando pelos sentidos da cultura ocidental, as grandes mudanças de paradigmas do século XIX até os dias atuais. Desde os tempos pré-homéricos, na Grécia Antiga de 2000 a.C. até 1200 a.C., a certeza da finitude da vida marcava o pensamento humano. O indivíduo que assumia o papel de salvar vidas ou aliviar a dor era considerado o mais próximo da divindade. Nas universidades medievais, foi criado o título de doutor para o médico que, em várias culturas, desde o século VIII a.C., era considerado um indivíduo inspirado pelos deuses a praticar a arte de curar. O prestígio social do médico-cientista nos séculos XVII e XVIII se assemelhava ainda ao de um médico-sacerdote<sup>13,36,38,222</sup>. Nos últimos dois séculos, a Medicina deixou de ser considerada um sacerdócio ou uma missão divina e passou ao status de profissão, especialmente a partir da primeira metade do século XX com o desenvolvimento da corrente sociológica funcionalista. Segundo seus conceitos, o médico

passou a ser considerado um profissional que presta um serviço competitivo em relação ao mercado e que possuiu uma autoridade profissional estabelecida pela competência e por conhecimentos específicos<sup>13,36,40,41,222</sup>.

Uma fração dos participantes, especialmente aqueles dos grupos focais, considera que o médico tem um papel social de liderança e de hegemonia em relação aos demais profissionais da área da saúde, independentemente de sua experiência profissional. Para uma outra parcela dos participantes, em particular os entrevistados, o papel do médico se encontra entre o médico-cientista e o médico-sacerdote dos séculos XVII e XVIII. Essas diferenças de percepções desenvolvem conflitos identitários nos recém-formados, quando suas expectativas são confrontadas com a realidade profissional. Para aqueles que se imaginam em superioridade de papeis e hegemônicos entre as profissões da saúde, existe uma dificuldade de adaptação quando participam de equipes multidisciplinares, o que acarreta diminuição de qualidade na assistência aos pacientes que necessitam de intervenção multiprofissional. Para os médicos-residentes que ainda possuem a visão sacerdotal do médico, o conflito identitário parece ser mais intenso, causar mais danos à prática médica e provocar mais conflitos psicológicos, uma vez que, na maioria dos ambientes de atuação na modernidade, o médico não é capaz de agir como um *protetor da saúde da população*, de promover ações educativas e prevenir doenças de uma forma geral<sup>9,10,15,26,37,222,223,130,143</sup>.

De acordo com Hoirisch<sup>223</sup>, no capítulo *Ser médico: implicações históricas e antropológicas* do livro *Identidade médica: implicações históricas e antropológicas* publicado em 2006, as antigas representações culturais e etnológicas da Medicina se mesclam com as exigências atuais da sociedade, provocando pressões de natureza ética, moral e tecnológica no profissional do século XXI. Ainda que deva ser pautada no “amor ao próximo, desejo de praticar o bem aos semelhantes e de contribuir para o bem-estar da humanidade”, o exercício da Medicina exige uma atualização continuada dos saberes técnicos e clínicos<sup>223</sup>. Consequentemente, a sociedade exige do médico um grupo de habilidades, atitudes e competências por vezes incompatíveis com a realidade cotidiana da profissão, tecnicamente objetiva e subjetiva nas relações interpessoais, o que provoca diversos conflitos identitários nos médicos diante da impossibilidade de exercer a Medicina exigida socialmente. Diante dessa exigência, desenvolvem-se conflitos, do mesmo modo, em equipes multiprofissionais por médicos se considerarem em uma posição superior às demais áreas da saúde<sup>9,10,26,37,130,143,223</sup>.

De uma forma geral, os participantes desta pesquisa expressaram uma percepção social do médico em consonância com a literatura pesquisada e reforçaram que percebem o

médico como um líder em relação às equipes de saúde e como uma referência acerca de informações médicas, independe da experiência profissional.

O médico pode estar presente em todos os níveis de saúde que o paciente precisar, mas o papel de cuidado próximo, de fazer as coisas junto com o paciente fica muito com outros profissionais. Limpar o paciente fica com o técnico, quem faz um manejo de reabilitação é fisioterapia, por exemplo. O papel que o médico tem é o mais essencial. (P2.28a.masc.R3.Cirurg.)

Eu acho que o médico não deve se limitar a só fazer a sua parte dentro do hospital ou de uma instituição de saúde. Eu acho que o médico pode fazer a diferença nas pequenas coisas, entre amigos ou na família, o médico também deve sempre buscar dar sua opinião e mostrar o que está certo ou não em relação aos aspectos relevantes da saúde. Independe da formação ou do tempo de formado, o médico é essa referência. Ele estudou mais que qualquer um na área da saúde. (P11.26a.fem.R1.Cirurg.)

De acordo com a literatura pesquisada, a sociedade e os pacientes esperam que os médicos pratiquem uma Medicina vinculada a uma preocupação com o doente para além das portas dos consultórios e dos hospitais e analisem todos os fatores que possibilitem uma vulnerabilidade dos indivíduos às patologias. Além de um agente capaz de cuidar dos pacientes nos âmbitos físico, psíquico e social de sua saúde de uma forma global e integrativa, a sociedade e os pacientes enxergam o profissional médico como capaz de realizar mudanças nas políticas públicas e de se envolver ativamente de maneira a mitigar injustiças sociais, políticas, econômicas e ambientais. Espera-se, portanto, que o médico se posicione publicamente em defesa dos pacientes e que promova rupturas na conjuntura social por meio de liderança ativa junto à comunidade e à política, sempre pautado na ética profissional<sup>9,39,107,223,224</sup>. Os pacientes têm a expectativa de receberem acolhimento, empatia e escuta ativa, no sentido de se desenvolver “uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde”<sup>225</sup>.

Para a maioria dos participantes, existe um endeusamento por parte da sociedade por atribuírem ao médico uma característica de sobre-humano, de excelente prestígio e status sociais, além de abastado financeiramente, com excepcional inteligência e, conseqüentemente, com caráter arrogante e prepotente.

A sociedade vê o médico como um cara em cima do pedestal, eu acho que as pessoas ainda acham que o médico precisa ser um cara pedante, e muitos são assim mesmo pedantes, entendeu? Vivem em cima do pedestal, um não-me-toque [...]. Eu acho que a sociedade vê o médico com uma pessoa soberba, uma pessoa que não tem diálogo, que não é um amigo, que é uma pessoa que está no topo, que está ali em cima. Não acho que a sociedade veja o médico de uma maneira legal, não é uma relação horizontal. (P3.39a.fem.R2.Clin.)

Alguns entrevistados narraram situações que exemplificam essa percepção de endeusamento por parte da sociedade a respeito dos médicos nos diferentes círculos sociais nos quais está inserido. Essa percepção cria conflitos identitários nos profissionais por não atingirem as expectativas criadas pela sociedade ou por se sentirem diferentes da caricatura social imposta ao médico.

[...] se eu estou numa academia, eu escuto “médico malhando? Médico fazendo atividade física? Você deveria estar em casa estudando!”. Eu fico perplexa, pensando que sou mesmo um ser extraterrestre, que ser médico é viver prisioneiro numa jaula [...]. Então, médico deve ser descabelado, gordo e desleixado, não pode fazer unha, não pode fazer nada, a sociedade impõe isso, sabe? [...]. Eu fico “gente, mas que médica eu sou? Eu sou uma porcaria ou eu sou boa médica?”, eu fico começando a me cobrar! A sociedade acha que o médico é um ser de outro planeta, é um ET, é um deus, que médico não é gente! (P1.31a.fem.R2.Clin.)

Na minha família, muita gente acha que eu ganho muito dinheiro, e eu digo que eu sou residente! E dinheiro de residência mal dá pra sobreviver. Quando me formei, uma pessoa da família me disse que eu ia ganhar dez mil por mês [...]. Então, eu acho que sociedade enxerga o médico como um cara super-herói, rico, prepotente e autoritário. Se ser médico é ser isso aí, eu não sou médica... Ou sou uma médica errada... Ou estou fazendo alguma coisa errada. Não é possível! (P8.29a.fem.R3.Clin.)

Ficou claro nesta pesquisa, por meio de quase todas as falas, que existe, inclusive, uma postura contraditória da sociedade. Por um lado, o endeusamento do médico. Por outro, a questão da desvalorização da profissão. Essa reflexão, durante a entrevista, fez os entrevistados ponderarem sobre a possibilidade de o médico ser um profissional liberal e todos os encargos sociais que esse papel implica.

Quando você salva o paciente, é um deus. Se você não consegue, você é um profissional como outro qualquer e que merece um processo nas costas. Hoje, todo colega quer fazer seguro, e todos os seguros têm proteção contra processo por isso. (P5.29a.fem.R2.Clin.)

De acordo com a maioria dos entrevistados e com a literatura pesquisada, os pacientes esperam acolhimento, empatia e escuta ativa, no sentido de se desenvolver “uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde”<sup>225</sup>. Além disso, esperam que seus médicos sejam resolutivos e qualificados tecnicamente de forma a resolverem qualquer questão de saúde e remover qualquer obstáculo à cura, de maneira que se sintam seguros em colocar sua saúde nas mãos do profissional<sup>39,42,226-232</sup>.

Os pacientes esperam que eu seja assertiva no diagnóstico, educada, humilde, um ser perfeito! As pessoas andam muito exigentes, sabe? A gente tem que andar com o google na cabeça e investigar todas as possibilidades, mesmo as mais remotas e que não tem relação nenhuma com os sintomas apresentados... Tipo uma mistura de santa com doutor House! (P1.31a.fem.R2.Clin.)

A partir dessas reflexões, se verifica a existência de uma imagem contraditória a respeito do médico no imaginário popular. Consideram que uma pessoa com tamanha responsabilidade social deva possuir uma carreira próspera, financeiramente estável e acima dos padrões comuns à população, trabalhando sempre em ambientes requintados e confortáveis, além de dispor de uma inteligência notável, causando pressões sociais para que o médico seja capaz de atuar e responder a respeito de qualquer tipo de assunto. Nesse sentido, os conteúdos revelados nesta pesquisa estão em consonância com a literatura, pois a maioria dos participantes relatou que, em sua percepção, a sociedade atribui características de endeusamento ao médico, como se este profissional fosse sobre-humano. Essas divergências entre o que a sociedade espera do médico e aquilo que este é, verdadeiramente, capaz de oferecer desenvolvem conflitos identitários em muitos profissionais por não se sentirem capazes de atingir as expectativas criadas pela sociedade e por seus pacientes<sup>9,39,68,143,223,225</sup>.

Desse modo, por um lado se percebe um endeusamento do médico em sua capacidade técnica, em seu prestígio social e em sua estabilidade financeira. Por outro, o desvalorizam nesses mesmos sentidos. Nada obstante, a análise da desvalorização da profissão por parte da sociedade e dos pacientes foi bastante prevalente nas entrevistas e nos grupos focais, com a ponderação a respeito do médico como um profissional liberal como qualquer outro, sem a responsabilidade social que o papel do médico de outrora possuía.

Destacam-se algumas das causas para essa desvalorização dos médicos por parte da sociedade e dos pacientes, entre elas está a saturação do mercado de trabalho, uma vez que o CFM, dentre os conselhos médicos de reconhecimento internacional, detém o maior número de filiados, com mais de quinhentos mil profissionais atualmente. No último século, se atingiu a média de 2,4 médicos para cada mil habitantes, um crescimento cinco vezes maior que o populacional. Outras causas elencadas são a perda de poder dos saberes médicos devido à facilidade de acesso à informação pelos pacientes por meio da Internet, a percepção, por parte dos próprios médicos, da Medicina mais como negócio do que como ofício, e a hiperexposição da profissão e de conflitos entre opiniões médicas em redes sociais<sup>39,42,226-232</sup>.

Existe um destaque de artigos nos últimos anos a respeito da atuação dos médicos em mídias sociais. Uma vez que a privacidade nas redes sociais é inexistente, isso pode vir a prejudicar a relação médico-paciente e o sigilo profissional quando há compartilhamento de

casos clínicos e a utilização de dados considerados sigilosos em postagens médicas. Em 2011, uma relevante pesquisa a respeito de má condutas médicas na Internet foi realizada com conselhos médicos estadunidenses e publicada no *Journal of the American Medical Association*. Foram apurados casos de discriminação, de comentários depreciativos a respeito de pacientes, violação de sigilos e uso das mídias sociais para mal exercício da prática médica a partir de aconselhamentos sem vínculos profissionais e sem exposição de credenciais válidas<sup>229</sup>. Ryan Greysen et al.<sup>229</sup>, em artigo publicado em 2015, destacaram que as violações de conduta médica mais comuns relatadas em redes sociais foram comunicação inadequada do paciente online, por exemplo, má conduta sexual; uso da Internet para prática inadequada, tal como, prescrição pela Internet sem relação clínica estabelecida e deturpação online de credenciais. A maioria dos conselhos indicou que os incidentes foram relatados a eles pelos pacientes ou seus familiares, embora o relato por outros médicos também fosse comum<sup>229</sup>.

Sobre o comportamento de médicos e acadêmicos de Medicina em redes sociais, Sebastiaan A. Pronk et al.<sup>232</sup>, da Faculty of Health, Medicine & Life of Maastricht University, Holanda, em artigo publicado em 2021, descrevem que há uma percepção generalizada entre graduandos e médicos de que a presença de informações não profissionais nas mídias sociais é uma ocorrência comum. Os autores destacam que, entre os participantes fotos pessoais e/ou informações sobre si nas mídias sociais que foram percebidas como não profissionais foram relatadas por 31,3% dos estudantes, 19,7% dos residentes e 4,1% dos médicos especialistas. Informações e fotos relacionadas a abuso de álcool, festas, trabalho clínico ou de caráter sexualmente sugestivo foram consideradas inadequadas<sup>232</sup>.

Além disso, os autores enfatizam que os educadores médicos devem conscientizar os profissionais de saúde a respeito dos riscos de um comportamento não profissional em ambientes virtuais, bem como a necessidade e as formas de abordar os colegas em caso de tais lapsos<sup>232</sup>.

Portanto, a visão da sociedade e a expectativa dos pacientes a respeito da atuação do médico ultrapassa os limites da ciência e incorpora fatores experimentais, culturais, sociais, econômicos e de relações interpessoais. Andrey B. Sarris et al.<sup>233</sup>, pesquisadores da Universidade Estadual de Ponta Grossa, em artigo publicado 2014, concluem que a percepção dos pacientes e da sociedade a respeito do médico são mutáveis dependendo do contexto e das demandas sociais<sup>233</sup>.

### 3.3.3.2 Subcategoria pós-analítica *Pandemia*

Os cursos médicos e o processo formativo profissional foram afetados pela recente pandemia de coronavírus (SARS-CoV-2), desde o ciclo clínico até o internato e as pós-graduações. As residências médicas foram igualmente – ou mais – impactadas, pois os treinamentos em especialidades foram substituídos completamente pela atuação em enfermarias *covid*, além da interferência negativa e danosa de organizações não-médicas nas condutas clínicas, o que causou desgaste dos profissionais, além daquele esperado em situações de calamidade pública.

[...] por mais que o médico se imponha, exija do paciente um cuidado com a própria saúde, perde espaço para esse ambiente mundial de que o médico não sabe o melhor para o paciente, que são os políticos que ditam as ações em saúde para a população. Me cansava demais essa pressão de ser o anjo e o demônio... Todo mundo cobrava tudo da gente... Mas queria ver um desses políticos atender pacientes. Não aguentava uma horinha. (P8.29a.fem.R3.Clin.)

Em dezembro de 2019, um novo coronavírus (SARS-CoV-2) surgiu na cidade de Wuhan, no centro da China, evoluiu rapidamente para uma pandemia global e estabeleceu desafios para a oferta de Educação Médica. A resposta das faculdades de Medicina e dos serviços de saúde parceiros foi considerada heterogênea. Reconhecendo uma importante oportunidade de aprendizado, algumas instituições de ensino optaram por manter as atividades práticas enquanto outras limitaram a participação dos alunos nos ambulatórios e enfermarias. Várias fizeram uma transição para o ensino totalmente online, de acordo com os princípios de distanciamento físico. As residências médicas foram igualmente – ou mais – impactadas, pois os treinamentos em especialidades foram substituídos completamente por atuação em enfermarias *covid*, além da interferência negativa e danosa de organizações não-médicas nas condutas clínicas, o que causou desgaste dos profissionais, além daquele esperado em situações de calamidade pública<sup>234-237</sup>.

Por outro lado, em consonância com uma parcela da literatura, a maioria dos participantes considerou a pandemia como uma oportunidade de adaptar o currículo médico para o ensino remoto de disciplinas teóricas, além de incorporar métodos educativos e de avaliação inovadores para enfrentar futuras rupturas e contratempos que se oponham ao método tradicional de ensino. Entretanto, o envolvimento de estudantes de Medicina na força de trabalho em epidemias e pandemias deve ser minuciosamente examinado por uma

perspectiva ética. Embora haja uma experiência valiosa a ser adquirida com esta oportunidade, o risco de danos aos pacientes em mãos inexperientes e sob supervisão desafia os princípios da não maleficência. Por outro lado, a participação dos estudantes na resposta ao Covid-19 poderá desenvolver uma coorte de profissionais *pandêmicos* que poderá inspirar suas futuras carreiras e sua formação identitária. Redirecionar tarefas para os alunos, enquanto reduz a carga sobre a força de trabalho já existente, representa um melhor uso de recursos humanos. As tarefas delegadas a estes estudantes devem depender do estágio treinamento apresentado, juntamente com a confiança e a vontade de participar. Deve ser considerado que não possuem as mesmas obrigações profissionais e contratuais com seu local de trabalho que os médicos, professores e demais funcionários do hospital, implicando em considerações médico-legais e de relações trabalhistas. Uma vez que todos os estudantes de Medicina devem, em última análise, atender às competências, às habilidades e às atitudes necessárias para se graduarem conforme designado pelo órgão de governança do país onde realizam o curso, a participação dos alunos no esforço de epidemias e pandemias deve ter um caráter mais relacionado ao voluntariado do que à obrigatoriedade<sup>234-238</sup>.

A temática mais prevalente com relação à pandemia foi o paradoxo a respeito da postura dos pacientes, dos gestores de saúde e da sociedade em geral frente ao médico. Por um lado, o reconhecimento de alguns segmentos sociais, especialmente os pacientes que estavam sob seus cuidados. Por outro, a hostilização e o desrespeito por parte de outros segmentos.

[...] para a gente que pegou a pandemia do início, que trabalhava em emergência de porta aberta, que tinha sido meio que treinado nessa bagunça, foi ótimo, os pacientes te tratavam como um tipo de salvador. Mas quando você voltava pra casa... Era horrível, mandaram eu ir de escada pra casa pra não contaminar o elevador... Isso foi horrroso mesmo. Não gosto nem de lembrar. Eu me mudei de lá... Fiquei com vergonha. (P7.32a.fem.R1.Cirur.)

A percepção relacionada ao ensino de graduação esteve mais presente nas falas dos participantes de categoria R1 e R2 dos Programas de Residência Médica (PRM). Para os participantes R3 e R4, o foco dos conteúdos estava relacionado ao trabalho médico durante a pandemia e à dificuldade de realizar o treinamento na especialidade relacionada ao PRM, porque todos os esforços dos Hospitais Universitários (HU) estavam direcionados ao atendimento da população atingida pela pandemia durante os primeiros dois anos que frequentaram a residência. Mundialmente, o aumento das responsabilidades dos médicos, o excesso de carga horária de trabalho, a diminuição de qualidade de vida e as perdas salariais

impactaram negativamente a vida de médicos, professores de Medicina e acadêmicos de graduação e de pós-graduação, incluindo as equipes de saúde e os sistemas de saúde públicos e privados<sup>236,237</sup>. Essa foi uma percepção compartilhada espontaneamente pelos participantes da pesquisa e foi pontuada na maioria das entrevistas.

De uma forma geral, a pandemia parece ter evidenciado uma realidade ainda oculta em muitos estudos: a desvalorização crescente do médico, a dificuldade de manutenção da qualidade de vida dos profissionais liberais e a diluição de direitos trabalhistas na classe médica<sup>42,49,50,234-238</sup>.

Essa pandemia mostrou e escancarou a realidade na cara dos médicos: nós não valemos nada para a população e para os gestores, eles estão nem aí para a gente, não querem saber se temos conta para pagar, se estamos com sequela de covid e não podemos trabalhar, se morremos e deixamos a família por aí sem ter quem sustente [...]. Ninguém te vê, ninguém te olha, ninguém se importa. Você é só uma peça do sistema e você que tem que funcionar, ou você é descartado. (P6.36a.fem.R4.Cirurg)

### 3.3.3.2.3 Subcategoria pós-analítica *Ser médico*

Esse último tópico do item 3.3.3 da discussão apresenta resultados e discussões a respeito do que é ser médico atualmente e a literatura que versa sobre essa temática. A penúltima pergunta para os entrevistados – e a última para os participantes dos grupos focais – foi *o que é ser médico, hoje, para você?*. Esse questionamento suscitou muitas reflexões que foram desde as motivações para escolher cursar Medicina, a escolha da especialidade até as expectativas e sonhos não realizados dos médicos-residentes e suas frustrações diante dos cenários de atuação. De uma forma geral, sintetizou as ponderações a respeito da Medicina e do médico atualmente.

Para a maioria dos participantes desta pesquisa e para os profissionais de outros países, ser médico representa uma grande responsabilidade no sentido de ser encarregado da saúde de outras pessoas por meio dos melhores conhecimentos técnicos disponíveis e de uma eficiente relação médico-paciente, com a especial função de acolher os indivíduos em seu momento de sofrimento físico ou emocional.

Eu acho que ser médica é ouvir, é acolher, é examinar, é saber indicar um tratamento correto, acho que é um conjunto muito grande de coisas, não é simplesmente tratar uma doença. Além de saber tratar uma doença, tem muitas coisas antes... precisa saber como receber a pessoa, como é esse primeiro contato

do paciente com você, quanto que você consegue se identificar com aquele paciente e fazer a pessoa se identificar com você também, escutar e acolher o que o paciente tem a dizer, examinar, fazer um bom exame físico, e depois conduzir de acordo com isso. (P11.26a.fem.R1.Cirurg.)

Todavia, a maioria dos residentes percebe o médico, atualmente, como um profissional liberal com destacada estabilidade financeira, além de possuir um papel social de referência moral, ética e de conhecimentos técnicos para a sociedade, mesmo que alguns ainda considerem que a profissão possui componentes de caráter missionário e vocacional, em consonância com a literatura pesquisada<sup>46,163,170,222-224,226,230,239</sup>.

Além disso, a pergunta sobre o que é ser médico viabilizou lembranças referentes à evolução das ponderações dos participantes a respeito da Medicina ao longo do curso de graduação. Na maioria das pesquisas sobre o tema, presentes na literatura pesquisada, percebe-se que, quando eram estudantes do ciclo básico, a maioria dos médicos brasileiros parece ter tido a expectativa de se formar com um perfil de profissional semelhante ao preconizado pelas DCN de 2001 e 2014 e de acordo com os princípios do SUS. Desejavam se tornar médicos generalistas resolutivos e éticos, capazes de atuar em todos os níveis de atenção em saúde e de praticar ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, respeitando sempre o direito do paciente à cidadania e à dignidade, com foco em atuar profissionalmente no serviço público e no SUS. Contudo, ao longo da graduação, especialmente no internato, essas motivações transformam-se para a formação de um profissional altamente especializado com foco em atuar nos serviços privados de saúde. Essa mudança de foco ocorrida ao longo do curso parece estar relacionada às metodologias tradicionais flexnerianas de ensino e à própria característica da geração millennial da qual fazem parte a maioria dos médicos pesquisados<sup>1,4,10,46,163,239</sup>.

Ser médico é conseguir fazer muita coisa com muito pouco, a gente se conecta com as pessoas e ajuda de uma forma que muda o rumo da vida daquela pessoa. Eu fico emocionado quando eu fico pensando nessas coisas, porque, para mim, ser médico é acolher e aliviar o sofrimento das pessoas. (P4.25a.masc.R2.Clin.)

Alguns participantes utilizaram esse momento da entrevista para expressar sua opinião a respeito de considerarem o médico como um profissional liberal diferente da característica de missionário que costuma ser percebido por parte da população leiga e dos próprios médicos, com destaque para a estabilidade financeira que a profissão traz.

O médico é só mais um profissional que estudou para prestar um serviço, só isso. Mas tem muito menos margem para errar que outro profissional... Mas no fim, todos são só profissionais liberais. (P2.28a.masc.R3.Cirurg.)

Em consonância com Michael A. Barone et al.<sup>10</sup>, pesquisadores da School of Medicine of Johns Hopkins University, EUA, existe uma mudança de foco na formação identitária dos estudantes, que se espelham nas realidades sociais da Medicina a fim de ajustarem suas expectativas com relação à profissão escolhida. Os autores destacam que a Geração Millennial ou Geração Y, da qual fazem parte os indivíduos nascidos entre 1980 e o início dos anos 2000, foi criada em um mundo *focado na criança*, com alto envolvimento dos pais e relacionamentos moldados pela mídia. Na Medicina, os millennials têm sido caracterizados como tendo menos comprometimento com os pacientes, uma vida profissional mais moldada por demandas pessoais e um senso de maior importância para uma organização financeira, apesar da relativa falta de experiência. Esses fatores podem levar a conflitos com os professores sobre expectativas e comprometimento com os valores morais vocacionais ainda associados à Medicina. No entanto, os millennials trazem muitos pontos fortes para a Medicina, como aprendizado colaborativo, aceitação da diversidade e um forte senso de consciência social<sup>10</sup>.

Essa característica dos médicos que fazem parte da Geração Millennial é encontrada nos resultados de pesquisas realizadas a respeito da formação identitária do médico e o perfil profissional esperado pela sociedade no Brasil e em outros países. Nesta pesquisa, foram encontrados conflitos semelhantes, com médicos-residentes relatando em uma mesma entrevista ou em um mesmo grupo focal percepções contraditórias a respeito da Medicina. Ao mesmo tempo que buscavam um sentimento missionário, destacavam os componentes mais racionais da prática médica atual<sup>1,46,67,85,163,170,222,224,226,230,233,239-241</sup>.

Conforme Danielle Blouin<sup>67</sup>, pesquisadora da Queen's University, Canadá, em seu estudo publicado em 2018 sobre o desenvolvimento da identidade profissional de médicos-residentes, a convivência com professores e profissionais mais experientes pode mitigar essas percepções contraditórias, a adequar expectativas de forma mais saudável e auxiliar a desenvolver uma IM mais compatível com a realidade profissional. A autora ainda destaca que no contexto das interações sociais, os residentes discutem casos clínicos e escolhas de carreira, compartilham lutas pessoais ou relacionadas ao trabalho, trocam dicas e conhecimentos com professores e preceptores. Essas interações sociais são geralmente vistas de forma positiva pelos médicos-residentes e percebidas como uma forma de auxiliar a consolidação da IM por meio de modelagem de papéis, mentoring e aquisição de conhecimento técnicos. Elas diminuem o nível de estresse, fortalecem a confiança, o trabalho em equipe e a colegialidade e incentivam o aprendizado contínuo fora do ambiente de

trabalho. As interações sociais foram percebidas como as que mais ajudam no desenvolvimento de um clima positivo de aprendizagem e na vivência diante da carreira médica<sup>67</sup>.

De uma maneira geral, apesar de o exercício da Medicina atual parecer, para essa geração de médicos, um sinônimo de sofrimento físico e emocional, de inexistência de vida social, de desvalorização por parte de pacientes e de gestores de saúde, de exigências irreais para um ser humano, ser médico ainda parece ser a realização de um sonho com caráter missionário e de vocação intrínseca à própria sobrevivência<sup>46,67,85,163,170,222,224,226,230,233,239-241</sup>.

Para mim, ser médica é a realização do que vim para fazer na vida, é o meu caminho, eu não tenho dúvida disso [...] é minha vocação, eu sinto que estou realizando a minha missão nessa vida (P5.29a.fem.R2.Clin.)

[...] a Medicina, apesar dos pesares, dá sentido à minha vida, é isso aqui que eu gosto mesmo de ser na vida, que é o meu caminho certo na vida: ser médica. (P10.25a.fem.R2.Cirur.)

[...] no fim de tudo, ser médico parece que dá sentido à minha existência como ser humano. (P9.32a.masc.R3.Clin.)

### 3.3.3.3 Categoria pós-analítica *O paciente na formação do médico*

Essa categoria pós-analítica diz respeito ao fator intrínseco relacionado à vivência de médicos junto aos pacientes e a importância dessa experiência na formação da IM. Diferencia-se da influência da prática clínica supervisionada por docentes ou preceptores por estar mais ligada à relação interpessoal entre médico (ou graduando de Medicina) e seu paciente do que ao aprendizado de técnicas de exame clínico ou ao exemplo de conduta médica fornecido por um profissional mais experiente. Os entrevistados foram convidados a refletir sobre o contato com os pacientes durante a graduação e se essas experiências modificaram de alguma forma seus comportamentos enquanto médicos(as), trazendo maior sentimento de segurança, de responsabilidade e de empatia. Os resultados encontrados foram discutidos com a literatura relacionada à temática.

O bom do primeiro contato ser na semiologia é que não estou sozinho com o paciente, sou eu e mais cinco outros acadêmicos, com o monitor que é acadêmico também. [...] é um contato suavizado, um contato muito distanciado, não é você e o paciente [...]. Aos pouquinhos, fui me tornando mais seguro no que fazer, mais responsável pelo que eu estava fazendo ali. (P2.28a.masc.R3.Cirur.)

Ao longo dos anos, as mudanças nos padrões da sociedade, os avanços na assistência médica e o fácil acesso às informações em saúde tornaram a relação médico-paciente desafiadora. Anteriormente, o médico era considerado o receptáculo de todo o conhecimento e este era utilizado para o manejo do paciente. Hoje, o conhecimento médico tornou-se uma mercadoria entre o médico e o paciente. Essa é uma realidade internacionalmente reconhecida. Entretanto, para proporcionar ao doente uma assistência de alta qualidade, é preciso que haja uma relação médico-paciente saudável, onde a comunicação e a confiança são os elementos-chave, entre os outros fatores, na construção de um relacionamento saudável. Nos ambientes de saúde, esses elementos conferem um melhor atendimento e se faz necessária a construção de algum grau de confiança para se desenvolver um ambiente em que a comunicação honesta possa florescer. Ademais, uma comunicação eficiente é um preditor de uma boa prestação de serviços de saúde e a qualidade da interação dos médicos com os doentes está positivamente relacionada à confiança e satisfação dos pacientes a respeito das propostas de tratamento<sup>82,224,242-245</sup>.

Na atual pesquisa, os entrevistados foram convidados a refletir em como as experiências e o contato com os pacientes durante a graduação e os primeiros anos de profissão influenciaram em sua formação identitária enquanto médicos. Tanto entre graduandos quanto entre médicos-residentes, existe um sentimento de gratificação em ser útil para o paciente que foi instrumento do aprendizado e uma preocupação de não prejudicar uma pessoa que já está doente a fim de concretizar os conhecimentos práticos. A relação médico-paciente é capaz de proporcionar um maior sentimento de segurança, de responsabilidade e de empatia junto aos pacientes<sup>80,83,224,226,241</sup>.

Foi muito chocante ver, ao longo do tempo, o meu estudo sendo concretizado. Ver acontecendo nas pessoas, ver os pacientes com as doenças que eu lia nos livros, ler uma doença descrita direitinho no livro e aparecer um paciente com exatamente aqueles sintomas que eu li, isso foi chocante para mim! (P6.36a.fem.R4.Cirur.)

Ao mesmo tempo que é doloroso ver essas diferentes realidades, um semelhante seu passando por determinadas situações tão sofridas, é gratificante você pensar numa estratégia para oferecer uma qualidade de vida melhor para aquela pessoa, mesmo que você só seja um acadêmico [...]. Você percebe que também pode ajudar, e não só usar o paciente para aprender. (P5.29a.fem.R2.Clin.)

A maioria dos médicos-residentes refere que o aprendizado da relação médico-paciente se dá a partir da observação da conduta de professores, preceptores, colegas mais experientes e outros profissionais da saúde. Muitos ressaltaram a relevância de identificar, no

paciente, as informações sobre o quadro clínico de doenças que haviam sido aprendidas durante as aulas teóricas e durante os estudos em livros didáticos. A prática supervisionada se destaca como um dos principais recursos de aprendizado, uma vez que as aulas teóricas sobre a relação entre o doente e seu médico ainda são escassas e pouco aproveitadas<sup>80-83</sup>.

De acordo com Swastika Chandra et al.<sup>244</sup>, pesquisadores do Departamento de Saúde Pública da Austrália, em artigo publicado em 2018, a confiança é uma via tríplice que se forma entre o médico, a instituição que oferece os serviços de saúde e o paciente, em especial nos países que contam com sistemas públicos de saúde, como o Brasil. Dessa forma, se percebe que os pacientes estão colocados em uma situação de vulnerabilidade com relação ao médico. Para seu próprio bem, os pacientes precisam confiar aos médicos suas informações e corpo particulares, o que é essencial para seu bom manejo. Para o sistema de saúde, a confiança interpessoal é construída, sustentada ou prejudicada por meio de encontros face a face com os profissionais de saúde. Quanto à confiança institucional, ela é depositada no sistema médico ou na instituição. A interação médico-paciente é influenciada tanto pela personalidade quanto pelos sistemas sociais e a confiança ocorre em uma estrutura de interação que é influenciada pela personalidade e pelos sistemas sociais<sup>244</sup>.

As evidências mostram que a confiança e a comunicação com uma abordagem centrada no paciente contribuem para melhorar os resultados das terapêuticas instituídas, com os pacientes satisfeitos com os serviços oferecidos na unidade de saúde. Isso está associado à melhor adesão ao tratamento e melhor percepção da qualidade dos serviços oferecidos. A importância da confiança e da comunicação em uma relação médico-paciente tem a mesma relevância para países desenvolvidos e em desenvolvimento em termos de satisfação do paciente e qualidade dos serviços de saúde, embora os determinantes locais possam diferir ligeiramente. Um melhor resultado em terapêuticas instituídas é considerado como um sucesso para o médico que acompanha o paciente e esse fornece ao profissional uma sensação de *dever cumprido*, proporcionando melhores resultados na satisfação dos médicos com a própria profissão<sup>82,224,242-245</sup>.

De uma maneira geral, o contato com os doentes parece ter a função de ensinar empatia na relação médico-paciente. Inclusive, como ressalta o estudo de Suely Grosseman & Carolina Stoll<sup>81</sup> (2008), pesquisadoras da Universidade Federal de Santa Catarina, quanto maior a consistência entre os conteúdos teóricos intraclasse e a prática clínica, melhor será a valorização da relação médico-paciente e os conteúdos que os estudantes e médicos-residentes apreendem dessa relação. A maioria dos estudantes e recém-formados solicita, inclusive, que

essa temática permeie todo o curso médico, seja em disciplinas específicas ou durante as aulas<sup>81</sup>. Resultado semelhante ao encontrado nesta tese.

[...] mas é com o paciente, com lidar com gente que se aprende algumas coisas que não estão nos livros. Os pacientes me ensinaram a ter empatia. Eu via aquela pessoa sofrendo e imaginava como seria se eu estivesse no lugar dela. (GF1.36a.masc.R3.Cirur.)

Portanto, a Medicina e a relação médico-paciente sofreram mudanças drásticas ao longo dos anos e uma delas foi o empoderamento dos pacientes na tomada de decisões a respeito da própria saúde. Hoje, o doente é capaz de levar uma lista de perguntas para a consulta e espera respostas precisas, deseja se envolver nas decisões, ter livre acesso ao seu prontuário, solicitar opiniões diferentes e utiliza diversos meios de comunicação para acessar seu médico. Ao mesmo tempo que isso se torna um desafio para os profissionais tradicionalistas, representa uma mudança bem-vinda à maioria dos recém-formados, não obstante a perda de *poder* sobre o doente. Contudo, o papel do médico como conselheiro em saúde é insubstituível e os residentes referem que os aprendizados oriundos da relação com seus doentes é fundamental para a formação de suas identidades enquanto profissionais<sup>81,242-245</sup>.

De uma forma sintética, o convívio com os pacientes direciona a formação de uma IM mais saudável e desenvolve a habilidade, no estudante e no médico-residente, de tratar o *outro* como gostariam de ser tratados, manifestando valores morais tais como respeito, empatia, amizade, paciência e tolerância diante daqueles sob seus cuidados<sup>80-83</sup>.

#### 3.3.3.4 Categoria pós-analítica *SUS X Serviços privados*

Neste item, serão apresentadas e discutidas as percepções de médicos-residentes e a literatura relacionadas à atuação do médico no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como nos serviços privados, seja esta por meio de assistência particular ou por meio do sistema de saúde suplementar oferecido por planos e por seguros de saúde. A remuneração do médico foi o tema de maior destaque no que se refere à atuação profissional, além da infraestrutura, do fenômeno da *pejotização* e do comportamento dos pacientes nos diferentes locais de atuação.

Na atual pesquisa, os entrevistados demonstraram uma visão mais positiva e otimista sobre o SUS em comparação com a visão dos grupos focais, mesmo que o recurso financeiro

recebido ao trabalhar no serviço público seja inferior ao recebido nos serviços privados, especialmente no que se refere à remuneração do profissional.

Se a pessoa quiser se sustentar, pagar um aluguel, sustentar família, o que o SUS paga não é suficiente... Por isso, o médico precisa trabalhar no setor privado também, para poder ter uma vida minimamente digna. (GF1.28a.masc.R1.Clin.)

A remuneração do médico foi o tema de maior destaque, de uma forma generalizada, no que se refere à atuação profissional, assim como consideram a remuneração ao trabalhar no serviço público como inferior ao recebido nos serviços privados. Há um destaque para o sistema de saúde suplementar, onde, atualmente, é necessário atender um número maior de pacientes para receber um valor considerado satisfatório e digno para a profissão.

Acho que é bom sempre ter alguma coisa no SUS, mas hoje em dia é essencial ter alguma no privado também, né? Em lugar nenhum tem um salário bom hoje em dia, nem um plano de carreira, então, você tem que ter um pouquinho em vários lugares, pra estar sempre pingando... Pinga um dinheirinho de lá, pinga outro de cá, porque se uma fonte secar, você não fica sem nada, né? Pinga do plantão, pinga do SUS, pinga de um consultório, pinga no serviço privado... Porque às vezes pinga mais de um lado que do outro, o que não pode é ficar só com um e aí ressecar, né? (P2.28a.masc.R3.Cirur.)

Em 1994, a professora Mariângela L. Cherchiglia<sup>246</sup>, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais, realizou um estudo sobre a remuneração do trabalho médico e entrevistou administradores hospitalares, médicos e representantes de corporações médicas e empresariais de Belo Horizonte, onde analisou os resultados de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT). De acordo com os resultados encontrados, o *Pay-for-Results* ou *sistema de pagamento por produção* era utilizado exclusivamente em hospitais privados, enquanto o *sistema salarial* (baseado em unidades de tempo trabalhado) era mais prevalente em serviços públicos<sup>246</sup>.

A remuneração por produção configura-se um modelo no qual os ganhos variam segundo o tipo, a quantidade e a qualidade dos serviços produzidos, enquanto na remuneração por tempo caracteriza-se no ganho em função do tempo em que o trabalhador está à disposição do empregador e não existe uma relação explícita, formal e previamente estabelecida entre a remuneração e o volume de produtos produzidos<sup>42,49,50,71,246,247</sup>.

Cherchiglia<sup>246</sup> destaca que, nos hospitais públicos, o sistema de remuneração era por tempo, havendo, portanto, um provento e um tempo fixos de trabalho, causando dualidades de poder e hierarquia e dificuldades gerenciais quando ocorriam “acordos negociados entre médicos e dirigentes para o cumprimento parcial da jornada de trabalho”<sup>246</sup>. Esse modelo de

remuneração no SUS persiste até os dias atuais e é alvo de críticas que o consideram uma forma de desvalorização dos profissionais<sup>42,49,50</sup>.

Na época do estudo de Belo Horizonte<sup>246</sup>, grande parte dos médicos de hospitais privados e públicos eram remunerados por meio das duas formas de pagamento, simultaneamente. O pagamento por produção era de grande interesse dos entrevistados e dos gestores. Essa percepção parece ter se modificado nos últimos anos, uma vez que o sistema de saúde suplementar baseado no *pay-for-results* foi criticado pelos participantes da atual pesquisa, que mencionaram ser necessário atender um número maior de pacientes para receber um valor considerado satisfatório e digno para a profissão<sup>42,49,50,246,247</sup>.

Em 2011, Ricardo de O. Bessa<sup>247</sup>, em sua dissertação apresentada à Fundação Getúlio Vargas, descreve os modelos de remuneração médica na saúde suplementar, responsável pela atenção à saúde de mais de 44 milhões de brasileiros, atualmente quase um quarto da população do país. O autor identificou cinco formas de remuneração, a citar: 1) o pagamento por procedimento ou *fee-for-service* (F4S) (pagamento por procedimento individual, item a item); 2) a capitação ou *capitation* (compartilhamento de risco com os profissionais e serviços de saúde, frequente nas Health Management Organizations norte-americanas); 3) o salário (pagamento clássico de acordo com o número de horas trabalhadas, incluídos os benefícios sociais); 4) a remuneração por pacotes (preço fixo de procedimentos com baixa variabilidade de protocolos clínicos); e 5) a remuneração por desempenho ou por performance (*pay for performance* – P4P) (baseado na estrutura, na eficiência técnica, na efetividade do cuidado e na satisfação do cliente)<sup>247</sup>.

Existe uma grande variabilidade nos modelos de vinculação formal de médicos a organizações de saúde na maior parte dos países, desde uma integração vertical, onde o profissional é um empregado assalariado, até contratos pontuais, modelos mistos e vinculações consideradas *frouxas* em relação aos direitos trabalhistas. O pagamento por desempenho foi o que mais cresceu no Brasil e no exterior, assim como as formas de burlar as leis trabalhistas que regem cada autarquia governamental<sup>42,49,50,71,246</sup>. No Brasil, esse fenômeno culminou, nos últimos quinze anos, na *pejotização*, que hoje é considerada a forma mais comum de vínculo na prestação de serviços de médicos recém-formados<sup>42,49,50</sup>.

Segundo a publicação Demografia Médica de 2020<sup>42</sup>, do Conselho Federal de Medicina, na última década, quase 180.000 novos médicos ingressaram no mercado de trabalho brasileiro. Nas regiões Sudeste e Sul, a razão de médicos por mil habitantes é 3,5 e está dentro da média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Além disso, nos últimos cem anos, o aumento no número de médicos foi

proporcionalmente cinco vezes maior do que o de habitantes. Com 342 escolas médicas e a oferta de 35.622 novas vagas anualmente, o Brasil tem hoje uma média de 10,4 recém-formados em Medicina para cada grupo de 100 mil habitantes. Este índice é superior aos índices da França (9,5), Chile (8,82), Estados Unidos (7,76), Canadá (7,7), Coreia do Sul (7,58), Japão (6,94) e Israel (6,9), entre outros países<sup>42</sup>. O Brasil atinge o marco de 500 mil médicos em 2020, ano de uma das maiores crises de saúde pública da história recente, com grandes impactos sanitários, econômicos e sociais. A pandemia da Covid-19 exigiu – e ainda exige – uma demanda excepcional dos serviços de saúde e demonstra cada vez mais as fragilidades na oferta de serviços, a importância dos recursos humanos em quantidade suficiente, bem distribuídos, valorizados e protegidos, com habilidades e capacidades para atender às necessidades da população de maneira oportuna, eficiente e efetiva. Esses dados demonstram o aumento da oferta que acaba por promover a flexibilização de leis trabalhistas e o fenômeno da pejetização dos médicos. A quantidade de novos médicos aumenta a concorrência por vagas em Programas de Residência Médica em especialidades e áreas de atuação específicas, infla o número de médicos por habitante especialmente nos grandes centros urbanos e impacta diretamente o mercado de trabalho<sup>42,49,50,248</sup>.

Assim, as três grandes subcategorias temáticas, que emergiram das falas sobre a pejetização, a atuação do médico no serviço público e nos serviços privados e, conseqüentemente, os diferentes perfis de pacientes destes serviços, serão apresentadas e discutidas nos próximos itens.

#### 3.3.3.4.1 Subcategoria pós-analítica *Pejetização*

A ausência de pagamento de horas extras trabalhadas, férias remuneradas ou licença médica por parte dos contratantes de médicos por meio da constituição de Pessoa Jurídica (PJ) foi citada, pelos participantes, como um fator negativo da atuação do médico no mercado de trabalho atual, tanto no SUS quanto em serviços privados de saúde.

A gente não tem mais vínculo nenhum, não tem direito a férias, não tem direito a décimo terceiro salário, não tem direito a licença maternidade, o hospital só paga aquelas doze horas trabalhadas, não importa se você chegou mais cedo ou se cobriu o atraso do colega. Como eu costumo dizer, dias não trabalhados é igual a dias não pagos. A gente está escravo de um sistema ou de uma rede de hospitais, porque existe uma rede de hospitais específica que trouxe essa questão da Pejetização [...] Tu toma prejuízo de qualquer jeito.. (P1.31a.fem.R2.Clin.)

O termo Pejotização, na Medicina, determina uma relação de prestação de serviços onde o médico contratado no modelo PJ não possui vínculos ou direitos empregatícios. Atualmente, esse é o tipo mais comum de contratação de médicos no Brasil<sup>42,49,50,248</sup>.

A formação médica, em termos mundiais, passou por três grandes reformas educacionais no último século. A primeira privilegiou os ambientes hospitalares como cenários de ensino e exercício da prática médica, desencadeada pelo Relatório Flexner de 1910<sup>249</sup>. A segunda introduziu alterações pedagógicas e metodologias ativas de aprendizagem colocando o aluno na posição central do ensino, como Problem-Based Learning (PBL), no final do século XX. A terceira, mais atual, orienta o engajamento das instituições de ensino com formação de um profissional adaptado a cenários sociais específicos com foco na melhoria do atendimento nos sistemas de saúde da região onde estão inseridos, conceito denominado *social accountability*<sup>21,250</sup>.

No Brasil, um marco de reestruturação do ensino médico iniciou-se com a criação do SUS pela Lei 8.080/1990<sup>75</sup> de forma a proporcionar e garantir o direito universal à saúde como dever do Estado. O SUS se configura como orientador dos recursos humanos na área da saúde, o que impulsionou a reestruturação curricular nos cursos médicos do país, em acordo com a terceira grande reforma no sistema educacional mundial<sup>21,46,198,241,251-254</sup>.

Em 2001, foram publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina com o objetivo de atender às novas demandas dessa reestruturação. Estas DCN foram posteriormente aperfeiçoadas e relançadas em 2014, tendo como perfil do egresso um médico com formação generalista, capacitado a atuar em diferentes níveis de atenção numa perspectiva de integralidade da assistência com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania<sup>4,21,46,84,198,241,251,253,254</sup>. O governo brasileiro desenvolveu, com o Programa Mais Médicos de 2013<sup>79</sup> e com as DCN de 2014<sup>4</sup>, estratégias de reestruturação do SUS, com objetivo de priorizar a Atenção Básica e permitir que os egressos formados sob as DCN sejam plenamente aproveitados na rede pública<sup>78,255</sup>.

Em 2013, inclusive, foi publicada a Lei 12.842<sup>256</sup> que dispõe sobre o exercício profissional do médico e suas funções. O artigo 2º da Lei 12.842/2013 diz que “[...] o objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza”<sup>256</sup>. Ao examinarmos a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, o artigo 196º afirma 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”<sup>257</sup>.

Pode-se perceber, portanto, que o objeto da atuação do médico, citado na Lei 12.842 de 2013<sup>256</sup>, está interligado com uma das funções essenciais do Estado, que é a garantia da saúde para seus cidadãos. Os médicos, em virtude de sua profissão, se afiguram atualmente como profissionais liberais com direito de exercer seu ofício independente de vínculo empregatício<sup>256</sup>. Contudo, essa *independência* pode entrar em conflito com a necessidade de estabelecer vínculos empregatícios com entidades hospitalares.

Em 2020, o CFM se tornou o conselho médico com maior número de associados em todo o mundo. Entretanto, persistiram as desigualdades na distribuição dos profissionais entre as regiões do país e o aumento de vagas na graduação contrastando com a ociosidade de vagas de Residência Médica relacionadas às cinco grandes áreas básicas médicas (clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral e saúde coletiva)<sup>42</sup>.

Essa explosão demográfica expõe os médicos a um aumento no número de diferentes modelos de vínculos empregatícios e de jornadas de trabalho. Nos últimos quinze anos, se tornou evidente um movimento denominado *pejotização*, viabilizado pelo artigo 129 da Lei nº 11.196 de 2005<sup>258</sup> e a partir do qual os empresários brasileiros encontram uma alternativa para contratar mão de obra que possa exercer funções divergentes da finalidade da própria empresa, desde que tal mão de obra seja exercida por outra pessoa jurídica. Isso possibilitou a contratação de serviços por meio da constituição de PJ, inclusive de médicos por causa da natureza de sua atuação<sup>49,50,248,258,259</sup>.

Esse movimento provocou uma grande perda de direitos trabalhistas dos profissionais do sistema privado e aumento de custo junto aos conselhos de classe pela exigência de pagamento de duas anuidades (como Pessoa Física e como Pessoa Jurídica), causando grandes tensões entre os médicos, os conselhos que os representam e os sistemas de saúde. Contudo, a *pejotização* ainda é um assunto controverso nas pesquisas, pois não se operacionaliza, obrigatoriamente, como uma relação de exploração do contratado pelo contratante. Devido à tributação sobre a renda, existem casos em que é mais vantajoso para o prestador de serviços ser remunerado por meio de PJ, como uma forma de driblar a tributação<sup>49,59,248,249,260</sup>.

Eu tenho meu PJ {Pessoa Jurídica do CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica} para trabalhar no hospital no fim de semana, porque sem isso você nem tem chance de entrar na escala. Ninguém te chama, nenhum município te aceita, você não existe como profissional se não tiver um PJ. (P1.31a.fem.R2.Clin.)

Em consonância com o advogado Guilherme V. Geri<sup>50</sup>, em pesquisa realizada para a Universidade do Extremo Sul Catarinense e publicada em 2017, a perda de direitos, tais como direito a segurança no emprego, aviso prévio, Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), repouso semanal remunerado e férias, impacta no bem-estar e na efetividade do trabalhador. O autor destaca que a Pejotização propicia uma precarização dos direitos do trabalhador e, subseqüentemente, um prejuízo para a população porque acarreta queda da eficiência do médico em virtude da exaustão moral e/ou física<sup>50</sup>.

Atualmente, entidades hospitalares têm feito uso da Lei nº 11.196 de 2005<sup>258</sup> na contratação de médicos objetivando reduzir seus encargos com empregados, justificando sua finalidade como a de prover apenas o *ambiente*, distorcendo e desvinculando o exercício médico do exercício médico-hospitalar. Dessa forma, a função do médico é desconfigurada da finalidade do estabelecimento hospitalar, como se o hospital servisse tão somente como ferramenta do profissional médico<sup>50</sup>. Os efeitos adversos da prática da Pejotização afetam, além dos médicos perante seus direitos trabalhistas, a capacidade laboral dos profissionais, sua identidade enquanto médicos e sua efetividade na atenção à saúde da população<sup>42,49,50,248</sup>.

#### 3.3.3.4.2 Subcategoria pós-analítica *Infraestrutura*

A infraestrutura dos serviços de saúde é um fator que interfere de maneira significativa na forma de atuação do médico. De acordo com os recursos oferecidos pelo local de trabalho, a atuação do profissional se modifica para melhor ou para pior.

[...] a gente precisa ser o médico que o hospital onde eu dou plantão quer que eu seja. Se for de plano, quer que eu só peça exames e interne pra tomar soro, pra ganhar um dinheiro em cima do paciente que tem convênio. Se for do SUS, quer que eu me vire com nada, descobrir o que o paciente tem sem recurso quase nenhum, a gente vira um MacGyver {personagem de uma série televisiva estadunidense nos anos 90 que, com poucos recursos, realizava prodígios}, você tem que caçar pra descobrir. (GF2.35a.fem.R1.Clin.)

Um tópico que se pode ressaltar da maioria das falas é a importância de o profissional conhecer o funcionamento e os Princípios Organizativos do SUS – hierarquização, regionalização e descentralização – a fim de oferecer uma melhor qualidade de atendimento à população<sup>79,252,261</sup>.

O SUS encontra-se no status de um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, uma vez que abrange desde a Atenção Primária até atendimentos de alta complexidade em hospitais quaternários universitários e garante um acesso integral, universal e gratuito para toda a população brasileira. A gestão das ações e dos serviços de saúde é realizada pela União, pelos Estados e pelos municípios. Engloba a atenção primária, média e de alta complexidade, os serviços de urgência e de emergência, a atenção hospitalar, as ações e os serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. As DCN para os cursos de graduação em Medicina direcionam a formação dos egressos com perfil voltado ao atendimento e gestão no SUS<sup>79,240,252,198,253,261</sup>.

Segundo Paim, apesar dos valores positivos que sustentam o SUS, o sistema “não conta com a força de partidos, nem com o apoio de trabalhadores organizados em sindicatos e centrais para a defesa do direito à saúde inerente à condição de cidadania, tal como ocorrera em países europeus que optaram pelo Estado de Bem-Estar Social.”<sup>262</sup>.

Na época da implantação do SUS, havia um crescente movimento neoliberalista na economia em antagonismo ao modelo de Estado assistencialista e intervencionista. Esse modelo possui, como base, os direitos sociais universais dos cidadãos e é conhecido como Welfare State nos países europeus e nos países em desenvolvimento. Assim, movimento neoliberalista representou um grande obstáculo para a expansão de sistemas universais de saúde em diversos países, incluindo o Brasil<sup>79,198,240,252,253,261,262</sup>.

Os médicos-residentes da atual pesquisa são oriundos de escolas consideradas tradicionais, que costumam considerar o SUS como sinônimo de desvalorização e precariedade. Entre recém-formados de escolas cujo currículo foi desenvolvido após a publicação das DCN, as representações associadas ao SUS são de vinculação, responsabilidade e senso de comunidade. Existem indícios de mudança desses paradigmas tradicionalistas na formação médica com o desenvolvimento de projetos junto à Atenção Primária e à comunidade onde as instituições de ensino estão inseridas. Comumente, médicos que tiveram seus primeiros contatos com o SUS no sistema hospitalocêntrico do HU tem uma percepção mais negativa do sistema público do que aqueles cujo contato com os pacientes e com a Clínica da Família se deu nos primeiros períodos da graduação. Isso parece estar relacionado à vivência na atenção terciária e quaternária que exhibe um contraste, na maioria dos centros urbanos e periféricos, com os sistemas de saúde privados, onde os recursos financeiros e de infraestrutura são mais abundantes<sup>56,78,198,230,240,262</sup>. A falta de contato com a alta resolutividade do SUS na Atenção Básica nos primeiros períodos da graduação em Medicina e a admissão, ao longo do curso, do modelo médico-privatista promove uma

percepção distorcida dos recém-formados com relação ao SUS e incentiva a formação de um perfil identitário voltado para os sistemas privados de saúde e para a superespecialização. De acordo com os recursos oferecidos pelo local de trabalho e com a própria identificação do médico com o sistema de saúde, a atuação do profissional se modifica para melhor ou para pior<sup>22,46,56,78,253</sup>.

O médico que atende no SUS é considerado, dessa forma, como um profissional proficiente em sua área de atuação porque médicos recém-formados acreditam que é necessário ser um profissional extremamente habilitado e qualificado para conseguir ser minimamente resolutivo e eficaz no serviço público devido à carência de exames complementares para os pacientes. Além disso, o SUS é considerado um ambiente onde o médico possui maior liberdade de atuação, uma vez que não é necessário se subordinar à exigência de se obter lucro por meio dos pacientes, o que ocorre no serviço privado.

Eu acho que tem uns macetes para trabalhar no SUS... Você tem que saber os caminhos, como encaminhar o paciente, como colocar um CID pra ele ser atendido no lugar certo, preencher os papéis certos, saber o que é de responsabilidade de cada setor. Tem uns macetes que se você não souber, você sofre muito, como médico, e o paciente também sofre porque não vai ter atendimento. (P3.39a.fem.R2.Clin.)

Se você for um bom clínico, você consegue resolver muita coisa no SUS, porque é um sistema bem interessante. A descentralização e a hierarquia dos serviços ajudam se você souber usar, senão você fica perdido e o paciente também. Eu acho que os médicos precisavam ser incentivados a aproveitar o que tem no SUS. (P9.32a.masc.R3.Clin.)

Devido à carência de medicações, de exames complementares e de formas de reabilitação para os pacientes de muitas localidades, o médico que atende no SUS converte-se em um quase herói porque os recém-formados consideram que é fundamental ser extremamente habilitado e qualificado para ser resolutivo e eficaz no serviço público. Ainda que receba muitas críticas de recém-graduados de escolas tradicionalistas e possua limitações de infraestrutura e recursos na maioria dos serviços, o SUS é considerado um ambiente de atuação onde o médico possui maior liberdade de atuação e maior capacidade de agir como um profissional com foco na saúde e no bem-estar do paciente e da população. Isso porque, no sistema privado, o médico é constrangido a se subjugar às limitantes manipulações jurídicas da saúde suplementar e exigências de lucro das grandes redes hospitalares brasileiras em detrimento das necessidades dos pacientes<sup>22,50,56,78,,248,253,262</sup>.

Independentemente do local e da forma, a atuação do médico parece estar aquém do que poderia ser. Nas instituições públicas, parece haver um sentimento de realização de uma

Medicina mais próxima aos ideais de auxílio à população, apesar da lotação excessiva, da carência de recursos, da falta de exames complementares e de medicações adequadas, que são empecilhos para uma melhor assistência resolutiva ao paciente. Nas instituições privadas, os médicos se consideram *reféns* de um sistema que visa o lucro em detrimento das necessidades dos doentes<sup>50,56,78,248,253,262</sup>.

Eu acho o serviço privado um meio muito burocrático, muito cheio de exigências, um serviço mais administrativo do que assistencial mesmo [...]. No serviço público, você vai pelo que sua mão te guia no exame físico, não tem exame complementar. Então, de qualquer forma, está difícil atuar como médico, hoje. (P8.29a.fem.R3.Clin.)

[...] o sistema do SUS sucateia geral, não tem as coisas que a gente precisa para cuidar do paciente e bota o médico para atender dez ou doze pacientes graves de uma vez só, isso é inumano, ninguém consegue lidar com dez pacientes graves de uma vez só em medicina intensiva ou pronto socorro sobrecarregado. Então, o médico deixa de ser eficiente ou porque o plano de saúde não cobre ou porque falta recurso hospitalar no SUS, e você precisa se submeter a isso. No particular, você usa até o que não precisa. Então, o médico precisa se submeter e isso é muito ruim. (P2.28a.masc.R3.Cirur.)

Os autores Guilherme S. Albuquerque et al.<sup>230</sup>, pesquisadores do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, em estudo publicado em 2017 sobre a satisfação de médicos no trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS), relatam que a possibilidade de cuidar dos pacientes que os médicos encontram no SUS proporciona um sentimento de estar cumprindo uma missão, de ajudar o próximo. Contudo, a “falta de recursos essenciais, de retaguarda especializada efetiva, a falta de reconhecimento da população e o desgaste elevado pela carga de trabalho excessiva constituem motivos de insatisfação”<sup>230</sup>.

De uma maneira geral, os médicos parecem insatisfeitos com os locais de atuação, seja pela qualidade do cuidado, pela exploração dos trabalhadores ou pela carência de recursos. Tanto o sistema público quando o sistema privado apresentam distintos pontos positivos e pontos negativos e a maioria dos participantes consideram que o ambiente de atuação ideal seria uma associação entre os dois sistemas: os recursos privados com os princípios norteadores do SUS<sup>22,50,56,78,248,253,262</sup>.

### 3.3.3.4.3 Subcategoria pós-analítica *Paciente SUS X Particular X Convênio*

O paciente do SUS é retratado como mais submisso, menos exigente, menos questionador e mais grato do que o paciente do serviço privado e que se sente acolhido com poucas atitudes de altruísmo por parte dos médicos.

[...] e eu percebo uma gratidão muito grande dos pacientes por isso, por você estar ali fazendo esse favor para eles. Os pacientes ficam muito gratos mesmo por aquele favor que você está fazendo ali para ele, porque muitas vezes, você não tem obrigação de fazer uma coisa, mas essa coisa é algo que você acaba fazendo e essa boa vontade não passa despercebida pelos pacientes do SUS. (P6.36a.fem.R4.Cirur.)

Os pacientes dos serviços privados são considerados questionadores e exigentes no que se refere à conduta clínica, solicitando exames por vezes desnecessários a partir de uma informação que obtiveram em websites.

No serviço privado [...] o problema é que se você faz um diagnóstico que é clínico, o paciente já chega com o Google no celular, exigindo exames que nem são indicados porque viu no Google, sabe? Então, você tem que fazer a vontade do paciente. (P1.31a.fem.R2.Clin.)

Da mesma maneira que os participantes diferenciaram a atuação nos serviços públicos e privados, igualmente relataram perceber perfis e comportamentos discrepantes nos pacientes. Os pacientes dos serviços privados são diferenciados entre aqueles que tem acesso à saúde por meio da saúde suplementar (convênio), daqueles que são particulares, que pagam pela consulta, pelos exames complementares e pelo tratamento sem a intermediação dos convênios médicos<sup>226,247,263,264</sup>.

Os pacientes do SUS são descritos como os mais submissos, menos exigentes, menos questionadores e que expressão gratidão ao profissional de saúde. Além disso, devido à superlotação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde por grande parte da população, os pacientes demonstram mais gratidão por se sentirem mais acolhidos, mesmo com poucas atitudes de altruísmo ou de cordialidade por parte dos médicos. Em contrapartida, os pacientes dos serviços privados, em geral, são considerados mais questionadores, exigentes e desconfiados. Os pacientes de convênio parecem acreditar que conseguem fazer suas exigências, a respeito de exames e tratamentos, serem cumpridas e não percebem que o plano ou seguro de saúde é a instância que tem o poder de autorizar – ou não – a conduta a ser

instituída. Os pacientes particulares são tidos como os mais exigentes a respeito dos serviços de saúde prestados, desde a hotelaria do hospital e o ambiente físico dos consultórios e quartos até a forma com que seus questionamentos são respondidos, requerendo uma linguagem formal, rebuscada e polida de seus médicos assistentes<sup>46,230,253,263</sup>.

Nesses plantões que eu fiz em hospitais grandes, eu me sentia mais como parte do sistema empresarial, como se o paciente fosse um cliente [...]. Para o do particular, você nem precisa carimbar, porque ele está pagando e o hospital faz o que ele quer. Para o do convênio, você é só um despachante que carimba o que o plano autoriza e o paciente acha que manda. (P11.26a.fem.R1.Cirurg.)

Com os pacientes particulares [...], médico vira somente um prestador de serviço, um carimbador de papel, um despachante, como se fosse um atendente de lanchonete self-service (P8.29a.fem.R3.Clin.)

De uma forma resumida, percebe-se que existe uma relação de poderes entre o profissional, os pacientes e os intermediadores da prestação de serviços em saúde. O médico, nos últimos anos, não é mais o *detentor* de seus pacientes. No serviço público, o paciente é *do SUS*, assim como na saúde suplementar, na qual o paciente é *do convênio*. Da mesma forma, os pacientes não se referem mais aos médicos pelos seus nomes, mas pelo local de atuação: médico do convênio, médico do SUS. Nos serviços particulares a situação se inverte, o paciente é o detentor e o *dono* do seu médico, enquanto este é apenas um prestador de serviço<sup>226,247,263,264</sup>.

Todavia, esse cenário parece estar se modificando nos últimos anos. Com a perda de poder aquisitivo das classes sociais que utilizavam a saúde suplementar, houve uma migração destes pacientes para a utilização dos serviços públicos de saúde, alterando o perfil dos usuários do SUS. As tensões que envolvem o adoecer dos pacientes que migraram dos planos e seguros de saúde para o SUS, as exigências destes paciente por exames considerados desnecessários pelos médicos do serviço público e a falta de infraestrutura de alguns serviços públicos tem provocado atos de violência por parte dos pacientes e o esgotamento físico e emocional em profissionais de saúde. A violência psicológica e física contra profissionais de saúde no ambiente laboral se tornou um fenômeno mundial, sendo considerada um risco ocupacional, especialmente para médicos. Durante a pandemia da Covid-19, a situação se agravou, fazendo com que a Associação Médica Mundial (World Medical Association – WMA) definisse a questão como uma emergência internacional, uma vez que compromete os próprios fundamentos dos sistemas de saúde e impacta na saúde do paciente<sup>235,264,265</sup>.

De acordo com a Associação Médica Mundial<sup>265</sup>, no documento a respeito da resposta à pandemia de Covid-19 na 73ª Assembleia Mundial da Saúde, todos os dias, governos, mídia

e milhões de pessoas prestam homenagem à dedicação profissional do pessoal de saúde que trabalhou durante essa crise de saúde pública da história recente. Apesar de estarem na linha de frente e arriscarem suas próprias vidas para salvar a de seus pacientes, estão sujeitos aos atos de violência em todas as regiões do mundo. A WMA afirma que na última década, assistimos a uma onda de violência contra profissionais de saúde em todo o mundo. Desde o início da pandemia de Covid-19, esse fenômeno se expandiu dramaticamente. Todos os dias, nossas associações médicas relatam incidentes: ameaças, insultos, estigmatização de comunidades e Estados. Em alguns países, os médicos são vítimas de represálias por denunciar condições de trabalho indignas, a flagrante falta de equipamentos médicos ou por criticar as respostas do governo à pandemia<sup>265</sup>.

Portanto, faz-se necessário implementar medidas que proporcionem maior segurança aos profissionais de saúde, uma vez que pesquisas indicam que a maioria tem a sensação de que sua integridade está em risco no ambiente de trabalho. Além disso, é necessário planejar intervenções em nível pessoal (preventivo e reabilitador) e em nível populacional, como o desenvolvimento de políticas de tolerância zero contra agressões e campanhas que ajudem a melhorar a relação médico-paciente, revalorizar a imagem do médico, e ajudar a população a conhecer o trabalho dos profissionais de saúde, que procuram ajudá-los em momentos difíceis em ambientes com limitações e riscos para ambos<sup>235,263-267</sup>.

### 3.3.3.5 Subcategoria pós-analítica *Social (familiares e amigos)*

Nesse item, serão apresentadas e discutidas a influência da interação social com a família e com os amigos / colegas de faculdade na formação da IM e a literatura pertinente à temática. São considerados como apoio em situações consideradas novas e inerentes ao curso médico e como parâmetros de atitudes.

[...] como eu entrei na faculdade direto, depois do Ensino Médio, isso me tirou um pouco do prumo, me deixou meio receoso, porque eu entrei muito novo, eu tinha 17 anos. Mas aí conheci amigos novos, fiz uma vida toda do zero a partir do momento que entrei na faculdade. Isso trouxe um pouco de leveza, isso ajudou a ser menos traumático. Todo mundo estava vivendo o mesmo que eu, de repente você vira médico. (P4.25a.masc.R2.Clin.)

[...] a convivência com colegas que eram meus veteranos, que passavam pelas angústias que eu passava também, mas que conseguiam ser bons monitores, me mostravam que era possível estudar Medicina e se sentir capaz de ser um bom

profissional. Essa coisa de compartilhar momentos bons e momentos ruins com os colegas foi muito importante. (P6.36a.fem.R4.Cirur.)

De uma forma geral, os amigos de faculdade parecem ter duas funções essenciais. A primeira configura-se no compartilhamento de experiências e na sensação de pertencimento a um grupo social que comungam sentimentos pertinentes à formação médica e que proporciona uma rede de apoio emocional e psicológica, uma vez que o curso médico é considerado como um dos mais difíceis e trabalhosos com uma alta exigência de dedicação, esforço, sacrifício e resistência física e emocional. A segunda função caracteriza-se por parâmetros de conduta, especialmente aqueles colegas mais experientes que se encontram em períodos avançados do curso médico e atuam como monitores ou como supervisores<sup>20,23-25,53,144,155</sup>.

Um objetivo fundamental da educação médica é facilitar a transformação dos estudantes de *leigos* em *médicos*. O processo pelo qual os alunos se autodefinem como membros da profissão médica – formação da autoidentificação profissional e da IM – tem sido tradicionalmente explorado a partir de perspectivas descritivas e sociológicas. No entanto, docentes e preceptores ainda têm muito a aprender sobre como os alunos percebem as mudanças pelas quais vivenciam, que podem ser dramáticas e profundas<sup>16,20,24,25,53,155</sup>.

Em todas as profissões, as interações sociais representam fontes importantes de apoio psicológico e de aprendizagem informal. O contato social facilita o desenvolvimento de confiança mútua e de respeito pelas perspectivas e conhecimentos de outros indivíduos, que são cruciais para a aprendizagem eficaz e um desenvolvimento identitário profissional saudável. A discussão de questões clínicas com colegas desponta como uma fonte de saberes técnicos e implícitos. Na convivência em estágios clínicos, as interações positivas são consideradas como o fator principal na criação do senso de pertencimento e de um clima favorável à aprendizagem. Essas interações podem ocorrer, por exemplo, nos intervalos para a refeição e nos eventos sociais e científicos e são uma importante ferramenta de socialização. As amizades desenvolvidas em ambientes clínicos melhoram a aprendizagem entre pares, estabelecendo uma cultura onde todas as perguntas podem ser feitas, criando uma comunidade de alunos que são acessíveis, apoiam e compartilham habilidades de sobrevivência e tácitas a respeito do funcionamento da profissão<sup>20,23-25,45,53,67,102,144,155,170</sup>.

Em um estudo brasileiro a respeito do *choque de realidade* e do início da construção da IM com alunos do primeiro período de uma faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, os autores Mariana Santiago de Matos et al.<sup>25</sup>, da Universidade Estácio de Sá (UNESA), descrevem, em artigo publicado em 2019, que os estudantes possuíam “expectativas

idealizadas sobre os colegas e sobre o curso, e a entrada na universidade gerou uma desidealização que parece representar um primeiro passo na aquisição da Identidade Médica”.

Os resultados encontrados na atual tese relataram experiências em consonância com os achados de Matos et al.<sup>25</sup>, onde os alunos relataram que tinham a percepção de que estudantes de Medicina possuíam inteligência acima da médica, eram *nerds*, gênios superdotados e ricos. Quando se comparavam com esses estereótipos, se sentiam diminuídos, menos capazes e, conseqüentemente, esperavam não conseguir se adequar ao curso e à comunidade acadêmica. Na maioria das vezes, a realidade, no sentido de identificar-se com os colegas de graduação, foi mais positiva e proporcionou maior integração entre os alunos recém-admitidos na universidade e seus colegas veteranos, por realizarem essa desidealização dos perfis imaginários relativos ao *nerds* da Medicina<sup>25</sup>.

Com alguma semelhança aos amigos / colegas de faculdade, os familiares parecem possuir duas funções, de acordo com os entrevistados. O suporte psicológico e o financeiro oferecido por familiares antes e durante o curso médico foi um destaque positivo, assim como o apoio emocional compartilhado com os colegas de curso.

[...] minha família me apoiou no quesito de eu pensar que a Medicina deve ser uma vida equilibrada. Trabalhar e ter tempo de ter vida, de ter filhos, eu quero ter isso. Não acho que essa vida que os médicos levam de não ter tempo para família, não ter tempo de se cuidar, de viver virado no plantão, não acho que isso seja uma vida boa. Então, acho que nesse sentido, de ser uma pessoa que parece conseguir equilibrar o trabalho médico com a vida pessoal. Minha família me ajuda nisso, de eu não querer virar plantão porque vale a pena ter uma vida menos abastada, mas ter tempo pra família, sabe? (P7.32a.fem.R1.Cirur.)

A família pode funcionar, inclusive, como um incentivo para que os recém-ingressos no curso já se imaginem médicos, mesmo que ainda no primeiro dia de aula do curso de Medicina, reforçando a percepção de que o público leigo julga o estudante, independente do ciclo no qual esteja, como um profissional formado.

A minha família me considerava médica e eu tinha acabado de começar o curso! Eles vinham pedir conselhos e eu olhava no Google para ter alguma opinião, porque senão alguém dizia “mas você não é médica?”. Não entendiam que eu não era médica, que era estudante ainda... E eu mesma acreditava nisso, que era médica. Eu me sentia mais médica quando comecei o curso do que quando eu terminei. No internato, a gente pensava “eu não vou conseguir ser médica!”. (P3.39a.fem.R2.Clin.)

A divergência encontra-se na visão que alguns membros da família possuem a respeito do estudante, com estímulo para os alunos se autoperceberem mais como médicos do que como graduandos já no primeiro dia de aula do curso de Medicina, reforçando a percepção de

que o público leigo julga o estudante, independentemente do ciclo no qual esteja, como um profissional formado<sup>20,23,45,116,170</sup>.

Portanto, ao entrar no mundo figurado da Medicina, os estudantes experimentam tensões entre a identidade de *leigo*, a de *estudante de Medicina* e a de *médico*. Esse conflito é agravado pelos preconceitos internos anteriores ao início do curso e pela percepção de que, assim que terminam o primeiro dia de aula, já são médicos, com todas as responsabilidades e privilégios intrínsecos à profissão. Em vez disso, deparam-se com a realidade de serem *apenas* estudantes de Medicina, sem os conhecimentos técnicos e sem os *poderes* esperados e exigidos por alguns familiares e por parte da sociedade. Sentem-se frustrados por não serem capazes de cumprir essas expectativas sociais e fazer a diferença quando solicitados a resolver questões cotidianas e simples de saúde como, por exemplo, orientações a respeito de condutas em resfriados quando familiares solicitam. A convivência com familiares compreensivos e conscientes, bem como com os colegas /amigos de faculdade auxilia a aliviar e dissolver essas tensões vivenciadas nos primeiros períodos. Satisfatoriamente, a maioria dos alunos aprende a reconhecer as limitações de conhecimento e poder, apesar dos privilégios, da responsabilidade e de alguma autoridade, que ser estudante de Medicina lhes concede diante de seus familiares e do público-leigo externo à faculdade<sup>20,23,45,116,170</sup>.

### 3.3.3.6 Categoria pós-analítica *Interdisciplinaridade*

Neste item, serão discutidos os conteúdos das entrevistas relativos à interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade e o diálogo com a literatura a respeito da atuação de profissionais *não médicos* na formação da IM. Esses temas não emergiram de forma espontânea e foram evocados a partir de um questionamento contido no roteiro das entrevistas. Todos os entrevistados refletiram, em suas falas, essa falta de formação a respeito dos conceitos relacionados à interdisciplinaridade na Medicina.

Eu acho que o trabalho de todo mundo em conjunto é fundamental para conseguir chegar a uma saúde de qualidade para o paciente, né? Fisioterapeuta, dentista, nutricionista, acho que todos são importantes. Mas a gente não aprende como isso deveria funcionar. (P11.26a.fem.R1.Cirur.)

Eu acho que, na formação do médico, tem muito pouco contato com as outras profissões, a gente não tem muita noção de como eles podem ajudar a gente, realmente. (P10.25a.fem.R2.Cirur.)

Embora a formação da Identidade Médica esteja se tornando um assunto bem explorado internacionalmente nos últimos vinte anos, pouco se estuda, ainda, sobre como a participação em equipes inter, multi e transdisciplinares afeta a formação da identidade profissional durante a curso de Medicina. Isso é problemático porque a graduação é um período determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos alunos. Sabe-se que o ambiente social molda fortemente essas identidades, no entanto, pouco se estuda a respeito da influência dos demais profissionais da área da saúde. Durante a faculdade, os estudantes tornam-se membros, mesmo que por um curto período, de uma equipe de saúde, o que constitui uma legítima participação periférica da atenção aos pacientes. Nesta prática, os alunos interagem com diversos profissionais, desenvolvendo uma sensação de pertencimento a uma comunidade<sup>9,119,135,137,141</sup>.

A organização curricular fragmentada e desarticulada dos currículos médicos produz uma formação humana e profissional insuficiente para o enfrentamento das práticas sociais que exigem formação mais crítica e competente<sup>46,268</sup>. Todos os entrevistados refletiram essa falta de formação a respeito dos conceitos relacionados à interdisciplinaridade na Medicina, o que acarreta uma aprendizagem médica deficitária, a concepção de conceitos equivocados a respeito do papel das equipes multidisciplinares, além de uma postura autoritária e egocêntrica por parte dos médicos com relação aos demais profissionais, considerando-os como subordinados. Esses comportamentos *não profissionais* podem comprometer o cuidado e a segurança do paciente e prejudicar o ambiente de trabalho do hospital<sup>9,46,119,135,137,141,268</sup>.

Existe uma falta de informação, durante o curso médico, a respeito de inter, multi ou transdisciplinaridade durante a graduação em Medicina. Percebe-se, nos entrevistados, como essa falta de conhecimento acarretou a criação de conceitos equivocados quanto à atuação da equipe multidisciplinar na atenção ao paciente e motiva uma postura autoritária e egocêntrica por parte dos médicos com relação aos demais profissionais

[...] eu acho que a gente não tem muito contato com outros profissionais da área da saúde na graduação para saber como eles podem ajudar o médico na atenção ao paciente. Na minha prática, eu acho que eles são importantes para ajudar a fazer as coisas pelo paciente, marcar as consultas, organizar os atendimentos, auxiliar o médico a cuidar do paciente. (P12.26a.fem.R1.Cirurg.)

[...] a gente vivia mais na Medicina do que convivia com outras pessoas da equipe... a gente não é ensinado de uma forma multidisciplinar, a gente é ensinado que o médico é capaz de resolver tudo e que os outros profissionais da saúde são só ferramentas para o médico fazer seu trabalho. (P6.36a.fem.R4.Cirurg.)

Dado esse foco crescente na construção do profissionalismo e da IM nas faculdades de Medicina e nos Programas Residência Médica, faz-se fundamental examinar as discrepâncias entre o currículo formal, onde o médico é a figura central do ensino e o paralelo, onde se operam grandes aprendizados a respeito da interdisciplinaridade. O ensino médico, portanto, convive com essas contradições. De um lado, ainda se encontra a sobreposição de funções e responsabilidades características da área médica nas instituições tradicionalistas, em detrimento às práxis das outras profissões. Essa hegemonia é considerada como uma ameaça para as identidades profissionais imaturas dos alunos dos cursos médicos, levando à inflexibilidade no compartilhamento de funções, na colaboração interprofissional e à uma percepção equivocada e superestimada a respeito da atuação e do papel dos médicos nas equipes multiprofissionais. Por outro lado, existe uma mudança a favor da interdisciplinaridade, iniciada nos anos setenta, a partir dos movimentos estudantis de universitários da Europa e da América Latina, embasados em críticas à organização do ensino universitário, à ruptura da teoria com prática, à organização capitalista, à divisão social do trabalho e em favor de se incluir a função social e a formação integral em humanidades nos conteúdos curriculares. As instituições de ensino aquiesceram à algumas solicitações, realizando modificações estruturais e curriculares<sup>9,46,119,135,137,141,268</sup>. Essa mudança é mais perceptível nos PRM do que na graduação.

Todas as quintas-feiras têm um ambulatório multidisciplinar. Então, o paciente é atendido pelo médico, pelo fisioterapeuta, pelo fono, pelo nutri, pelo psicólogo, acho que isso é bem legal. E eu vejo como isso faz falta para os pacientes, principalmente na minha especialidade. Mas isso eu não tive na faculdade, só aqui na residência mesmo. (P4.25a.masc.R2.Clin.)

Alguns entrevistados refletiram a respeito das vivências na Clínica da Família (item 4.2.3 desta tese) durante o primeiro período da faculdade, como uma experiência que modificou sua maneira de enxergar os papéis de cada profissional da área da saúde no atendimento integral aos pacientes e capaz de estimular ações interdisciplinares. Outros relataram que a oportunidade de trabalhar em equipe interdisciplinar aconteceu durante o internato em estágios extracurriculares que os próprios estudantes buscaram realizar e durante a RM. Todos consideraram esse aprendizado como parte relevante na sua formação identitária e que os currículos de suas instituições de ensino são considerados falhos nesse aspecto da formação médica. Os conteúdos das entrevistas revelam que grande parte do aprendizado a respeito da interdisciplinaridade não foi oportunizado pela própria instituição de ensino, sendo

necessário que os estudantes adquirissem algum tipo de habilidade para trabalho em equipe em estágios fora da grade curricular do curso médico.

Em consonância com as autoras Stella R. Taquette et al.<sup>269</sup>, professoras da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), os alunos de Medicina referem que o “ano em que se mais aprende é o último. Justamente aquele em que não há mais aulas e o aprendizado se dá totalmente em atividades práticas e leituras individuais de assuntos de interesse e necessidade do próprio aluno”. A investigação sobre o currículo paralelo realizado por esta pesquisa na UERJ em 2001 confirma os dados encontrados na atual pesquisa de 2021, demonstrando que poucas mudanças parecem ter ocorrido nestes vinte anos. As pesquisadoras destacam, ainda, que muitos dos estágios extracurriculares, procurados e frequentados pelos alunos, estão fora dos domínios, do conhecimento, da autorização ou da supervisão das instituições de ensino<sup>269</sup>.

Portanto, apesar das modificações estruturais e curriculares empreendidas nas últimas décadas com objetivo de tornar os cursos médicos mais focados na interdisciplinaridade, ainda se encontram, atualmente, resistências para uma formação mais integral dos estudantes de Medicina com relação às funções dos diversos atores sociais envolvidos na assistência em saúde à população. Isso provoca a criação e consolidação de identidades profissionais distorcidas e uma autopercepção fragmentada, superestimada e desarticulada do médico em relação aos demais profissionais da área da saúde<sup>9,46,119,135,137,141,268</sup>.

### 3.3.3.7 Categoria pós-analítica *Lei do Ato Médico*

A Lei Federal nº 12.842, publicada em julho de 2013<sup>256</sup>, é conhecida como a Lei do Ato Médico (LAM) e que dispõe sobre o exercício profissional da Medicina e atividades privativas do médico<sup>256</sup>. Portanto, nesta categoria, foram incluídos os resultados dos grupos focais e a discussão relativos à esta lei. Esse tema não emergiu de forma espontânea, foi evocado a partir de um questionamento contido no roteiro dos GF.

De acordo com o texto desta Lei Federal, o exercício da Medicina é regido pelas disposições desta Lei e o objeto da atuação do médico é:

[...] a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza. [...] O médico desenvolverá suas ações

profissionais no campo da atenção à saúde para: I - a promoção, a proteção e a recuperação da saúde; II - a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças; III - a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.<sup>256</sup>

Em seu artigo terceiro, a lei orienta que o “médico integrante da equipe de saúde que assiste ao indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem”<sup>256</sup>. As orientações contidas nesse artigo vão de encontro às identidades profissionais distorcidas e à autopercepção fragmentada, superestimada e desarticulada do médico<sup>9,46,119,135,137,141,268</sup> citadas na discussão anterior sobre a ausência do ensino de interdisciplinaridade na maioria dos currículos médicos. Exigem, para seu cumprimento, um perfil de médico que, ainda, não é formado nas instituições de ensino.

O desenvolvimento tecnológico e de conhecimento teórico-práticos na área da saúde está atrelado à necessidade de regulamentação das profissões de forma jurídica pelo poder do Estado. O mercado de atuação profissional na saúde se modificou ao longo da história e, com as transformações de capital e trabalho, o Estado foi compelido a regulamentar, parcialmente pelo menos, esse processo assumindo o papel de regulador, estabelecendo a obrigatoriedade de uma educação formal e garantindo o monopólio de competências a cada profissão. Atualmente, com o aumento da concorrência pelo mercado de trabalho, os atos profissionais são disputados com o intuito de se tornarem exclusivos de uma determinada profissão<sup>270-273</sup>.

O decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932<sup>274</sup>, teve a função de regular e fiscalizar o exercício da Medicina, da Odontologia, da Medicina Veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil<sup>274</sup>. Em 1957, foi criado o Conselho Profissional dos médicos com a função de nortear “o funcionamento dos órgãos de regulamentação e fiscalização da profissão sem, no entanto, especificar ou definir o campo de atuação da profissão”<sup>272,275</sup>. Somente em 2001, o CFM aprovou normativas<sup>276</sup> em seu estatuto de maneira a atribuir-lhe o poder de definir e normatizar o ato médico. Entretanto, a “ausência de uma clara delimitação das áreas de atuação estaria trazendo prejuízos à Medicina, por ser a de campo de atuação mais amplo”<sup>272</sup>. Além disso, entre as motivações da resolução, destaca-se o mercado de trabalho na área de saúde, que estaria muito concorrido com o surgimento de novas profissões<sup>272,276</sup>.

Em concordância com o médico e professor do Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos, Giovanni G. Aciole<sup>271</sup> em publicação sobre a Lei do Ato Médico, os autores Denise V. Travassos et al.<sup>272</sup> da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, em publicação de 2012, igualmente consideram a referida lei como uma consequência das

disputas entre corporações profissionais pela hegemonia do mercado de trabalho, que é comprometido com a lógicas do excesso de procedimentos complementares<sup>271,272</sup>.

De acordo com Mayco M. Nunes<sup>273</sup>, em sua tese de doutorado de 2017 a respeito desta lei diante das profissões da saúde, refere que, apesar de se configurar como uma estratégia biopolítica do governo federal com a intenção de promover a manutenção de políticas de saúde com base do SUS, a LAM se configura como uma faceta do movimento corporativista médico no sentido maior de garantir privilégios aos seus membros em detrimento ao atendimento de qualidade da população<sup>273</sup>.

Os participantes concebem que a referida lei é fundamental para oferecer garantias jurídicas mais robustas às ações dos médicos, protegendo o exercício profissional do apoderamento de suas competências pelas demais profissões consideradas da área da saúde. Além disso, consideram que profissionais que não cursaram Medicina não deveriam ser responsáveis por atos que julgam ser de responsabilidade do médico.

[...] é fundamental que se tenha uma lei regulamentando o ato médico. Muitos profissionais da área da saúde invadem a Medicina. O problema é que não estudam para isso. (GF1.27a.fem.R2.Clin.)

[...] tem regulamentação do ato do nutricionista, do psicólogo, do fisioterapeuta, e se o médico invadir, os conselhos deles vão logo em cima. Mas na Medicina, todos querem dar pitaco sem serem responsáveis [...]. Se der problema, o médico é que é acionado, ele será o responsável. Por isso que precisa do ato médico, porque se outros profissionais da área da saúde querem o bônus, deveriam ficar com o ônus também. (GF2.28a.masc.R2.Clin.)

Ademais, se considera que a própria sociedade se autorregulará e exigirá ser atendida por médicos, independente da Lei do Ato Médico restringindo a ação dos profissionais da área da saúde quando procedimentos realizados por *não médicos* causarem prejuízos à saúde pública.

Esse é um negócio de gente invadindo a Medicina eu nem me meto. O pessoal quer fazer procedimento Médico sem saber coisa nenhuma, enchendo o bolso de dinheiro? Deixa... O paciente quer fazer plástica de rosto com dentista, pagando mixaria? Deixa... É só depois o paciente ir lá e processar eles porque, com certeza absoluta, vai ter um monte de sequela, daqui uns anos vocês vão ver um monte de sequelado por causa desses picaretas não-médicos. Aí, isso vai acabar por pressão mesmo da sociedade, que não vai querer fazer procedimento com um não médico. A sociedade se autorregula, no fim das contas. (GF1.36a.masc.R3.Cirur.)

Em divergência aos estudos publicados a respeito da referida lei, os resultados da atual pesquisa revelam que médicos recém-formados consideram que a LAM é fundamental para oferecer garantias jurídicas mais robustas às ações dos médicos, protegendo o exercício

profissional na Medicina, além de restringir a apropriação, pelos demais profissionais da área da saúde, de praxes e de procedimentos considerados exclusivos dos médicos. Contudo, a literatura é unânime em indicar que se faça uma avaliação criteriosa a respeito dos saberes e competências específicas de cada profissão a fim de preservar limites, respeitando as divisões de trabalho já normalizadas<sup>270-273</sup>.

Outrossim, faz-se fundamental um senso crítico para analisar as fronteiras das autonomias profissionais que podem atuar como “ameaças de perda de identidade resultantes de novas relações de trabalho e da perda de representatividade e de poder de intervenção das corporações no enfrentamento com as grandes empresas da área da saúde”<sup>270</sup>.

### 3.3.3.8 Categoria pós-analítica *Programa Mais Médicos*

Neste item, serão discutidos os resultados relativos ao Programa Mais Médicos (PMM). A temática foi evocada a partir de um questionamento contido no roteiro dos GF.

As reflexões dos participantes foram motivadas por suas práticas clínicas e por suas experiências durante a graduação. O primeiro eixo do PMM, relativo ao provisionamento emergencial de médicos, foi considerado como controverso devido à participação de médicos estrangeiros sem revalidação de diploma em território nacional. O aumento no número de faculdades médicas também foi evidenciado pelos participantes, que apontaram o segundo eixo do Programa, relativo à educação e à reestruturação na formação médica do país, como desnecessário.

Esse daí é só um programa para tirar vaga dos médicos brasileiros e fazer de conta que tem médico em regiões no meio do fim do mundo. Se tivesse infraestrutura mínima e pagasse direito, muito médico brasileiro gostaria de ir. Mas de que adianta ter um médico se não tem um raio-x, uma farmácia para fornecer remédios, não tem um serviço de referência, não tem nada? Médico não é curandeiro, não é Pagé, não é médium, não cura assim com imposição de mãos. (GF1.36a.masc.R3.Cirur.)

O PMM, criado a partir da lei federal nº 12.871 publicada em outubro de 2013<sup>79</sup>, tem seu fundamento nas diretrizes pedagógicas da Educação Permanente e objetiva o atendimento da população brasileira por meio dos serviços de Atenção Básica do SUS<sup>79,261</sup>.

Logo após a publicação das Leis Orgânicas que regulamentam o SUS, o Ministério da Saúde do Brasil lançou dois programas que podem ser considerados as primeiras políticas

sistemáticas de Atenção Básica (AB) no Brasil: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. A estratégia de implantação da Atenção Primária no SUS pode ser classificada como um método indutivo, no qual se buscou criar uma demanda por novos programas por meio de estímulos financeiros e de propaganda sobre o mérito sanitário das novas propostas. O PMM, iniciado em 2013, significou uma das continuidades das políticas de implementação da AB e uma forma de efetivar as novas DCN para os cursos de Medicina no país. Por meio de processo seletivo nacional, o Ministério da Saúde conseguiu, em dois anos, incluir mais de 18 mil profissionais no SUS e na AB, especialmente em regiões remotas com escassez extrema de assistência médica. Grande parte dos médicos estrangeiros, ao contrário da maioria dos médicos brasileiros, possuíam formação e experiência específica em Atenção Primária (AP) e Medicina de Família e Comunidade (MFC), à época<sup>78,79,255,261,277-280</sup>.

A pouca capacidade dos processos de gestão e de governabilidade das redes locais e o trabalho médico com metas centradas em procedimentos parecem ter influenciado a percepção das entidades médicas, além dos médicos tradicionalistas, com relação ao PMM. A decisão de contratar médicos estrangeiros especializados na AP e na MFC recebeu críticas das representatividades médicas brasileiras. Este modelo propiciou uma redefinição da relação entre a classe médica e o SUS, o que se fez presente nas decisões de reorientação da formação médica presente nas DCN de 2001 e 2014<sup>4,78,79,84,255,261,277-280</sup>.

Os autores Aluisio G. da Silva Junior e Henrique S. de Andrade<sup>77</sup>, pesquisadores do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, em publicação de 2016, refutam as críticas a respeito da formação adequada dos profissionais de saúde, em especial dos médicos para a Atenção Primária em Saúde (APS). De acordo com esses pesquisadores, o Programa busca “alternativas que modifiquem o perfil de formação e que incentivem a interiorização dos médicos” a partir de alterações curriculares nos cursos de graduação a fim de alcançar a expansão na quantidade de profissionais formados<sup>77</sup>.

[...] abriu um monte de faculdade sem qualificação nenhuma [...]. Acho que deviam fechar a maioria das faculdades que abriu nessa época. Só formam pessoas que nem médicos deveriam ser, não sabem fazer uma anamnese, um diagnóstico, uma prescrição direito, uma evolução. Tudo é virose e tudo é dipirona. Você vê isso nos posts {postagens em redes sociais} e reportagens que criticam médicos. De onde eles tiram isso? Do que a população vive. (GF2.28a.masc.R2.Clin.)

Em 2019, foi publicada uma pesquisa realizada com estudantes de Medicina em Instituições Federais de Ensino Superior da Região Nordeste, com vistas a compreender as representações sociais sobre o trabalho na Atenção Básica no contexto da implantação das DCN e do PMM<sup>78</sup>. Os autores Felipe P. de Oliveira et al.<sup>78</sup>, do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba e da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, em publicação de 2019, ressaltaram que a maioria dos alunos de sua pesquisa reconhece a prevenção como o principal lócus para os cuidados médicos. Destacam, ademais, a diferença entre o perfil dos estudantes de escolas tradicionais daqueles de escolas criadas após a publicação das DCN e do PMM. Nas tradicionalistas, existe uma representação social mais elitista e mais crítica com relação ao PMM, em consonância com os resultados dos grupos focais da atual pesquisa. Essa percepção parece estar relacionada à pouca vivência dos estudantes em APS e Clínicas da Família e de uma visão elitizada por parte do corpo docente que possui pouco conhecimento a respeito do SUS, e integram uma geração de médicos formada antes da sua implementação<sup>78</sup>.

Além das críticas ao primeiro e ao segundo eixos, o terceiro eixo do Programa, relativo à melhoria da infraestrutura das redes de Atenção Básica à Saúde, foi comentado nos grupos focais. De uma forma sucinta, as possíveis explicações para essas percepções negativas são: a experiência tardia ou inexistente, de grande parte dos participantes, na Atenção Básica, na Clínica da Família e no PMM; a dificuldade em vivenciar a resolutividade e impacto positivo do Programa nas comunidades mais carentes de atenção em saúde; e os contextos sociais dos participantes, uma vez que muitos deles são oriundos de escolas médicas tradicionais de um grande centro urbano brasileiro, bem como de instituições consideradas elitistas. Outrossim, os médicos-residentes parecem desconhecer que o Programa Mais Médicos (PMM) tem conseguido alcançar seus objetivos de reduzir as desigualdades no acesso à Atenção Primária em Saúde (APS). Depois do Programa, o número de municípios com escassez de profissionais da APS reduziu mais de 30%, contribuindo para atenuar as desigualdades de acesso à saúde em todo país<sup>78,255,277-280</sup>.

### 3.3.3.9 Categoria pós-analítica *Entidades de Classe*

Os participantes da atual pesquisa consideraram as autarquias regionais e a federal como instituições com objetivos lucrativos, incapazes de defender o exercício da Medicina,

bem como de ações pouco eficientes em promover o aprimoramento científico de seus associados. Outrossim, identificaram conflitos entre entidades médicas no que tange às informações sobre saúde fornecidas para a população durante a pandemia a Covid-19.

Entidades de Classe tipo o CFM e o CREMERJ? São sugadoras de dinheiro do médico, são um ralo por onde nosso dinheiro vai embora sem sentido. (GF1.36a.masc.R3.Cirur.)

As associações profissionais têm, por objetivo básico, a promoção dos interesses e a normatização de uma determinada profissão em benefício do interesse público. No Reino Unido, os órgãos profissionais são organizações que agrupam indivíduos que praticam uma mesma profissão, onde supervisionam o conhecimento, as habilidades, a prática e a conduta dos profissionais, neste país, o General Medical Council (GMC), fundado em 1858, é o órgão público que mantém o registro oficial dos médicos. Sua principal responsabilidade é proteger, promover e manter a saúde e a segurança do público, controlando a entrada no registro médico e suspendendo ou removendo membros quando necessário. Ele também define os padrões para as escolas de Medicina no Reino Unido<sup>281</sup>. Nos EUA, fundada em 1847, a American Medical Association (AMA) representa quase duzentas sociedades médicas estaduais e especializadas, as quais mantém os registros oficiais dos médicos no país. Tem como objetivo promover a ciência médica e a melhoria da saúde pública. Para tanto, a AMA empenha-se em representar os médicos de forma unificada nos tribunais e órgãos legislativos dos EUA, remover obstáculos que interferem no atendimento ao paciente, liderar a tarefa de prevenir doenças crônicas e impulsionar a ciência a fim de enfrentar os maiores desafios nos cuidados de saúde da população estadunidense<sup>282</sup>.

No Brasil, os conselhos de classe profissional da área da saúde foram criados por lei e têm personalidade jurídica de direito privado com delegação do poder público<sup>275,283</sup>. São autarquias organizadas com um conselho federal e, em cada estado da federação, um conselho regional, e este tem o dever legal de zelar pelo interesse público, efetuando a supervisão qualitativa, técnica e ética do exercício das profissões liberais. Na área da saúde, existem os conselhos de classe profissional, abrangendo a maior parte das categorias profissionais da saúde e o bem-estar das pessoas. Os conselhos estão reunidos no Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS)<sup>283,284</sup>.

As Entidades de Classe como o Conselho Federal de Medicina (CFM), os Conselhos Regionais e as organizações de especialidades médicas são responsáveis, no Brasil, as quais devem estar compromissadas em defender a boa prática médica e, ao mesmo tempo,

garantirem a defesa da saúde da sociedade por meio de políticas dignas e competentes<sup>276,285</sup>. As concepções dos grupos focais a respeito das Entidades de Classe foram evocadas a partir de um questionamento contido no roteiro, enquanto, nas entrevistas, essa temática emergiu de forma espontânea. O conselho regional citado pelos participantes foi o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), uma vez que exercem sua profissão no Estado.

Outrossim, se identificou conflitos entre as informações sobre saúde fornecidas pelas entidades médicas para a população durante a pandemia de coronavírus (Covid-19). Os participantes relataram que essas divergências entre as sociedades de especialidades, os Conselhos Regionais e o CFM, no que se refere às orientações oferecidas para os médicos e para o público em geral, podem ter causado prejuízo à saúde da população e à visão que as pessoas leigas possuem a respeito dos profissionais de saúde.

Quem acompanha o Instagram do CREMERJ e do CFM vê que é uma bagunça, vê como foi na pandemia. As sociedades de classe orientando condutas, o CFM desmentindo, uma confusão. O pior é que isso dá brecha para outros profissionais fazerem coisas que são da Medicina, porque os conselhos deles fazem pelo interesse deles, trabalham por eles. (GF2.28a.masc.R2.Clin.)

Divergências entre as sociedades de especialidades, os conselhos regionais e conselhos federais das profissões da área da saúde, no que se refere às orientações oferecidas para seus associados e para o público em geral, são capazes de causar prejuízo à população e à visão que esta possui a respeito dos profissionais de saúde<sup>283,284,286</sup>.

### **3.4 Os primeiros anos do exercício profissional médico na consolidação da Identidade Médica**

Os primeiros anos do exercício profissional são considerados essenciais na consolidação da Identidade Médica, seja pela experiência supervisionada na residência, pela aprendizagem informal fora do ambiente universitário ou pela responsabilidade adquirida pelo exercício da profissão sem o acompanhamento de docentes / preceptores ou colegas mais experientes. Além disso, são primordiais na transição entre a expectativa idealizada sobre a Medicina para a realidade da prática médica.

As minhas experiências como recém-formada foram interessantes [...]. Eu acho que você vai aprendendo, na faculdade, como ser um médico diante de um paciente, a saber quando reagir, quando se impor, quando falar, quando calar, quando pedir um exame, como propor uma terapêutica [...] sabe? Acho que o acadêmico, o estudante de Medicina, vai muito no embalo da teoria, ele vai muito metódico naquilo que ele aprendeu que deve fazer. Aí, quando se forma, vai criando o feeling, vai sentindo todo o atendimento em si, sobre o que deve perguntar mesmo, o que é importante de verdade, olhar o paciente como um todo e não como aquele perfil que o livro ensina pra a gente. A gente só aprende a ser médico depois que se forma mesmo. (P8.29a.fem.R3.Clin.)

A aprendizagem informal com colegas mais experientes é percebida como uma atitude de altruísmo quando médicos que não são docentes / preceptores universitários se dispunham a exercer a função e a aceitarem a demanda de ensinar condutas e/ou procedimentos aos recém-formados. Além disso, este ensino pareceu promover uma modelagem de papeis no sentido de os médicos-residentes sentirem necessidade de reproduzirem o mesmo comportamento quando ou se estiverem em situação de supervisores de colegas menos experientes.

[...] eu fiquei lá toda a pandemia nesse hospital e até hoje, porque acho que quem colocou aquilo lá no meu caminho foi Deus, porque eu tenho muito carinho por esse lugar. Não é perfeito, não é isento de problemas, porque nenhum lugar é, sempre tem problemas. Mas eu quero continuar enquanto eles me quiserem, porque eu quero ter a oportunidade de ajudar outros colegas como me ajudaram [...]. Eles não precisavam fazer aquilo, não eram pagos pra isso, mas realmente aprendi a prática da Medicina com eles, eu cresci e aprendi muito lá. (P5.29a.fem.R2.Clin)

A responsabilidade junto aos pacientes foi considerada como um reforço positivo para a consolidação da IM, apesar de ser apontada como desproporcional ao tempo de formado que o médico possui. Nesse sentido, a RM apresenta-se como um local onde essa autonomia pode ser desenvolvida de maneira mais saudável e menos traumática. Os profissionais que não geram essa convivência saudável com o paciente tendem a desenvolver uma IM não saudável. Conseqüentemente, oferecem uma assistência deficitária no que se refere à saúde da população, tornando-se um profissional distante e sem empatia para com seus pacientes<sup>8,14,26,67,68,158</sup>. O contato com os pacientes e a responsabilidade inerente à essa experiência é considerada enriquecedora. Essa autonomia decorre do sentido de desenvolver a capacidade de decidir condutas sem supervisão, de obter a confiança plena do paciente, além de estimular o aprendizado continuado.

Você se descobre médico mesmo é quando está sozinho num plantão, você descobre que médico você é de verdade quando só está você e o paciente, sem preceptor, sem professor. Aí você escuta as palavras dos professores na sua cabeça e cria sua própria forma de atuar. (P11.26a.fem.R1.Cirur.)

A Residência Médica (RM) foi considerada uma transição favorável entre *ser interno* e *ser médico* porque ofereceu oportunidades de aprendizado de uma especialidade, de exercício profissional supervisionado e de divisão de responsabilidades com os docentes / preceptores, apesar de disponibilizar poucos direitos trabalhistas. Esse limbo entre o *médico formado* e o *especialista em formação* foi considerado positivo pelos participantes desta pesquisa, assim como a dinâmica oferecida pelos atores sociais envolvidos na RM<sup>8,67,68</sup>.

Todavia, nas reflexões acerca da RM, estão questões importantes sobre o ensino médico e sobre a educação superior brasileira, como a autonomia universitária, as relações entre a RM e o sistema de pós-graduação, o mercado de trabalho, os limites da especialização médica e a necessidade de produção de conhecimento científico na área<sup>8,69,70</sup>.

Contrariando o que é descrito pela maioria dos artigos sobre RM no país, o ambiente educacional do Hospital Universitário (HU) onde a pesquisa foi realizada caracterizou-se como positivo por oferecer uma dinâmica saudável entre aprendizagem e trabalho supervisionado. Além disso, esse ambiente educacional positivo promoveu uma modelagem de papéis favorável nos médicos-residentes no sentido de auxiliarem os colegas menos experientes na prática médica, sejam internos ou outros residentes<sup>8,72,76,78</sup>.

Do ponto de vista psicológico, a RM demonstrou-se um local de promoção da competência, da autoconfiança e da segurança no exercício profissional, em dissonância com a literatura, que demonstra que a maioria das RM brasileiras oferece um ambiente de aprendizado e de convivência profissional negativos<sup>8,14,26,57,158,170</sup>.

Entretanto, os efeitos prejudiciais na qualidade de vida pessoal dos médicos e na relação com os pacientes foram associados com o número excessivo de horas dedicadas a alguns Programas de Residência Médica (PRM), especialmente os cirúrgicos, somado às horas dedicadas a plantões externos à RM. Essa excessiva carga horária total de trabalho é necessária, de acordo com os participantes, para a complementação da renda financeira uma vez que o valor pago pela Bolsa de RM é considerado insuficiente para a subsistência. Estes fatores causam um aumento do desgaste físico, do estresse psicológico e promovem uma maior incidência de morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. Os efeitos desfavoráveis da RM descritos estão em consonância com a literatura pesquisada a respeito dos primeiros anos de exercício profissional do médico<sup>8,14,26,57,158,170</sup>.

A aprendizagem fora do ambiente acadêmico constitui-se em um ambiente mais hostil, de acordo com os participantes. Essa hostilidade é traduzida nas atitudes que exteriorizam a falta de receptividade, de empatia e de tolerância com a inexperiência

profissional dos recém-formados. Os poucos colegas mais experientes desses ambientes, externos à academia e à RM, que se dispuseram a compartilhar conhecimento e exercer uma função extraoficial de preceptoria foram considerados como profissionais altruístas e com condutas éticas que devem ser reproduzidas. Esse profissionalismo ensinado informalmente relaciona-se de forma intrínseca com a assimilação de um conjunto de regras e comportamentos que são reproduzidos pelos graduandos e pelos recém-formados. Isso acontece tanto com as boas experiências de aprendizado quanto com as más, ficando no encargo do caráter e da personalidade do recém-formado a necessária função de interromper um ciclo negativo de aprendizagem informal de uma geração para a outra de profissionais<sup>8,14,26,57,158,170</sup>.

[...] acho que a maioria não sente que tá preparado para formar, sabe? Então, a faculdade vai mudando algumas pessoas, para o lado bom e para o lado ruim [...]. A residência meio que faz isso, você já tem seu CRM, você não é totalmente responsável pela conduta, é um meio termo, é tipo um internato com mais responsabilidade. (GF2.30a.fem.R1.Clin.)

[...] eu gostaria de falar que esse início da vida profissional da gente, essa trajetória profissional inicial do médico, pode ser bastante decisiva no que a gente vai fazer dali pra frente, acho que muitos colegas mais experientes ou preceptores não imaginam a importância deles para quem é recém-formado. (P2.28a.masc.R3.Cirur.)

Essa transição entre a tutela e a independência, que foi considerada mais confortável, durante RM, não parece acontecer no início do exercício profissional fora do âmbito acadêmico. Os participantes relataram que desenvolveram uma expectativa de que os colegas mais experientes seriam responsáveis por orientarem colegas recém-formados. Entretanto, essa demanda informal não parece ter sido bem aceita por alguns profissionais com os quais os participantes conviveram, gerando um ambiente de incerteza e insegurança, além de um clima negativo diante da atuação profissional para os próprios entrevistados.

[...] acho que, para um recém-formado, pode ser perigoso, porque eu me formei e recebi um monte de ofertas de plantão. E ninguém procurava saber se você era capacitado para atuar naquela área, ninguém está disposto a te ajudar, você precisa dar seu jeito. (P9.32a.masc.R3.Clin.)

Essas experiências profissionais longe de um ambiente acadêmico ou da Residência Médica, apesar de serem consideradas mais difíceis e desafiadoras, foram encaradas como fundamentais para o amadurecimento como profissional. Isso se deve ao fato de o médico trabalhar o mesmo período de tempo, ou mais, que na RM sem nenhuma supervisão, sem a

divisão de responsabilidade com os docentes / preceptores e sem nenhum vínculo ou direito trabalhista.

[...] era nesses plantões que eu fiz sozinho que eu entendi que médico eu queria ser, como eu queria tratar do paciente, como eu lidava com a enfermagem [...]. Então, acho que esse tempo dando plantão sem ser residência me fez descobrir a mim mesmo, entende? (P9.32a.masc.R3.Clin.)

Ademais, os participantes expuseram que os primeiros anos do exercício profissional foram fundamentais para corroborar a percepção de que, na Medicina, não é possível constituir família, participar de vida social com amigos e vivenciar experiências enriquecedoras para uma vida plena e feliz ao mesmo tempo que se usufrui de uma carreira financeiramente estável devido à excessiva carga horária necessária para que se possa dedicar à especialização escolhida. Em resumo, para o médico alcançar uma boa condição financeira e estabilidade profissional será necessário abdicar de fatores relacionados ao bem-estar pessoal, inclusive à própria saúde física e emocional.

[...] o curso médico me trouxe três coisas. Primeiro, confirmou que eu teria uma vida confortável financeiramente. Segundo, uma grande responsabilidade. Depois, me ajudou a enxergar dentro de mim e perceber o quanto eu poderia acrescentar na vida dos outros sendo médica. Então, é ter dinheiro e ajudar os outros. A gente, o médico mesmo, a gente nem existe ou fica em último lugar. (P12.26a.fem.R1.Cirurg)

De uma maneira geral, o exercício profissional dos recém-graduados promove uma adequação das expectativas com relação à profissão, concretizando algumas e extinguindo outras. Entretanto, existem poucos espaços que oferecem oportunidade de reflexão sobre a própria prática profissional. Em consonância com esta observação, Benedetto e Gallian<sup>170</sup> descrevem, em artigo de 2018, que, a respeito disso, os estudantes e médicos recém-formados possuem pouco tempo e oportunidade para “pensar, refletir e organizar o caos que tantas vezes assoberba suas mentes. Certamente, a formação adequada na área da saúde exige a capacidade de reflexão, essencial ao enfrentamento das adversidades e incerteza inerentes à prática diária”<sup>170</sup>.

Os participantes desta pesquisa demonstraram, por meio de seus relatos, a importância da RM como uma transição mais suave e menos hostil entre o fim do internato e o início da vida profissional propriamente dita. A percepção positiva sobre a RM não é compartilhada com a literatura pesquisada. Essa divergência pode ser explicada pelo fato de esta pesquisa ter sido realizada com residentes de um único HU, apesar de os participantes

serem oriundos de diferentes PRM, o que poderia minimizar esse viés. A realidade profissional percebida nos primeiros anos do exercício da Medicina foi considerada, pelos participantes, como geradora de maturidade pessoal e profissional e capaz de consolidar a IM formada durante a graduação.

Eu só percebi que sou mesmo médica e que médica eu posso escolher ser depois que me formei, nesse tempo como formada. Antes, eu só ia fazendo mais ou menos como eu via. Hoje, eu sei a minha forma de fazer, eu sei a minha maneira de conduzir um caso, como eu gosto de fazer, como eu acho certo [...] acho que, só depois desse tempo formada que eu fui entender que tipo de médica eu sou de verdade. (P1.31a.fem.R2.Clin.)

### 3.5 Diretrizes Curriculares Nacionais e a Identidade Médica

Este último item dos resultados e da discussão tem como objetivo relacionar a Identidade Médica construída por médicos recém-graduados com o perfil de médico preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. Por isso, nesta categoria, foram incluídos os conteúdos dos grupos focais relativos à percepção dos participantes a respeito das DCN para os cursos de graduação em Medicina no país. Esse tema não emergiu de forma espontânea, foi evocado a partir de um questionamento contido no roteiro dos GF. Outrossim, alguns conteúdos de entrevistas foram incluídos nessa categoria porque versavam sobre como o curso de graduação interferiu na formação médica dos entrevistados no que tange a tópicos relevantes e mais relacionados com as DCN do que com outras temáticas descritas anteriormente nos resultados desta tese.

Existe um conjunto de expectativas da sociedade que são traduzidas pelas DCN e que se somaram àquelas que os profissionais colocam sobre si mesmos, já discutidas no item 3.5 desta tese. Este somatório de perspectivas entra em conflito com as realidades com as quais se deparam no cotidiano da profissão.

Puxa, professora! Se fosse prova oral, a gente zerava [...] quem deve saber sobre essas diretrizes de currículo é o pessoal do DABB {Diretório Acadêmico Benjamin Baptista}, eles que vivem participando dessas coisas. A gente nem fica sabendo de nada. (GF2.27a.fem.R2.Cirurg.)

A formação do profissional médico é um requisito para a qualidade da saúde oferecida à população e é um dos enfoques de instituições nacionais e internacionais responsáveis pelas

normativas relacionadas com a saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), entre outras<sup>46,287</sup>.

Na década de 90, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em conjunto com a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), com o Conselho Federal de Medicina (CFM), com a Associação Nacional dos Docentes da Educação Superior (ANDES) e com outros atores sociais, representando os melhores interesses dos usuários do sistema público de saúde, da população em geral e das instâncias governamentais, iniciaram um processo de avaliação e de formulação de mudanças para a educação médica brasileira, que culminou na estruturação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina de 2001 e 2014<sup>4,46,84,190,287</sup>.

Embora tantas instituições de ensino, comissões estudantis e Conselhos médicos estivessem envolvidos na formulação, organização e implementação das DCN, essa participação ocorreu mais nos âmbitos sociais representativos do que na prática acadêmica das instituições consideradas tradicionais<sup>46,287</sup>.

Os resultados desta pesquisa demonstraram que médicos-residentes desconhecem o que são as DCN e a função dessas regulamentações em sua formação como profissionais. Essa falta de conhecimento dificulta a compreensão das expectativas da sociedade, dos cursos médicos e das instâncias governamentais, porque as Diretrizes traduzem grande parte das expectativas dos atores sociais como as esferas governamentais e as instituições de ensino<sup>46,190,253,287</sup>.

O desconhecimento das DCN é comum aos estudantes de graduação e médicos recém-formados brasileiros<sup>46,190,253,287</sup>. Em escolas médicas estadunidenses e inglesas, por exemplo, o estudante sabe o que a sociedade espera dos egressos de suas instituições de ensino médico. Nos EUA, a sociedade possui a cultura de que o médico é um profissional liberal e que seus serviços são acessados por meio dos convênios e seguros de saúde ou por meio de consultas particulares. No Reino Unido, a sociedade culturalmente procura o National Health System (NHS), que é custeado pelos impostos pagos pela população e oferece medicamentos e assistência médica gratuitos ou de custo mais baixo para os residentes legais<sup>7,9,24,27</sup>.

As DCN, instituídas em 2001 e em 2014, devem servir de orientação para a organização curricular, para a “organização, desenvolvimento e avaliação” dos Cursos de Medicina e para “os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em Medicina” do país<sup>4,84</sup>.

A percepção a respeito das DCN, quando existe, é equivocada e se baseia apenas no conceito de organização curricular dos cursos de graduação em Medicina.

Essas diretrizes são para a faculdade montar o currículo. Servem para os professores saberem o que dar nas aulas. Essas alterações do currículo que tivemos há uns anos foi por causas dessas diretrizes, né? A faculdade estava defasada e montou um novo currículo. Um monte de faculdades tem feito isso. (GF3.26a.fem.R2.Cirur.)

No Brasil, a sociedade pode acessar os serviços de saúde por diversos meios, seja privado (particular e/ou saúde suplementar) ou público, o que exige diferentes perfis de atuação profissional dos médicos brasileiros. Assim, os recém-formados estão expostos à uma variedade de exigências de acordo com o sistema de atuação que, em alguns casos, entram em conflito as premissas das DCN. Quando o profissional desconhece o que a sociedade espera dele, as discrepâncias entre as expectativas criadas e o exercício profissional são maiores, causando sofrimentos emocionais e conflitos identitários nos médicos<sup>26,27,46,76,77,85,253,287</sup>.

Outra temática importante que emergiu dos conteúdos das entrevistas e dos grupos focais desta pesquisa foi a desumanização da Medicina e dos médicos e o direcionamento para formação especializada e focada nos serviços privados em saúde que os participantes relataram perceber no ensino médico. Essa característica está muito presente nas escolas que possuem um ensino considerado tradicional e que ainda mantem suas bases no modelo flexneriano centrado no profissional médico e no hospital de referência<sup>1,21,22,170,190</sup>.

No início da graduação, os estudantes possuem um perfil mais humanista, reflexivo, crítico e com vistas à saúde integral do ser humano. Ao longo do curso, são desestimulados em manter esse perfil e incitados a considerar o usuário do SUS como um problema a ser resolvido e a focarem na recuperação da saúde sem levar em conta a promoção, a prevenção e a reabilitação. Escolas com currículos mais modernos com base nas Diretrizes de 2001 e 2014 tendem a apresentarem egressos mais comprometidos com a transversalidade da prática, a determinação social do processo de saúde-doença, a responsabilidade social e a capacidade de solucionar os desafios que se apresentam à prática profissional<sup>1,46,76,77,170,190,253,287</sup>.

Acho que muitos colegas acabam se formando com uma visão desumanizada, porque a faculdade desumaniza o paciente. O paciente não é mais um ser humano, é só um problema a ser resolvido. (P4.25a.masc.R2.Clin.)

O perfil de profissional esperado pelas DCN é de médicos generalistas com foco em especialidades-raiz (pediatria, cirurgia geral, clínica médica, gineco-obstetrícia e saúde pública)<sup>46,76,77,170,190,253,287</sup>.

Apesar disso, segundo Maria Alexandra de C. Meireles et al.<sup>46</sup>, da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, Ponte Nova, Minas Gerais, em publicação de 2019, os discentes dos cursos médicos têm uma baixa intensão de desenvolverem sua formação acadêmica voltada para a Atenção Primária, além de possuírem conhecimentos rasos sobre essa temática. Dessa forma, as DCN parecem ter alcançado muito pouco os objetivos propostos<sup>46</sup>.

Em contrapartida, se percebe um desestímulo do *perfil DCN* de médico durante o curso de graduação ao mesmo tempo que se agregam os problemas de infraestrutura e remuneração de profissionais do SUS, incentivando progressivamente a evasão de médicos do serviço público. Apesar de 67% dos médicos brasileiros com menos de 25 anos trabalharem exclusivamente no SUS, essa não é uma realidade dos médicos com mais de dez anos de formados, onde essa porcentagem cai para 21,5%<sup>42</sup>.

O processo de formação médica das escolas tradicionais brasileiras ainda não é capaz de abordar de forma eficaz o papel social do médico na coletividade moderna e a necessidade de formação de médicos generalistas, o que culmina com a formação identitária voltada à multiplicidade de especialidades bem como aos serviços privados de saúde<sup>1,21,22,46,76,170,190,253,287</sup>.

A compartimentalização do conhecimento, comum nas escolas tradicionais, facilita o acesso aos saberes técnicos, porém dificulta a interconexão entre as diferentes disciplinas e competências. Os cursos tradicionais apresentam uma histórica fragmentação do currículo com disciplinas atreladas a departamentos, sem transversalidade no ensino e sem integração entre as práticas em saúde além de enfatizarem em aulas expositivas e em aulas práticas centradas no professor, com a persistência de avaliações escritas punitivas baseadas na memorização sem avaliação de habilidades, especialmente nos quatro primeiros anos<sup>22,46,190,287</sup>.

As questões relacionadas à integralidade da assistência em saúde, a responsabilidade social e a promoção da saúde integral do ser humano são características que a sociedade e os pacientes esperam que o médico possua. Contudo, os médicos-residentes encontram obstáculos para realizarem um atendimento conforme o perfil preconizado pelas DCN, seja devido à formação médica que obtiveram ou seja devido à problemas relativos ao próprio funcionamento atual do SUS.

[...] eu acho que os pacientes esperam um conforto, esperam que eu seja capaz de resolver aquilo que foi o motivo de ele procurar um médico, seja uma dúvida de saúde tipo coisa básica seja depois que ele já não tem como curar, ele quer que

... você resolva [...]. Mas a gente só é ensinado na questão do diagnóstico e tratamento, como se essa fosse a única função do médico [...]. (P11.26a.fem.R1.Cirurg.)

... se para aliviar o sofrimento dele, eu preciso explicar e tranquilizar, é isso que eu vou fazer. Se é passar um remédio para dor, é isso que eu vou fazer [...]. Não tem espaço, no SUS, para o médico que quer atuar nesse processo de saúde e doença, que quer atender de maneira integral o paciente. Você tem que dar conta de um tanto por turno e problema seu se não der conta. (P4.25a.masc.R2.Clin.)

A formação técnica do médico, no que diz respeito ao artigo vinte e três da diretriz de 2014, que se refere aos conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina<sup>4</sup>, não representou um problema, na percepção dos participantes. Para eles, as dificuldades em cumprir o perfil exigido pelas DCN encontra-se relacionado à atuação no SUS.

Apesar de as diretrizes de 2001<sup>84</sup> e de 2014<sup>4</sup> estabelecerem um perfil de egresso com competências direcionadas prioritariamente para a atuação no SUS, os médicos-residentes que participaram desta pesquisa relataram que não receberam formação ou treinamento para esse tipo de atuação profissional.

... o curso meio que vai te preparando para a realidade que você vai encontrar quando se formar [...]. O curso foi desmistificando essa visão de médico pro SUS que eu tinha, eu entrei querendo ser médica do SUS. Acho que o curso tirou isso de mim, me mostrou que médico, no Brasil, precisa ser particular. (P8.29a.fem.R3.Clin.)

Foram encontradas grandes discrepâncias entre o que perfil de médico esperado pelos pacientes, pela população, pelas instituições de ensino e pelas instâncias governamentais, traduzido e descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais<sup>4,84</sup>, e o perfil que os médicos-residentes pesquisados apresentaram de si mesmos e de sua percepção sobre seus pacientes e sobre a sociedade. Essas diferenças entre o perfil preconizado pelas diretrizes e o perfil apresentado pelos participantes criam conflitos identitários entre o que se é esperado do recém-formado e o que este profissional apresenta como características fundamentais enquanto médico atualmente. Destacaram-se divergências de perfis, em especial, nos seguintes âmbitos:

- a) Perfil com característica humanística de ser capaz de atender de maneira integral o ser humano;
- b) Perfil com capacidade de realizar promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, seja por questões relacionadas à falta de infraestrutura no SUS ou à formação curricular do médico que é focada na

recuperação da saúde por meio do diagnóstico e instituição de um tratamento;

- c) Perfil de atuação profissional com foco nos serviços privados em detrimento da atuação no SUS.

Com o desconhecimento dos estudantes e médicos recém-formados a respeito das DCN e do perfil de profissional almejado pela sociedade, a IM construída pelos participantes desta pesquisa não parece estar, em sua maior parte, em acordo com o preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina de 2001<sup>84</sup> e 2014<sup>4</sup>. Isso pode ocasionar conflitos identitários nos médicos-residentes por não se sentirem capazes de oferecer o que seus pacientes necessitam ou por não se identificarem com o perfil exigido socialmente<sup>1,21,22,46,76,77,170,190,253,287</sup>.

### 3.6 Dificuldades operacionais

Os médicos-residentes são um público que possui uma carga horária de trabalho elevada e que costuma dificultar a disponibilidade para participarem de pesquisas que necessitem ser realizadas por meio de entrevistas e grupos focais. Os horários disponíveis não oferecem elasticidade em reunir pesquisadores e participantes nos locais de prática profissional, o que dificultou a realização das entrevistas e grupos focais.

Os grupos focais foram realizados de maneira presencial em agosto de 2022, em divergência à proposta inicial da pesquisa, de serem realizados após as entrevistas, que ocorreram de setembro a novembro de 2021, e com os mesmos participantes, uma vez que não foi possível conciliar os horários de pelo menos seis médicos-residentes de diferentes Programas de Residência Médica. A solução encontrada foi a realização dos grupos focais de maneira presencial após sessões clínicas de enfermarias clínicas e cirúrgicas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Separados uns dos outros seremos pontos de vista. Solidários, seremos união.

Juntos, alcançaremos a realização de nossos propósitos.

*Adolfo Bezerra de Menezes.*

As percepções dos médicos recém-graduados a respeito da formação da própria Identidade Médica (IM) evidenciam que há uma incongruência entre o que é preconizado nas DCN, a formação que é efetivamente oferecida nos cursos de medicina e o mercado de trabalho que eles encontram após estarem habilitados a exercer a profissão. Essa incongruência gera uma IM pouco saudável que é prejudicial ao exercício qualificado da profissão e gera sofrimento e insatisfação nos novos médicos.

A maioria das atuais pesquisas internacionais a respeito da construção da IM concentra-se no tripé dos fatores relacionados ao estudante, à experiência de ensino-aprendizagem na faculdade e ao que a sociedade apresenta em termos de expectativas do exercício profissional.

No que se refere aos fatores relacionados ao estudante, a construção da IM se faz influenciada em demasia pelas expectativas com relação ao médico que imaginam se tornar. Tem como base as percepções que experimentam desde tenra idade e que são formadas a partir da convivência com familiares médicos, com programas televisivos considerados *dramas médicos* e, em especial, com a própria idealização – por vezes extremamente irreal – da representação social do médico como um ser sobre-humano. Os mais complexos conflitos identitários se manifestam no internato, no início da vida profissional e na residência médica, onde o indivíduo experimenta a realidade da profissão e essas vivências reverberam nas fibras de suas expectativas, transmutando o mundo idealizado em uma realidade de sabor amargo para a maioria dos participantes. Alguns demonstram digerir bem esse impacto, outros sofrem em silêncio desenvolvendo transtornos psicológicos e físicos resultantes das intensas frustrações experimentadas.

Diante deste cenário, o papel dos docentes e dos preceptores emerge como fundamental, com a capacidade de mediar os conflitos identitários de seus alunos e construir ambientes acolhedores para a livre discussão a respeito da Medicina e do papel do médico atualmente. Outrossim, se conclui que a conduta ético-moral e as atitudes dos

professores diante dos pacientes e dos demais agentes sociais que compõem o ambiente acadêmico são capazes de modelar a IM nascente dos estudantes, de forma explícita ou tácita. Uma prática supervisionada valorosa e uma relação professor-aluno de qualidade despontam como propiciadores de um excelente ambiente educacional, que auxilia no processo de ensino-aprendizagem ativamente, tanto dos estudantes de graduação quanto dos médicos-residentes.

A influência da sociedade na formação da IM se faz representada pelas ações das instituições de ensino médico, pelos cenários de prática profissional, pelos pacientes e pela população acolhida na assistência em saúde, pela rede social de apoio aos estudantes e recém-formados e pelas políticas governamentais de saúde. Os cenários de prática profissional são representados pelo mercado de trabalho e pelos ambientes oferecidos pelos serviços públicos e privados, incluindo a saúde suplementar e das sociedades de classe. Todos estes atores sociais representam elementos que interferem positiva ou negativamente tanto na concepção de expectativas nos aspirantes a médicos quanto na transição entre a ideário e o concreto durante a graduação e a residência.

Os primeiros anos profissionais, para a maioria dos participantes, representaram um *choque de realidade* a partir da conversão do médico-imaginário em médico-real. A maioria das expectativas positivas parecem ser diluídas em um oceano de vivências negativas, cuja maré é capaz de carregar a ilusão para longe e trazer para próximo dos médicos-residentes um panorama factual e verossímil. A Residência Médica desponta como uma transição menos impactante entre *ser interno* e *ser médico*, quando se revela um ambiente de ensino-aprendizagem e de prática profissional salutar, com preceptores aptos a exercerem a função de educadores neste conturbado período de alvorada na carreira e da consolidação identitária dos médicos.

Ademais, se evidenciou que a grande maioria dos médicos recém-formados perde, durante o curso médico, as cores de um perfil humanístico preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais. O profissional que emerge após a formatura é tonalizado por matizes privatistas de saúde e afastadas das áreas essenciais da profissão, tais como Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia-obstetrícia e Saúde Pública. Não obstante, o profissional adentra o mercado de trabalho desenvolvendo conflitos identitários a partir da completa dissociação entre o médico idealizado, aquele com *perfil DCN* e o profissional que a realidade do cotidiano médico impõe.

Uma vez que a IM é construída ao longo da formação médica e influenciada por fatores relativos aos indivíduos, às instituições de ensino e à sociedade, o presente trabalho

tem a limitação de ter seu foco na percepção do indivíduo *médico-residente*. Não incluiu a visão do docente ou de outros atores sociais. Além disso, o recrutamento dos participantes foi feito em apenas um hospital universitário. Mesmo que os residentes sejam oriundos de diferentes instituições de ensino de graduação do Estado do Rio de Janeiro, os hospitais localizados em capitais proporcionam experiências diferentes daqueles situados no interior do país. Por outro lado, a pandemia de Covid-19 reduziu as oportunidades de entrevistas presenciais.

As principais contribuições desta tese referem-se à quantidade de fatores pesquisados simultaneamente, ao ineditismo de pesquisa deste teor no Brasil e ao correlacionamento dos conteúdos de entrevistas e de grupos focais com a literatura contemporânea nacional e internacional. Outrossim, ofereceu um olhar sobre temas atuais como o Programa Mais Médicos, a Lei do Ato Médico, a Pejotização e as mídias sociais na formação da IM, sinalizando uma necessidade de aprofundamento em futuras pesquisas nas temáticas citadas. Além disso, os resultados encontrados e as discussões empreendidas servem de substrato para auxiliar no desenvolvimento de políticas de Educação Médica com foco na formação identitária de seus alunos, uma vez que a maior parte dessa construção se dá no âmbito da graduação em Medicina.

De uma forma geral, foi possível, no decorrer desta tese, analisar, sintetizar e desvelar os fatores que constroem a IM na concepção de médicos recém-graduados. Tal como um fotógrafo transforma uma imagem latente registrada no filme fotográfico em uma imagem visível, se almejou, com esta tese, revelar e registrar a voz dos médicos-residentes que participaram desta pesquisa. Espera-se que estes resultados alcancem os agentes sociais envolvidos no processo de formação identitária dos médicos, tais como os próprios estudantes, os docentes e preceptores, as instituições de ensino e os demais atores envolvidos na Educação Médica. Tem-se a esperança de que esses atores encontrem, nas linhas aqui capturadas, subsídios que os auxiliem a empreender ações a fim de favorecerem a formação de uma IM mais saudável em benefício dos atuais e futuros médicos e da população por eles assistida, alcançando, assim os mais elevados propósitos coletivos desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Fernandes DAS, Taquette SR. Being a doctor in Brazil in the conception of medical students. *Research, Society And Development*. 2020;9(11):e74691110595.
2. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*. 2016;316(21):2214-36.
3. Guedes AF, Rodrigues VR, Pereira CDO, Sousa MD. Prevalência e correlatos da depressão com características de saúde e demográficas de universitários de Medicina. *Arquivos de Ciências da Saúde*. 2019;26(1):47-50.
4. Conselho Nacional de Educação (Brasil). Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 2014. [acesso em 15 out 2022]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)
5. Franco CAGDS, Cubas MR, Franco RS. Currículo de Medicina e as competências propostas pelas Diretrizes Curriculares. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2014;38(2):221-30.
6. Franco RS, Franco CAGDS, Portilho EML, Cubas MR. O conceito de competência: uma análise do discurso docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2014;38(2):173-81.
7. Matthews J, Bialocerkowski A, Molineux M. Professional identity measures for student health professionals – a systematic review of psychometric properties. *BMC Medical Education*. 2019;19(1):1-10.
8. Martins LAN. *Residência médica: estresse e crescimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
9. Adema M, Dolmans DHJM, Raat JAN, Scheele F, Jaarsma ADC, Helmich E. Social Interactions of Clerks: The Role of Engagement, Imagination, and Alignment as Sources for Professional Identity Formation. *Academic Medicine*. 2019;94(10):1567-73.
10. Barone MA, Vercio C, Jirasevijinda T. Supporting the Development of Professional Identity in the Millennial Learner. *Pediatrics*. 2019;143(3):e20183988.
11. Nunes ED, organizador. Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez Editora; 1989.
12. Woollard B, Boelen C. Seeking impact of medical schools on health: meeting the challenges of social accountability. *BMJ Medical Education*. 2012;46(1):21-7.

13. Machado MH. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.
14. Millan LR. Vocação médica: um estudo de gênero. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
15. Guimarães RGM. Que médico eu quero ser?: sobre a trajetória de jovens estudantes na constru o da identidade médica. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Funda o Oswaldo Cruz; 2007.
16. Adams K, Hean S, Sturgis P, Macleod Clark J. Investigating the factors influencing professional identity of first year health and social care students. *Learning in Health and Social Care*. 2006;5(2):55-68.
17. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolu o n  1.983/2012. Normatiza o CRM Digital para vigorar como cédula de identidade dos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina. *Diário Oficial da União, Brasília*, 22 mar. 2012.
18. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n  6.206 de 7 de maio de 1975. D  valor de documento de identidade às carteiras expedidas pelos órgãos fiscalizadores de exercício profissional e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 1975. [acesso em 15 out 2022]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6206.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6206.htm)
19. Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M, Silvares EFDM. A constru o da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 2003;8:107-15.
20. Stubbing E, Helmich E, Cleland J. Authoring the identity of learner before doctor in the figured world of medical school. *Perspectives on Medical Education*. 2018;7(1):40-6.
21. Ferreira MJM, Ribeiro KG, Almeida MM, Sousa MS, Ribeiro MTAM, Machado MMT. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a forma o. *Interface – Comunica o, Saúde e Educa o*. 2019;23(suppl.1):e170920.
22. Cândido PTDS, Batista NA. O internato médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um estudo em escolas médicas do estado do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Educa o Médica*. 2019;43(3):36-45.
23. Lovell B. 'We are a tight community': social groups and social identity in medical undergraduates. *BMC Medical Education*. 2015;49(10):1016-27.
24. Burford B, Rosenthal-Stott HES. First and second year medical students identify and self-stereotype more as doctors than as students: a questionnaire study. *BMC Medical Education*. 2017;17(1):1-9.

25. Matos MSD, Ferração CM, Rosa JCA, Bastos JA, Brandão PC. Primeiro Período de Medicina: Choque de Realidade e o Início da Construção da Identidade Médica. *Revista Psicologia e Saúde*. 2019;11(3):157-71.
26. Mello Filho J. *Identidade Médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
27. Logghe HJ, Rouse T, Beekley A, Aggarwal R. The Evolving Surgeon Image. *AMA Journal of Ethics*. 2018;20(5):492-500.
28. Volpe RL, Hopkins M, Haidet P, Wolpaw DR, Adams NE. Is research on professional identity formation biased? Early insights from a scoping review and metasynthesis. *BMJ Medical Education*. 2019;53(2):119-32.
29. Best S, Williams S. Professional identity in interprofessional teams: findings from a scoping review. *Journal of Interprofessional Care*. 2019;33(2):170-81.
30. Weissman SH. Additional suggestions for facilitating professional identity formation. *Academic Medicine*. 2015;90(6):697.
31. Hall S. *Da diáspora: identidades e mediações culturais*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2006.
32. Andery MAPA, Micheletto N, Sérgio TMAP, Rubano DR, Moroz M, Pereira MEM, et al. *Para Compreender a Ciência: uma perspectiva histórica*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2012.
33. Hall S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Tradução: Silva TT e Louro GL. 2ª ed. Rio de Janeiro: DP&A; 1998.
34. Holland D, Lachicotte W Jr, Skinner D, Cain C. *Identity and agency in cultural worlds*. 4ª ed. Massachusetts: Havard University Press; 2003.
35. Morin E. *Introdução ao Pensamento Complexo*. Tradução: Lisboa E. 5ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2015.
36. Dubar C. A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. *Cadernos de Pesquisa*. 2012;42(146):351-67.
37. Dubar C. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Portugal: Porto Editora; 2005.
38. Freidson E. *Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política*. São Paulo: EDUSP; 1998.
39. Peduzzi M. *Trabalho em equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientadas pelas necessidades de saúde dos usuários e da população [tese de livre docência]*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo; 2007.

40. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Editora Hucitec; 1993.
41. Quintaneiro T, Barbosa MLO, De Oliveira, MGM. Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber. 2ª ed revista e atualizada. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009.
42. Scheffer MC, Cassenote AJF, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA, et al. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP e CFM; 2020.
43. Hughes E. The Making of a Physician: General Statement of Ideas and Problems. *Human Organization*. 1955;14(4):21-5.
44. Boussard V, Tripier P, Dubar C. *Sociology of Professions*. 3ª ed. Paris: Armand Colin, 2011.
45. Winkel AF, Honart AW, Robinson A, Jones AA, Squires A. Thriving in scrubs: a qualitative study of resident resilience. *Reproductive Health*. 2018;15(1):1-8.
46. Meireles MAC, Fernandes CDCP, Silva LS. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2019;43(2):67-78.
47. Helmes-Hayes RC. Everett Hughes: theorist of the second Chicago school. *International Journal of Politics, Culture and Society*. 1998;11(4):621-73.
48. Nyberg A, Rajaleid K, Westerlund H, Hammarström A. Does social and professional establishment at age 30 mediate the association between school connectedness and family climate at age 16 and mental health symptoms at age 43? *Journal of Affective Disorders*. 2019;246:52-61.
49. Jannuzzi AM. Pejotização e parassubordinação: o direito do trabalho frente a esta nova realidade e os passivos trabalhistas, previdenciários pela caracterização da relação de emprego. *Revista Ltr: Legislação do Trabalho*. 2013;77(1):55-67.
50. Geri GV. Pejotização na área médica. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Direito] – Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC. Santa Catarina; 2017.
51. Coyer M. Medicine and Improvement in the Scots Magazine; and Edinburgh Literary Miscellany (1804–17). In: Benchimol A, McKeever GL. *Cultures of Improvement in Scottish Romanticism, 1707–1840*. New York: Taylor & Francis; 2018.
52. Strauman EC, Goodier BC. The doctor(s) in house: an analysis of the evolution of the television doctor-hero. *Journal of Medical Humanities*. 2011;32(1):31-46.
53. Green MJ. Comics and medicine: peering into the process of professional identity formation. *Academic medicine*. 2015;90(6):774-79.
54. Fiore MLM, Yazigi L. Especialidades médicas: estudo psicossocial. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005;18(2):200-6.

55. Draper C, Louw G. What is medicine and what is a doctor? Medical students' perceptions and expectations of their academic and professional career. *Medical Teacher*. 2007;29(5):e100-7.
56. Machado CDB, Wuo AS. Processo de socialização na formação identitária do estudante de Medicina. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2019;17(2):e0020840.
57. Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, De Arruda PCV. *O Universo Psicológico do Futuro Médico*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
58. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. *Academic Medicine*. 2015;90(6):718-25.
59. Lewin LO, McManamon A, Stein MT, Chen DT. Minding the form that transforms: using Kegan's model of adult development to understand personal and professional identity formation in medicine. *Academic Medicine*. 2019;94(9):1299-304.
60. Hafferty FW. What medical students know about professionalism? *Mount Sinai Journal of Medicine*. 2002;69:385-97.
61. Duan X, Ni X, Shi L, Zhang L, Ye Y, Mu H, et al. The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: the mediating role of social support. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1):93.
62. Hwong AR, Sah S, Lehmann LS. The Effects of Public Disclosure of Industry Payments to Physicians on Patient Trust: A Randomized Experiment. *Journal of General Internal Medicine*. 2017;32(11):1186-92.
63. Todhunter S, Cruess SR, Cruess RL, Young M, Steinert Y. Developing and piloting a form for student assessment of faculty professionalism. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*. 2011;16(2):223-38.
64. Genn JM. AMEE Medical Education Guide no. 23 (part 1): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education – A unifying perspective. *Medical Teacher*. 2001;23(4):337-44.
65. Guimarães AC, Falbo GH, Menezes T, Falbo A. Percepção do Estudante de Medicina acerca do ambiente Educacional utilizando o DREEM. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2015;39(4):517-26.
66. Latour B. *Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede*. Salvador: Edufba; 2012.
67. Blouin D. Impact of interpersonal relations on learning and development of professional identity: A study of residents' perceptions. *Emergency Medicine Australasia*. 2018;30(3):398-405.

68. Chow CJ, Byington CL, Olson LM, Ramirez KPG, Zeng, S, López AM. A Conceptual Model for Understanding Academic Physicians' Performances of Identity: Findings From the University of Utah. *Academic Medicine*. 2018;93(10):1539-49.
69. Barbosa H. A residência médica no Brasil. *Residência Médica*. 1984; 6(1/2):2-12.
70. Bevilacqua RG. *Residência médica: uma visão pluridimensional*. São Paulo: Estudos FUNDAP Residência Médica; 1984.
71. Hossne WS. *Vale a pena ser médico?* São Paulo: Editora Moderna; 1986.
72. Feuerwerker LCM. *Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Rede Unida; 1998.
73. Brasil. Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. Decreto nº 80.281. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, 1977. [acesso em 05 jul 2022]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-normaatualizada-pe.pdf>
74. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, 1981. [acesso em 15 out 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6932.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm)
75. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. [acesso em 05 jul 2022]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>
76. Silva Jr AG, Andrade HS, Alexandre GC, Mello Alves MG, Reis Costa B. Oferta de vagas de graduação e residência médicas no estado do Rio de Janeiro a partir do Programa Mais Médicos (2013-2015). *Gestão e Sociedade*. 2016;10(26):1347-59.
77. Silva Jr AG, Andrade HS. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2670-1.
78. Oliveira FP, Araújo CA, Torres OM, Figueiredo AM, Souza PA, Oliveira FA, et al. O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade. *Interface (Botucatu)*. 2019;23(1):e180008.
79. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasil, 2015. [acesso em 05 jul 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm).

80. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2007;11:624-7.
81. Grosseman S, Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008;32(3):301-8.
82. Rocha BV, Gazim CC, Pasetto CV, Simões JC. Relação médico-paciente. *Revista do Médico Residente*. 2011;13(2):114-8.
83. Stock FS, Sisson MC, Grosseman S. Percepção de estudantes de Medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012;36(1):5-13.
84. Conselho Nacional de Educação (Brasil). Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2001. [acesso em 05 jul 2022]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
85. Barreto MAM, Reis CN, Miranda IB, Jardim LCR, Teixeira MP. Ser médico: o imaginário coletivo de estudantes de Medicina acerca da profissão de médico. *Cadernos UniFOA*. 2009;4(11):73-6.
86. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. História do HUGG-UNIRIO [homepage na internet]. [acesso em 05 jul 2022]. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hugg-unirio/nossa-historia>.
87. Hoirisch A. O Problema da Identidade Médica [tese de Concurso para Professor Titular de Psicologia Médica]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; 1976.
88. Machado MDMBC, Sampaio CA, Macedo SMD, Figueiredo MFS, Rodrigues JF, Lopes IG, Leite MTDS. Reflexões e significados sobre competências docentes no ensino médico. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)*. 2017;22:85-104.
89. Zimmermann MH, Silveira RMCF, Gomes RZ. O professor e a arte de avaliar no ensino médico de uma universidade no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2019;43(3):5-15.
90. Lima-Gonçalves E. Médicos e Ensino da Medicina no Brasil. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002.
91. Chaves LJ, Gonçalves ECQ, Ladeira LR, Ribeiro MS, Costa MB, Ramos AADM. A tutoria como estratégia educacional no ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2014;38(4):532-41.
92. Associação Brasileira de Educação Médica. Queremos ouvir você sobre violência na educação médica [homepage na internet]. [acesso em 05 jul 2022]. Disponível em:

<https://website.abem-educmed.org.br/queremos-ouvir-voce-sobre-violencia-na-educacao-medica/>

93. Hansen SE, Mathieu SS, Biery N, Dostal J. The Emergence of Family Medicine Identity Among First-Year Residents: A Qualitative Study. *Family Medicine*. 2019;51(5):412-9.
94. Lüdke M, André MEDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU; 1986.
95. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2008.
96. Taquette SR, Borges L. *Pesquisa qualitativa para todos*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2020.
97. Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*. 1995;29(4):318-25.
98. Fundação de Apoio a Pesquisa, Ensino e Assistência à Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e ao Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Edital do Processo Seletivo Discente Programa de Residência Médica – HUGG / 2021 [homepage na internet]. [acesso em 05 jul 2022]. Disponível em: <http://www.unirio.br/hugg/coreme/processos-seletivos/2021/edital-no-01-2021-processo-seletivo-discente-residencia-medica-2021/view>
99. Rodríguez C, Pawlikowska T, Schweyer FX, López-Roig S, Bélanger E, Burns J, et al. Family physicians' professional identity formation: a study protocol to explore impression management processes in institutional academic contexts. *BMC Medical Education*. 2014;6(14):184.
100. Schrewe B, Bates J, Pratt D, Ruitenber CW, McKellin WH. The Big D(eal): professional identity through discursive constructions of 'patient'. *BMJ Medical Education*. 2017;51(6):656-68.
101. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Brasil). Carta Circular nº 1/2021- CONEP/SECNS/MS. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, 2021. [acesso em 05 jul 2022]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio\\_Circular\\_2\\_24fev2021.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf)
102. Costa BEP, Hentschke M, Silva ACC, Barros A, Salerno M, Figueiredo CEP, et al. Reflexões sobre a importância do currículo informal do estudante de Medicina. *Educação em Ciências da Saúde*. 2012;22(3):162-8.
103. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, etapas e confiabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(3):621-6.
104. Bireme. Sobre o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde [homepage na internet]. [acesso em 05 jul 2022]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/bireme>

105. Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. 2017. São Paulo (SP): Bireme; 2017 [atualizado 2017 Mai; citado 2022 Jul 03]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.
106. Rosenberg EH, Medini G, Lomranz J. Aspects of differential role perception of Israeli medical school students. *BMJ Medical Education*. 1979;13(5):329-35.
107. Ramos-Cerqueira ATDA, Lima MCP. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2002;6(11):107-16.
108. Almeida MT. A ordem médica e a desordem do sujeito na formação profissional médica. *Revista Bioética*. 2011;19(3):741-52.
109. Nunes ED. A sociologia da saúde no Brasil - a construção de uma identidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(4):1041-52.
110. Machado MA. Cuidados paliativos e a construção da identidade médica paliativista no Brasil [dissertação de Mestrado em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Universidade da Beira Interior, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
111. Sabino C, Luz MT. O ambulatório no discurso dos médicos residentes: reprodução e dinâmica do campo médico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2010;20(4):1357-75.
112. Iyer A, Jetten J. What's left behind: Identity continuity moderates the effect of nostalgia on well-being and life choices. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2011;101(1):94-108.
113. Kligler B, Brian L, Nadine TK. Becoming a doctor: a qualitative evaluation of challenges and opportunities in medical student wellness during the third year. *Academic medicine*. 2013;88(4):535-40.
114. Barr J, Bull R, Rooney K. Developing a patient focussed professional identity: an exploratory investigation of medical students' encounters with patient partnership in learning. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*. 2015;20(2):325-38.
115. Wasityastuti W, Susani YP, Prabandari YS, Rahayu GR. Correlation between academic motivation and professional identity in medical students in the Faculty of Medicine of the Universitas Gadjah Mada Indonesia. *Educación médica*, 2018;19(1):23-9.
116. Wainwright E, Fox F, Breffni T, Taylor G, O'Connor M. Coming back from the edge: a qualitative study of a professional support unit for junior doctors. *BMC Medical Education*. 2017;17(1):1-11.

117. Talisman N, Harazduk N, Rush C, Graves K, Haramati A. The impact of mind-body medicine facilitation on affirming and enhancing professional identity in health care professions faculty. *Academic Medicine*. 2015;90(6):780-4.
118. Rademacher R, Simpson D, Marcdante K. Critical incidents as a technique for teaching professionalism. *Medical Teacher*. 2010;32(3):244-9.
119. Reddy ST, Iwaz JA, Didwania AK, O'Leary KJ, Anderson RA, Humphrey HJ, et al. Participation in unprofessional behaviors among hospitalists: a multicenter study. *Journal of Hospital Medicine*. 2012;7(7):543-50.
120. Byszewski A, Hendelman W, McGuinty C, Moineau G. Wanted: role models-medical students' perceptions of professionalism. *BMC Medical Education*, 2012;12(1):1-9.
121. Galam E. Becoming doctor: Highlight the hidden curriculum. Medical error as an example. *La Presse Médicale*. 2014;43(4 Pt 1):358-62.
122. Boudreau JD, Macdonald ME, Steinert Y. Affirming professional identities through an apprenticeship: insights from a four-year longitudinal case study. *Academic Medicine*. 2014;89(7):1038-45.
123. Wood A. Learning, assessment and professional identity development in public health training. *Medical Teacher*. 2016;38(6):594-8.
124. Sharpless J, Baldwin N, Cook R, Kofman A, Morley-Fletcher A, Slotkin R, et al. The becoming: students' reflections on the process of professional identity formation in medical education. *Academic Medicine*. 2015;90(6):713-7.
125. Warmington S, McColl G. Medical student stories of participation in patient care-related activities: the construction of relational identity. *Advances in Health Sciences Education*. 2017;22(1):147-63.
126. Foster K, Roberts C. The Heroic and the Villainous: a qualitative study characterising the role models that shaped senior doctors' professional identity. *BMC Medical Education*, 2016;16(1):206.
127. Butani L, Plant J. Building Connections With Role Models Using an Appreciative Inquiry Approach. *Academic Pediatrics*. 2016;16(4):411-2.
128. Wald HS, White J, Reis SP, Esquibel AY, Anthony D. Grappling with complexity: Medical students' reflective writings about challenging patient encounters as a window into professional identity formation. *Medical Teacher*. 2019;41(2):152-60.
129. Schei E, Knoop HS, Gismervik MN, Mylopoulos M, Boudreau JD. Stretching the comfort zone: using early clinical contact to influence professional identity formation in medical students. *Journal of Medical Education and Curricular Development*. 2019;6:2382120519843875.

130. Gilligan C, Loda T, Junne F, Zipfel S, Kelly B, Horton G, et al. Medical identity; perspectives of students from two countries. *BMC Medical Education*. 2020;20(1):420.
131. MacLeod A. Caring, competence and professional identities in medical education. *Advances in Health Sciences Education*. 2011;16(3):375-94.
132. Branch Jr W, Weil AB, Gilligan MC, Litzelman DK, Hafler JP, Plews-Ogan M, et al. How physicians draw satisfaction and overcome barriers in their practices: "It sustains me". *Patient Education and Counseling*. 2017;100(12):2320-30.
133. De Grasset J, Audetat MC, Bajwa N, Jastrow N, Richard-Lepouriel H, Nendaz M, et al. Medical students' professional identity development from being actors in an objective structured teaching exercise. *Medical Teacher*. 2018;40(11):1151-8.
134. McLachlan J. Measuring conscientiousness and professionalism in undergraduate medical students. *Clinical Teacher*. 2010;7(1):37-40.
135. Fitzgerald A, Teal G. Health reform, professional identity and occupational sub-cultures: the changing interprofessional relations between doctors and nurses. *Contemporary Nurse*. 2003;16(1-2):9-19.
136. O'Flynn N, Britten N. Does the achievement of medical identity limit the ability of primary care practitioners to be patient-centred? A qualitative study. *Patient education and counseling*. 2006;60(1):49-56.
137. Forbes T, Hallier J. Social identity and self- enactment strategies: adapting to change in professional-manager relationships in the NHS. *Journal of Nursing Management*. 2006;14(1):34-42.
138. Hewett DG, Watson BM, Gallois C, Ward M, Leggett BA. Intergroup communication between hospital doctors: implications for quality of patient care. *Social Science & Medicine*. 2009;69(12):1732-40.
139. Gendron TL, Myers BJ, Pelco LE, Welleford EA. Promoting the development of professional identity of gerontologists: an academic/experiential learning model. *Gerontology and Geriatric Education*. 2013;34(2):176-96.
140. Caricati L, Mancini T, Sollami A, Bianconcini M, Guidi C, Prandi C, et al. The role of professional and team commitments in nurse-physician collaboration. *Journal of Nursing Management*. 2016;24(2):E192-200.
141. Stull CL, Blue CM. Examining the influence of professional identity formation on the attitudes of students towards interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*. 2016;30(1):90-6.
142. Liberati EG. Separating, replacing, intersecting: The influence of context on the construction of the medical-nursing boundary. *Social Science & Medicine*. 2017;172:135-43.

143. Salvatore D, Numerato D, Fattore G. Physicians' professional autonomy and their organizational identification with their hospital. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1):1-11.
144. Armstrong D, Ogden J. The role of etiquette and experimentation in explaining how doctors change behaviour: a qualitative study. *Sociology of Health and Illness*. 2006;28(7):951-68.
145. Cascón-Pereira R, Valverde M. Meanings attributed to management as an explanation for clinician managers' attitudes and professional identity. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28(6):475-9.
146. Gordon S. The military physician and contested medical humanitarianism: a dueling identity? *Social Science & Medicine*. 2014;120:421-9.
147. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Professional identity and role transitions in clinical managers. *Journal of Health Organization Management*. 2015;29(3):353-66.
148. Ravella KC, Curlin FA, Yoon JD. Medical school ranking and medical students vocational identity. *Teaching and Learning in Medicine*. 2015;27(2):123-9.
149. Neiterman E, Bourgeault IL. Professional integration as a process of professional resocialization: Internationally educated health professionals in Canada. *Social Science & Medicine*. 2015;131:74-81.
150. Klitzman R. "Post-residency disease" and the medical self: identity, work, and health care among doctors who become patients. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2006;49(4):542-52.
151. Pardon C, Dumesnil H, Charrier D, Labrusse B, Lebreton C, Lehucher-Michel MP, et al. Médecins du travail et cancers professionnels: attitudes, opinions et pratiques. Une recherche qualitative dans le Sud-Est de la France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2009;57(6):456-65.
152. Zanetti M, Keller L, Mazor K, Carlin M, Alper E, Hatem D, et al. Using standardized patients to assess professionalism: a generalizability study. *Teaching and Learning in Medicine*. 2010;22(4):274-9.
153. Dadich A, Jarrett C, Robards F, Bennett D. How professional identity shapes youth healthcare. *J Health Organ Manag*. 2015;29(3):317-42.
154. Sullivan KJ, Wayne C, Patey AM, Nasr A. Barriers and facilitators to the implementation of evidence-based practice by pediatric surgeons. *Journal of Pediatric Surgery*. 2017;52(10):1666-73.
155. Tagawa M. Development of a scale to evaluate medical professional identity formation. *BMC Medical Education*. 2019;28;19(1):63.
156. Taylor KM. Integrating conflicting professional roles: physician participation in randomized clinical trials. *Social Science & Medicine*. 1992;35(2):217-24.

157. O'Sullivan PS, Irby DM. Identity formation of occasional faculty developers in medical education: a qualitative study. *Academic Medicine*. 2014;89(11):1467-73.
158. Guimarães KBS. Saúde mental do médico e do estudante de Medicina. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
159. Kaufman A. De estudante a médico: a psicologia médica e a construção de relações. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
160. Magalhães F. A vocação médica. *Revista de Medicina*. 1918;1(9-10):25-35.
161. Allen I. Are junior doctors disillusioned? *British Journal of Hospital Medicine*. 1989;42(2):95.
162. Amorim BB, Moraes L, Sá ICG, Silva BBG, Camara Filho JWS. Saúde mental do estudante de Medicina: psicopatologia, estresse, sono e qualidade de vida. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*. 2018;7(2):245-54.
163. Dini PS, Batista NA. Graduação e prática médica: expectativas e concepções de estudantes de Medicina do 1º ao 6º ano. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2004;28(3):198-203.
164. Martins LAN. Saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. 2003;1(1):56-68.
165. Noto JRDS, Avancine MATDO, Martins MCFN, Zimmermann VB. Atenção à saúde mental do estudante de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2021;25(1):71-5.
166. Lima LA, Souza FMS. A presença de médicos no Instagram e a temática do consumo saudável: uma revisão de literatura. *Anais do Seminário Comunicação e Territorialidades*. 2019;1(5). [acesso em 13 jan 2023]. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/poscom/article/view/30650>
167. Campos IFDS, Camara GF, Carneiro AG, Kubrusly M, Peixoto RAC, Peixoto Junior AA. Síndrome do impostor e sua associação com depressão e burnout entre estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2022;46(02):e068.
168. Nunes HJM. Fenômeno do Impostor em Estudantes de Medicina [dissertação de Mestrado em Medicina]. Beira Interior: Universidade da Beira Interior, Beira Interior; 2021.
169. Maschio J. Formandos refazem juramento de médico. [homepage na internet]. Londrina: Agência Folha de Londrina; 2021. [acesso em 05 jul 2022]: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff22019924.htm>
170. Benedetto MACD, Gallian DMC. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2018;22(67):1197-207.

171. Meleiro AMADS. O médico como paciente. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.
172. Allen I. Women doctors and their careers: what now? *The BMJ*. 2005;331(7516):569-72.
173. Ávila RC. Formação das mulheres nas escolas de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2014;38(1):142-9.
174. Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da Medicina no Brasil. *Revista Bioética*. 2013;21(2):268-77.
175. Franco T, Santos EGD. Mulheres e cirurgiãs. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2010; 37(1):72-7.
176. Rohden F. A construção da diferença sexual na Medicina. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19(suppl.2):S201-12.
177. Mainardi GM, Cassenote AJF, Guilloux AGA, Miotto BA, Scheffer MC. What explains wage differences between male and female Brazilian physicians? A cross-sectional nationwide study. *BMJ Open*. 2019;9(4):e023811.
178. Wikipedia. Surgeon. [homepage na internet]. [acesso em 16 nov 2022]. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Surgeon&oldid=817111628#Pioneer>
179. Allies for health. #ILookLikeASurgeon Tweet it. Own it. Friday, August 7, 2015. [homepage na internet]. [acesso em 16 nov 2022]. Disponível em: <http://alliesforhealth.blogspot.com/2015/08/ilooklikeasurgeon-tweet-it-own-it.html>
180. McKee DD, Chappel JN. Spirituality and medical practice. *Journal of Family Practic*. 1992;35(2):201-5.
181. Thomsen RJ. Spirituality in medical practice. *Archives of Dermatology*. 1998;134(11):1443-6.
182. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American family physician*. 2001;63(1):81.
183. Allen I. *Doctors and Their Careers*. London: Policy Studies Institute; 1988.
184. Azevedo AGD, Tollendal CB, Nogueira DDG, Bartels FDP, Paula FCD. Fatores que orientam a escolha do curso médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2005;29(3):217-21.
185. Moreira SDNT, Silva CAN, Tertulino FDF, Tertulino FMDF, Vilar MJP, Azevedo GDD. Processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2006;30(2):14-9.

186. Costa JRB, Romano VF, Costa RR, Gomes AP, Alves LA, Siqueira-Batista R. A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2014;38(1):47-58.
187. Sousa IQD, Silva CPD, Caldas CAM. Especialidade médica: escolhas e influências. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2014;38(1):79-86.
188. Bellodi PL, Martins MA. Tutoria: mentoring na formação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
189. Santos VHD, Ferreira JH, Alves GCA, Naves NM, Oliveira SLD, Raimondi GA, et al. Currículo oculto, educação médica e profissionalismo: uma revisão integrativa. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2020;24:e190572.
190. Lampert JB, Costa NMDSC, Perim GL, Abdalla IG, Aguilar-da-Silva RH, Stella RCDR. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009;33(suppl.1):19-34.
191. Rios IC, Schraiber LB. A relação professor-aluno em Medicina: um estudo sobre o encontro pedagógico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012;36(3):308-16.
192. Botti SHDO, Rego S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010;34(1):132-40.
193. Silveira GL. O impacto do currículo oculto na formação da identidade profissional do médico: um estudo qualitativo [dissertação de Mestrado em Clínica Médica]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdades de Ciências Médicas, Campinas; 2017.
194. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011. Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente; e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral. Brasil, 2011. [acesso em 15 out 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12514.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12514.htm#art1)
195. Batista NA, Silva SHS. *Professor de Medicina*. São Paulo: Edições Loyola; 1998.
196. Canuto AMM, Batista SHSDS. Concepções do processo ensino-aprendizagem: um estudo com professores de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009;33(4):624-32.
197. Glasziou P, Burls A, Gilbert R. Evidence based medicine and the medical curriculum. *BMJ*. 2008;337:a1253.
198. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia LMJ, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.

199. Pícoli RP, Domingo ALA, Santos SCD, Andrade AHGD, Araujo CAF, Kosloski RDMM, et al. Competências propostas no currículo de Medicina: percepção do egresso. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2017;41(4):525-32.
200. Torralba KD José D, Byrne J. Segurança psicológica, currículo oculto e ambiguidade na Medicina. *Clinical Rheumatology*. 2020;39(3):667-71.
201. Almeida MJ. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Londrina: Editora UEL; 2012.
202. Gomes R, Brino RDF, Aquilante AG, Avó LRDS. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009;33(3):444-51.
203. Baldwin DC Jr., Hughes PH, Conard SE, Storr CL, Sheehan DV. Substance use among senior medical students. A survey of 23 medical schools. *The Journal of the American Medical Association*. 1991;265:2074-8.
204. Conard S, Hughes P, Baldwin DC Jr, Achenbach KE, Sheehan DV. Substance use by fourth-year students at 13 U.S. medical schools. *Journal of Medical Education*. 1988;63:747-58.
205. Tyssen R, Vaglum P, Aasland OG, Gronvold NT, Ekeberg O. Use of alcohol to cope with tension, and its relation to gender, years in medical school and hazardous drinking: a study of two nation-wide Norwegian samples of medical students. *Addiction*. 1998;93:1341-49.
206. Pereyra WJF, Brito AO, Oliveira CHC, Silva FAFR, Canela GGC, Gontijo GHS, et al. Avaliação do uso de drogas por estudantes de Medicina. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2000;10(1):8-12.
207. Machado CDS, Moura TMD, Almeida RJD. Estudantes de Medicina e as drogas: evidências de um grave problema. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2015;39(1):159-67.
208. Silva JVM, Fernandes D, Nunes JR, Silva DM. Uso de substâncias psicoativas em estudantes de Medicina no Brasil: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*. 2020;6(11):93075-83.
209. Arruda LS. A permanência universitária em discussão: estudo sobre a percepção de qualidade do Núcleo de Apoio Psicopedagógico da Faculdade de Medicina (2012-2019) [dissertação de Mestrado em Administração]. Bahia: Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Bahia; 2020.
210. Macedo J, Major CR, Barbosa DVS, Silva GMN Jr, Oliveira JMR, Silveira MMM, et al. O papel do núcleo de apoio psicopedagógico ao discente do curso de Medicina em tempos de pandemia. *Anais do 39º Seminário de Atualização de Práticas Docentes*. 2020;2(2):364-8.

211. Rocha AMC, Carvalho MBD, Cypriano CP, Ribeiro MMF. Tratamento psíquico prévio ao ingresso na universidade: experiência de um serviço de apoio ao estudante. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2020;44(3):e077.
212. Ribeiro MMF, Melo JDC, Rocha AMC. Avaliação da demanda preliminar de atendimento dirigida pelo aluno ao Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante da Faculdade de Medicina (Napem) da Universidade Federal de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2020;43(suppl.1):91-7.
213. Shah AA, Bazargan-Hejazi S, Lindstrom RW, Wolf KE. Prevalence of at-risk drinking among a national sample of medical students. *Substance abuse*. 2009;30(2):141-9.
214. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: Is there an association? *Journal of Public Health*. 2002;24(4):252-4.
215. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*. 2003;38(3):831-65.
216. Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R, et al. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2004; 58:374-80.
217. Izecksohn MMV, Teixeira JE, Stelet BP, Jantsch AG. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(3):737-46.
218. Coelho GC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019;35(1):e00170917.
219. Justino ALA, Oliver LL, Melo TPD. Implantação do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1471-80.
220. Soares RJO, Rosa RS, Florentino AM. Promoção da Saúde em uma Clínica da Família na Cidade do Rio de Janeiro: contribuições dos estudantes de Medicina. *Anais do 13º Congresso Internacional Rede Unida [homepage na internet]*. 2018;4(suppl.1). [acesso em 27 out 2022]. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/5/menu/anais/>
221. Massote AW, Belisário SA, Gontijo ED. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011;35(4):445-53.
222. Pessotti I. A formação humanística do médico. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1996;29(4):440-8.

223. Hoirisch A. Ser médico: implicações históricas e antropológicas. In: Mello Filho J. (organizador). Identidade médica: implicações históricas e antropológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
224. Grosseman S, Patrício ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2020;28(2):99-105.
225. Neves CAB, Rollo A. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; 2006 (Série B. Textos básicos em Saúde).
226. Gilbert ACB, Cardoso MHCDA, Wuillaume SM. Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em obstetrícia/ginecologia. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2006;10(19):103-16.
227. Cesarino MN, Araujo EJ, Back IC. O comportamento de médicos e de acadêmicos de Medicina na rede social: uma análise de 800 manifestações. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2015;44(4):63-71.
228. Kind T, Genrich G, Sodhi A, Chretien KC. Social media policies at US medical schools. *BMJ Medical Education online*. 2010;15(1):5324.
229. Greysen SR, Chretien KC, Kind T, Young A, Gross CP. Physician violations of online professionalism and disciplinary actions: a national survey of state medical boards. *Journal of the American Medical Association*. 2012;307(11):1141-2.
230. Albuquerque GS, Cordeiro G, Murakami VYC, Taveira BLS, Carvalho ILF, Lima RL, et al. Satisfação de médicos no trabalho da atenção primária à saúde. *Revista de APS*. 2017;20(2):221-30.
231. Pinto MEV. A Desvalorização do Médico Brasileiro. [publicação na web]; 2021. [acesso em 29 out 2022]. Disponível em: <https://pt.linkedin.com/pulse/desvaloriza%C3%A7%C3%A3o-do-m%C3%A9dico-brasileiro-melina-efraim->
232. Pronk SA, Gorter SL, van Luijk SJ, Barnhoorn PC, Binkhorst B, van Mook WNKA. Perception of social media behaviour among medical students, residents and medical specialists. *Perspectives on Medical Education*. 2021;10(4):215-21.
233. Sarris AB, Pucci Filho CR, Grik CD, Galvão LC, Souza RD. O papel do médico na visão da sociedade do século XXI: o que realmente importa ao paciente? *Visão acadêmica*. 2017;18(1):97-108.
234. Arandjelovic A, Arandjelovic K, Dwyer K, Shaw C. COVID-19: considerations for medical education during a pandemic. *Med Ed Publish*. 2020;9(1):87.

235. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Medicina Clínica*. 2021;157(3):130-40.
236. Oliveira GMM, Lemke VG, Paiva MSMDO, Mariano GZ, Silva ERGA, Silva SCTFD, et al. Mulheres Médicas: Burnout durante a Pandemia de COVID-19 no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2022;119:307-16.
237. Miyazato ES, Amaral JPN, de Souza AS, Stolf AR. A Síndrome de Burnout em professores médicos durante a pandemia da Covid-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2022;15(1):e9597.
238. Santos BM, Cordeiro MEC, Schneider IJC, Ceccon RF. Educação médica durante a pandemia da Covid-19: uma revisão de escopo. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2020;44(suppl.1):e0139.
239. Almeida MJ. Gestão da escola médica: crítica e autocrítica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008;32(2):202-9.
240. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2008;12(24):125-40.
241. Bollela VR, Machado JLM. O Currículo por competências e sua relação com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Medicina. *Science in Health*. 2010;1(2):126-42.
242. Bascuñán RM. Changes in physician-patient relationship and medical satisfaction. *Revista médica de Chile*. 2005;133(1):11-6.
243. Brinkman WB, Geraghty SR, Lanphear BP, Khoury JC, del Rey JAG, DeWitt TG, et al. Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2007;161(1):44-9.
244. Chandra S, Mohammadnezhad M, Ward P. Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review. *Journal of Healthcare Communications*. 2018;3(3):36.
245. Harbishettar V, Krishna KR, Srinivasa P, Gowda M. The enigma of doctor-patient relationship. *Indian Journal of Psychiatry*. 2019;61(suppl.4):S776–81.
246. Cherchiglia ML. Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. *Cadernos de Saúde Pública*. 1994;10(1):67-79.
247. Bessa RDO. Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro [dissertação de Mestrado em Administração]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, São Paulo; 2011.

248. Rey JI. A flexibilização das relações trabalhistas para os profissionais da Medicina: compreendendo a consolidação da profissão no Brasil, os contextos contratuais, as motivações tributárias e suas respectivas problemáticas [trabalho de conclusão de curso do Curso de Graduação em Ciências Sociais]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade da Beira Interior, Centro de Filosofia e Ciências Humanas; 2020.
249. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. *Science*. 1910;32(810):41-50.
250. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.
251. Gonçalves MB, Benevides-Pereira AMT. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009;33(3):493-504.
252. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
253. Maués CR, Barreto BAP, Portella MB, Matos HJD, Santos JCCD. Formação e atuação profissional de médicos egressos de uma instituição privada do Pará: perfil e conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2018;42(3):129-45.
254. Veras RM, Fernandez CC, Feitosa CCM, Fernandes S. Perfil Socioeconômico e Expectativa de Carreira dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2020;44(2):e056.
255. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTRD, Figueiredo AMD, Araújo SQD, et al. “Mais Médicos”: a Brazilian program in an international perspective. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2015;19(54):623-34.
256. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013, que dispõe do sobre o exercício da Medicina. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2013. [acesso em 01 out 2022]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112842.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112842.htm)
257. Brasil. Senado Federal. Coordenação de Edições Técnicas. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília, 2016 [acesso em 01 nov 2022]. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)
258. Brasil. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.196 de 21 de novembro de 2005, que institui o Regime Especial de Tributação para a Plataforma de Exportação de Serviços de Tecnologia da Informação - REPES, o Regime Especial de Aquisição de Bens de Capital para Empresas Exportadoras -

- RECAP e o Programa de Inclusão Digital; dispõe sobre incentivos fiscais para a inovação tecnológica. Brasília, 2005. [acesso em 01 out 2022]. Disponível em [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11196compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11196compilado.htm).
259. Maeno M. Ser Médico. In: Vizzaccaro AL, Mota DP, Alves G. (organizadores). Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no Século XXI. São Paulo: Editora LTr; 2011.
260. Wahba L, Lotufo F. Houve uma mudança na percepção de estudantes de Medicina do que significa ser um bom médico e de como educá-lo em um período de 14 anos? Um método de estudo misto. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2018;42(3):201-13.
261. Brasil. Programa Mais Médicos. Conheça do Programa [homepage na internet]. [acesso em 01 out 2022]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>
262. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1723-28.
263. Sestelo JADF, Souza LEPFD, Bahia L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29(5):851-66.
264. Silva SA, Veloso MDP. Os conflitos e a saúde: o desafio das negociações em tempos de Covid-19. *Revista Jurídica da Presidência*. 2022;24(132):198-221.
265. World Medical Association. 73rd World Health Assembly, Agenda Item 3: Covid-19 Pandemic Response (2020); 2022. [homepage na internet]. [acesso em 02 nov 2022]. Disponível em: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2020/05/WHA73-WMA-statement-on-Covid-19-pandemic-response-.pdf>
266. Occupational Safety and Health. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health care and Social Service Workers. Occupational Safety and Health Administration, U. S. Department of Labor, OSHA 3148-06R, 2016. [homepage na internet]. [acesso em 02 nov 2022]. Disponível em: <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3148.pdf>
267. Pan American Health Organization. Health professionals are frequently assaulted, according to research published in the PAHO journal. Pan American Health Organization, jan. 2016. [homepage na internet]. [acesso em 02 nov 2022]. Disponível em: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11579:2016-health-professionals-are-frequently-assaulted&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11579:2016-health-professionals-are-frequently-assaulted&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0)
268. Pires MFDC. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no ensino. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 1998; 2:173-82.
269. Taquette SR, Costa-Macedo LMD, Alvarenga FDBF. Currículo paralelo: uma realidade na formação dos estudantes de Medicina da UERJ. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2003;27(3):171-6.

270. Guimarães RGM, Rego S. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(suppl.):7-17.
271. Aciole GG. A Lei do Ato Médico: notas sobre suas influências para a educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2006;30(1):47-54.
272. Travassos DV, Ferreira E, de Aguiar VLF, Conceição EMA. Ato Médico: histórico e reflexão. *Arquivos em Odontologia*. 2012;48(2):102-8.
273. Nunes MM. A Lei do Ato Médico diante das profissões da saúde: uma abordagem interdisciplinar [tese de Doutorado em Ciências Humanas]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis; 2017.
274. Brasil. Chefia do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil. Decreto nº 20.931. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Rio de Janeiro, 1932. [acesso em 03 out 2022]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20931-11-janeiro-1932-507782-publicacaooriginal-1-pe.html>
275. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Rio de Janeiro, 1957. [acesso em 03 out 2022]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/13268.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/13268.htm)
276. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.627 de 23 de outubro de 2001. Resolução que define o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido. Brasília, 2001. [acesso em 03 out 2022]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2001/1627>
277. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos - um equívoco conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(2):421-4.
278. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(11):3547-52.
279. Campos GWDS, Pereira Júnior N. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2655-63.
280. Girardi SN, Stralen ACDSV, Cella JN, Wan Der Maas L, Carvalho CL, Faria EDO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(09):2675-84.
281. Finch E. The Centenary of the General Medical Council in Relation to Medical Education. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 1958.23(5):321-31.

282. American Medical Association. [homepage na internet]. [acesso em 04 nov 2022]. Disponível em: <https://www.ama-assn.org/about>
283. Delduque MC. In: Santos AO, Lopes LT, organizadores. Profissionais de saúde e cuidados primários. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2021. p.12-84. (Coleção COVID-19; v. 4).
284. Rezende MTMC. O papel social dos conselhos profissionais na área da saúde. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2007;12:VIII-X.
285. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Institucional [homepage na internet]. [acesso em 01 out 2022]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/>
286. Vannucchi MA. O corporativismo dualista: conselhos profissionais e sindicatos no Brasil, 1930-1964. Estudos Ibero-Americanos. 2016;42(2):471-99.
287. Rocha VXM. Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina de 2001 e 2014 [dissertação de Mestrado em Mestrado em Saúde Coletiva]. Santos: Universidade Católica de Santos, Santos; 2014.

## APÊNDICE A – Médicos-residentes por especialidade em 2021 no HUGG

### Quadro 5 – Número de Médicos-residentes por especialidade em 2021 no HUGG

Programa	Forma de acesso	Vagas no concurso de RM 2021	Duração em anos	R1	R2	R3	R4	R5	Total de Médicos Residentes
Anestesiologia	Acesso direto	4	3	4	4	4	-	-	12
Cirurgia do Aparelho digestivo	Cirurgia Geral	1	2	1	1	-	-	-	2
Cirurgia Geral	Acesso direto	1	3	1	1	1	-	-	3
Cirurgia Geral – R3 (Videolaparoscopia)	Cirurgia Geral	1	1	-	-	1	-	-	1
Cirurgia Pediátrica	Cirurgia Geral	1	3	1	1	1	-	-	3
Cirurgia Plástica	Cirurgia Geral	2	3	2	2	2	-	-	6
Cirurgia Plástica – Ano opcional	Cirurgia Plástica	2	1	-	-	-	2	-	2
Cirurgia Torácica	Cirurgia Geral	1	2	1	1	-	-	-	2
Cirurgia Torácica – Ano opcional	Cirurgia Torácica	1	1	-	-	1	-	-	1
Cirurgia Torácica – R3 (Endoscopia Respiratória)	Cirurgia Torácica	1	1	-	-	1	-	-	1
Cirurgia Vascular	Cirurgia Geral	1	2	1	1	-	-	-	2
Clínica Médica	Acesso direto	9	2	9	9	-	-	-	18
Dermatologia	Acesso direto	3	3	3	3	3	-	-	9
Endocrinologia e Metabolologia	Clínica Médica	2	2	2	2	-	-	-	4
Endoscopia	CM / CG	1	2	1	1	-	-	-	2
Foniatría	Otorrinolaringologia	1	1	1	-	-	-	-	1
Gastroenterologia	Clínica Médica	1	2	1	1	-	-	-	2
Genética Médica	Acesso direto	2	3	2	2	2	-	-	6
Hansenologia	Dermatologia	3	1	3	-	-	-	-	3
Hepatologia	CM / Infecto / Gastro	2	2	2	2	-	-	-	4
Homeopatia	Acesso direto	2	2	2	2	-	-	-	4
Homeopatia – R3	Homeopatia	1	1	-	-	1	-	-	1
Medicina do sono	CM / Neuro / ORL / Ped / Pneumo / Psiq	3	1	3	-	-	-	-	3
Medicina do tráfego	Acesso direto	2	2	2	2	-	-	-	4
Nefrologia	Clínica Médica	1	2	1	1	-	-	-	2
Neurocirurgia	Acesso direto	1	5	1	1	1	1	1	5
Neurofisiologia clínica	MDF / Neuro Cirurg / Neuro	2	1	2	-	-	-	-	2
Neurologia	Acesso direto	2	3	2	2	2	-	-	6
Obstetrícia e Ginecologia	Acesso direto	3	3	3	3	3	-	-	9
Oftalmologia	Acesso direto	3	3	3	3	3	-	-	9
Oftalmologia – Instituto Benjamin Constant	Acesso direto	4	3	4	4	4	-	-	12
Oftalmologia	Oftalmologia	2	1	-	-	-	2	-	2
Ortopedia e Traumatologia	Acesso direto	2	3	2	2	2	-	-	6
Otorrinolaringologia	Acesso direto	2	3	2	2	2	-	-	6
Patologia	Acesso direto	2	3	2	2	2	-	-	6
Patologia – R4	Patologia	1	1	-	-	-	1	-	1
Pediatria	Acesso direto	7	3	7	7	7	-	-	21
Pneumologia	Clínica Médica	1	2	1	1	-	-	-	2
Pré-requisito para área de Cirurgia Básica	Acesso direto	5	2	5	5	-	-	-	10
Reumatologia	Clínica Médica	2	2	2	2	-	-	-	4
Urologia	Clínica Médica	2	3	2	2	2	-	-	6
<b>Número total de vagas</b>		<b>90 vagas</b>		<b>81 R1</b>	<b>72 R2</b>	<b>45 R3</b>	<b>06 R4</b>	<b>01 R5</b>	<b>205 MR</b>

Legenda: Clínica Médica (CM), Clínica Cirúrgica (CG), Infectologia (Infecto), Gastroenterologia (Gastro), Neurologia (Neuro), Otorrinolaringologia (ORL), Pediatria (Ped), Pneumologia (Pneumo), Psiquiatria (Psiq), Medicina física e reabilitação (MDF), Neurocirurgia (Neuro Cirurg), Médico(s) Residente(s) (MR).

Fonte: Adaptado do edital do Edital do Processo Seletivo Discente Programa de Residência Médica – HUGG / 2021 da FUNRIO<sup>98</sup>.

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### Título da Pesquisa:

A construção da Identidade Médica na concepção de médicos recém-formados

#### Pesquisador Responsável:

Professora Débora Alves dos Santos Fernandes

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “A construção da Identidade Médica na concepção de médicos recém-formados”

Esta pesquisa tem por **justificativa** a necessidade de conhecer os fatores que influenciam na formação da Identidade Médica a partir das percepções de médicos recém-graduados. O processo de formação médica deve, além de incorporar novas metodologias clínicas, diagnósticas e terapêuticas, abordar o papel social do médico na coletividade moderna, a fim de que sejam criados instrumentos que permitam a reflexão sobre como o futuro médico deverá se comportar na sociedade em contínua transformação.

Esta pesquisa tem o **objetivo geral** de conhecer a Identidade Médica e os fatores que influenciam na sua formação a partir das percepções de médicos recém-graduados. Os **objetivos específicos** desta pesquisa são: identificar a presença de associação entre as variáveis sociodemográficas e a Identidade Médica; pesquisar fatores externos ao curso médico (motivação para escolha da profissão, relações familiares, experiências extracurriculares e extra institucionais) na formação da Identidade Médica; verificar a influência do ambiente educacional (projeto pedagógico do curso, corpo docente, infraestrutura da Instituição de Ensino Superior, relações interpessoais) na formação da Identidade Médica; analisar a influência dos primeiros anos do exercício profissional médico na consolidação da Identidade Médica e relacionar a Identidade Médica com as diretrizes curriculares nacionais.

Os **riscos** relacionados à esta pesquisa têm relação à utilização de dados, entretanto, pesquisadora se compromete em garantir que os dados serão utilizados com rigor, confiabilidade e confidencialidade, além de garantir a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa. Os **benefícios** relacionados à pesquisa: Os benefícios estão relacionados ao fornecimento dos resultados da pesquisa à direção do curso dos PRM / HUGG/ UNIRIO com a intenção de oferecer informações que contribuam para manutenção e melhoria do ensino médico e formação em serviço de qualidade.

Para tanto, os **procedimentos necessários** serão: o preenchimento de um questionário sociodemográfico formulado para esta pesquisa e a realização de entrevista pela pesquisadora. O tempo para o preenchimento do questionário e da entrevista é previsto em uma hora e trinta minutos. O questionário não será identificado e será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas e respostas serão analisadas por meio dos *scores e médias* encontradas.

A entrevista será gravada em áudio com o objetivo de não haver perda de informação fornecida pelo entrevistado e, depois, será transcrita na íntegra. Ao final, será elaborada uma síntese interpretativa com vistas a responder os questionamentos do estudo em diálogo com a literatura. Somente a pesquisadora principal terá acesso ao áudio da entrevista.

A sua identificação servirá apenas para a pesquisadora principal registrar adequadamente os dados de sua entrevista e será codificada de maneira a preservar o seu anonimato, como no exemplo a seguir.

- Nome completo do entrevistado: Débora Alves dos Santos Fernandes (R2 Clínica Médica) -  
Código da entrevista: 01.39a.fem.Gen (idade, sexo e abreviação de generalista)  
(EspClin para Especialidade Clínica ou EspCirur para especialidade cirúrgica).

Posteriormente, você será convidado a participar de um grupo focal, que é uma atividade que permitirá à pesquisadora observar a interação entre os participantes, que podem manifestar uma opinião coletiva ou se dividir em subgrupos com ideias opostas. A interação numa entrevista em grupo, com participantes (que geralmente, não se encontraram antes da entrevista) compartilhando ideias e lidando com divergências, é mais natural e autêntica que a interação dual entre entrevistado e entrevistador, presente na entrevista individual. Essa permuta de opiniões encoraja mudanças de significado que os entrevistados atribuem a determinados temas e permite a construção de uma relação mais horizontalizada entre a pesquisadora e os participantes do que a que ocorre na entrevista individual. A avaliação das informações coletadas será realizada ao final de cada entrevista

ou grupo focal com a elaboração de uma descrição geral das ideias essenciais que emergiram dos diálogos.

A sua participação na entrevista e no grupo focal é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de quaisquer benefícios, tampouco qualquer penalização. A aceitação desse TCLE não faz com que você renuncie ao direito à indenização por dano. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento e é garantido uma cópia desse TCLE para que você possa consultar futuramente.

A pesquisadora se compromete a encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto e manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de cinco anos após o término da pesquisa. Após estes cinco anos, os arquivos em áudio e a qualquer dado de identificação dos participantes será destruído conforme as normas brasileiras de Segurança da Informação (ABNT NBR 16167:2013).

Você tem o direito de receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tem, ademais, o direito de procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG (CEP-HUGG) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

**CEP-HUGG:** telefone: 21 22645177 / e-mail: cephugg@gmail.com / endereço: Rua Silva Ramos, 32 (fundos do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - HUGG), entrada da Ortopedia, 4º andar.

**Contatos da pesquisadora:** telefone 21 997743198 / e-mail deboraunirio@yahoo.com.br

**Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.**

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Eu, Débora Alves dos Santos Fernandes, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.**

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/2021.

## APÊNDICE C – Roteiro das entrevistas

---

Nome completo  
do entrevistado:

Código da entrevista:

Gravação áudio nº:                      Início: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h.      Término: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h.      Duração em min.: \_\_\_\_\_

Local (Instituição):                      HUGG / UNIRIO

Entrevistadora:                          Profª Débora Alves dos Santos Fernandes

Cidade e data:                              Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

### Dados sociodemográficos e de formação profissional

#### - Dados pessoais e familiares:

0.1) idade

0.2) raça/cor da pele

0.3) composição familiar

0.4) familiares médicos

0.5) naturalidade

#### - Dados profissionais:

0.6) modalidade de acesso ao curso de graduação, faculdade na qual se formou, mês e ano de formatura

0.7) duração do curso

0.8) percurso profissional desde a formatura (empregos e residência médica)

#### 1) Eixo temático *Estudante*

1.1) O que o levou a escolher a Medicina?

1.2) Alguém ou alguma situação influenciou em sua escolha? Quem? Qual ou que tipo de situação?

1.3) Antes de cursar Medicina, qual era sua percepção a respeito do que é ser médico?

1.4) Essa percepção se manteve durante o curso médico ou se modificou? De que forma? Por quê?

1.5) Qual a sua percepção sobre o que é ser médico atualmente?

**2) Eixo temático *Professor / preceptor***

- 2.1) Quais fatores mais o influenciaram durante a sua graduação em Medicina?
- 2.2) Como foram seus primeiros contatos com os pacientes na prática clínica? Quando aconteceu? Como sua vivência junto aos pacientes evoluiu durante a graduação?
- 2.3) Qual o papel dos outros profissionais da área da saúde na sua prática clínica?
- 2.4) De que maneira as atitudes dos profissionais (professores / preceptores) com os quais você conviveu durante a graduação influenciam na sua formação enquanto médico?
- 2.5) Como você se sente, hoje como médico, em relação à vivência cotidiana com modelos profissionais (professores / preceptores) e colegas médicos mais experientes?

**3) Eixo temático *Sociedade***

- 3.1) Como é a estrutura curricular e modelo de ensino da instituição na qual você estudou? Como essa estrutura influenciou na sua formação?
- 3.2) Qual a sua opinião sobre atuar no serviço público, no SUS?
- 3.3) E sobre a atuação nos serviços privados?
- 3.4) Em sua opinião, qual o papel que um médico desempenha na sociedade?
  - 3.4.1) qual o papel que um médico desempenha na saúde da população (elo do sistema)?
  - 3.4.1) Qual a responsabilidade social do médico?
- 3.5) Como você acha que a sociedade vê o médico?
- 3.6) O que acha que os pacientes esperam de você?
- 3.7) O que é ser médico, hoje, para você?
- 3.8) Se fosse explicar de uma maneira sintética, o que você acha que influenciou você a ser o médico que você é hoje?

## **APÊNDICE D – Roteiro dos grupos focais**

### **1) Eixo temático *Estudante***

- 1.1) O que vocês acham leva uma pessoa a escolher Medicina atualmente?
- 1.2) O que imaginavam que um estudante pensa sobre o que é *ser médico* antes de entrar na faculdade? Que mudanças podem acontecer nessa percepção durante a graduação? De que tipo?

### **2) Eixo temático *Professor / preceptor***

- 2.1) Que vivências, durante a graduação, são mais marcantes para um estudante de Medicina?
- 2.2) Qual a função do professor na formação do jovem médico?

### **3) Eixo temático *Sociedade***

- 3.1) Vocês conhecem as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina publicadas em 2001 e 2014? O que podem nos dizer sobre elas? O que modificaram no curso médico?
- 3.2) O que acham que a sociedade espera dos médicos?
- 3.3) O que é ou o que deveria ser o SUS?
- 3.4) Qual o compromisso que o médico tem com a sociedade?
- 3.5) Onde os médicos atuam mais atualmente, no setor público, no setor privado como clínicas e consultório, nos planos de saúde?
- 3.6) O que vocês pensam sobre o ato médico?
- 3.7) O que vocês pensam sobre o programa Mais Médicos?
- 3.8) Qual o papel social do médico na saúde da população? O médico deve ser um elo do Sistema de Saúde?
- 3.9) Qual deve ser o papel das entidades médicas?
- 3.10) O que é ser médico, hoje?

## APÊNDICE E – Dados sociodemográficos dos entrevistados

### Quadro 6 – Dados sociodemográficos dos entrevistados

Participante (código)	Idade	Gênero	Cor	Naturalidade	Cat.	PRM	Data da entrevista	Modalidade acesso ao ES	Instituição de ES	Ano formatura	Familiar médico(a)	Sustenta família
P1.31a.fem.R2.Clin.	31 anos	Feminino	Branca	Volta Redonda - RJ	R2	Clinico	01/09/2021	ENEM	UNIRIO	2019	Sim	Sim
P2.28a.masc.R3.Cirur.	28 anos	Masculino	Branca	Rio de Janeiro - RJ	R3	Cirúrgico	07/09/2021	ENEM	UNIRIO	2018	Sim	Sim
P3.39a.fem.R2.Clin.	39 anos	Feminino	Branca	São Gonçalo - RJ	R2	Clinico	08/09/2021	Vestibular	UES	2016	Sim	Sim
P4.25a.masc.R2.Clin.	25 anos	Masculino	Branca	Rio de Janeiro - RJ	R2	Clinico	09/09/2021	ENEM	UNIRIO	2019	Sim	Sim
P5.29a.fem.R2.Clin.	29 anos	Feminino	Branca	Rio de Janeiro - RJ	R2	Clinico	06/10/2121	Vestibular	FTESM	2019	Sim	Não
P6.36a.fem.R4.Cirur.	36 anos	Feminino	Parda	Rio de Janeiro - RJ	R4	Cirúrgico	06/10/2121	ENEM	UFRJ	2017	Sim	Sim
P7.32a.fem.R1.Cirur.	32 anos	Feminino	Branca	Rio de Janeiro - RJ	R1	Cirúrgico	07/10/2121	Transferência interna	UNIRIO	2019	Sim	Sim
P8.29a.fem.R3.Clin.	29 anos	Feminino	Branca	Rio de Janeiro - RJ	R3	Clinico	09/10/2121	Vestibular	UNIGRANRIO	2018	Não	Sim
P9.32a.masc.R3.Clin.	32 anos	Masculino	Parda	Paraguai	R3	Clinico	11/10/2021	ENEM	UNIRIO	2016	Sim	Sim
P10.25a.fem.R2.Cirur.	25 anos	Feminino	Branca	Rio de Janeiro - RJ	R2	Cirúrgico	04/11/2021	Vestibular	UERJ	2020	Sim	Não
P11.26a.fem.R1.Cirur.	26 anos	Feminino	Parda	Rio de Janeiro - RJ	R1	Cirúrgico	05/11/2021	Vestibular	FTESM	2020	Não	Sim
P12.26a.fem.R1.Cirur.	26 anos	Feminino	Branca	Niterói - RJ	R1	Cirúrgico	09/11/2021	Vestibular	UES	2020	Sim	Sim

Legenda: Categoria no PRM (Cat); Programa de Residência Médica (PRM); Ensino Superior (ES); Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); Universidade Estácio de Sá (UES); Fundação Técnico Educacional Souza Marques (FTESM); Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO); Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Fonte: A autora, 2022.

## APÊNDICE F – Artigos incluídos na revisão de literatura

Quadro 7 – Artigos incluídos na revisão de literatura, por ano de publicação (continua)

Nome do primeiro autor	Ano de publicação	Nacionalidade	Revista	Método / Tipo de estudo
Gilligan C	2020	Alemanha e Áustria	BMC Medical Education	Pesquisa empírica
Adema M	2019	Holanda	Academic Medicine	Pesquisa empírica
Barone MA	2019	EUA	Pediatrics	Revisão de literatura
Lewin LO	2019	EUA	Academic Medicine	Revisão de literatura
Machado CDB	2019	Brasil	Trabalho, Educação e Saúde	Pesquisa empírica
Matos MS	2019	Brasil	Revista Psicologia e Saúde.	Pesquisa empírica
Matthews J	2019	Austrália	BMC Medical Education	Revisão de literatura
Ong SY	2019	Cingapura	BMJ Open	Pesquisa empírica
Orozco PEG	2019	México	Revista Ciencias de la Actividad Fisica	Revisão de literatura
Schei E	2019	Canadá	Journal of Medical Education and Curricular Development	Pesquisa empírica
Tagawa M	2019	Japão	BMC Medical Education	Pesquisa empírica
Volpe RL	2019	EUA	Medical Education	Revisão de literatura
Best S	2018	Reino Unido	Journal of Interprofessional Care	Revisão de literatura
Blouin D	2018	Canadá	Emergency Medicine Australasia	Pesquisa empírica
Chow CJ	2018	EUA	Academic Medicine	Pesquisa empírica
Coyer M	2018	Escócia	Livro	Revisão de literatura
De Grasset J	2018	Suíça	Medical Teacher	Pesquisa empírica
Hansen SE	2018	EUA	Family Medicine	Pesquisa empírica
Kanagarathinam DV	2018	Índia	Journal of Ayurveda and Integrative Medicine	Revisão de literatura
Logghe HJ	2018	EUA	AMA Journal of Ethics	Revisão de literatura
Munro GG	2018	Austrália	Nurse Education in Practice	Revisão de literatura
Salvatore D	2018	Itália	BMC Health Services Research	Pesquisa empírica
Scanlan JN	2018	Austrália	Australian Occupational Therapy Journal	Pesquisa empírica
Stubbing E	2018	Reino Unido + Holanda	Perspectives on Medical Education	Pesquisa empírica
Wald HS	2018	EUA	Medical Teacher	Pesquisa empírica
Wells J	2018	África do Sul	Bulletin of the History of Medicine	Revisão de literatura
Winkel AF	2018	EUA	Reproductive Health	Pesquisa empírica
Branch WT Jr	2017	EUA	Patient Education and Counseling	Pesquisa empírica
Britton C	2017	Reino Unido	Journal of Perioperative Practice	Revisão de literatura
Burford B	2017	Reino Unido	BMC Medical Education	Pesquisa empírica
Kluijtmans M	2017	Holanda	Medical Education	Pesquisa empírica
Morgan CJ	2017	Nova Zelândia	Journal of Interprofessional Care	Pesquisa empírica
Schrewe B	2017	Canadá	Medical Education	Pesquisa empírica
Siegel J	2017	EUA	Journal of the Association of American Medical Colleges	Revisão de literatura
Sullivan KJ	2017	Canadá	Journal of Pediatric Surgery	Pesquisa empírica
Wainwright E	2017	Reino Unido	BMC Medical Education	Pesquisa empírica
Wasityastuti W	2017	Indonésia	Educación Médica	Pesquisa empírica
Ashby SE	2016	Austrália	Australian Occupational Therapy Journal	Pesquisa empírica
Borges JLJ	2016	Portugal	Trabalho, Educação e Saúde	Revisão de literatura
Butani L	2016	EUA	Academic Pediatrics	Pesquisa empírica
Foster K	2016	Austrália	BMC Medical Education	Pesquisa empírica
H Ellaway R	2016	Canadá	Medical Education	Revisão de literatura
Hellaway RH	2016	Canadá	Medical Education	Revisão de literatura
Hendricks SM	2016	EUA	Nurse Educator	Revisão de literatura
Kururi N	2016	Japão	Journal of Interprofessional Care	Pesquisa empírica
Liberati EG	2016	Reino Unido	Social Science & Medicine	Pesquisa empírica
Stull CL	2016	EUA	Journal of Interprofessional Care	Pesquisa empírica
Warrington S	2016	Austrália	Advances in Health Sciences Education	Pesquisa empírica
Allister R	2015	Reino Unido	Veterinary Record	Revisão de literatura
Caricati L	2015	Itália	Journal of Nursing Management	Pesquisa empírica
Dadich A	2015	Austrália	Journal of Health Organization and Management	Pesquisa empírica
Doherty J	2015	Áustria	BMJ	Editorial
Geoffrion S	2015	Canadá	Trauma, Violence, & Abuse	Revisão de literatura
Graham Kennedy A	2015	EUA	BMJ	Editorial
Green MJ	2015	EUA	Academic Medicine	Pesquisa empírica

Quadro 7 – Artigos incluídos na revisão de literatura, por ano de publicação (continuação)

Nome do primeiro autor	Ano de publicação	Nacionalidade	Revista	Método / Tipo de estudo
Heitz JW	2015	EUA	Academic Medicine	Editorial
Kearns M	2015	Itália + Chile + Irlanda	Frontiers in Psychology	Pesquisa empírica
Langendyk V	2015	Austrália	Academic Medicine	Revisão de literatura
Limon D	2015	Israel	BMJ	Editorial
Lovell B	2015	Reino Unido	Medical Education	Pesquisa empírica
Mannion H	2015	Reino Unido	British Journal of Hospital Medicine	Revisão de literatura
McCallister JW	2015	EUA	American Thoracic Society Journals	Editorial
Neiterman E	2015	Canadá	Social Science & Medicine	Pesquisa empírica
Ravella KC	2015	EUA	Teaching and Learning in Medicine	Pesquisa empírica
Reis SP	2015	Israel	Academic Medicine	Revisão de literatura
Sharpless J	2015	EUA	Academic Medicine	Pesquisa empírica
Spehar I	2015	Canadá	Journal of Health Organization and Management	Pesquisa empírica
Talisman N	2015	EUA	Academic Medicine	Pesquisa empírica
Wald HS	2015	EUA	Academic Medicine	Revisão de literatura
Weissman SH	2015	EUA	Academic Medicine	Editorial
Wood A	2015	Reino Unido	Medical Teacher	Pesquisa empírica
Barr J	2014	Austrália	Advances in Health Sciences Education	Pesquisa empírica
Bogetz AL	2014	EUA	Acad Psychiatry	Revisão de literatura
Boudreau JD	2014	Canadá	Academic Medicine	Pesquisa empírica
Cascón-Pereira R	2014	Espanha	Gaceta Sanitaria (Health Gazette)	Pesquisa empírica
Cruess RL	2014	Canadá	Academic Medicine	Revisão de literatura
Galam E	2014	França	La Presse Médicale	Pesquisa empírica
Goltz HH	2014	EUA	Health Promotion Practice	Revisão de literatura
Gordon S	2014	Reino Unido	Social Science & Medicine	Pesquisa empírica
Lazarsfeld-Jensen A	2014	Austrália	Nurse Education in Practice	Pesquisa empírica
Mavor KI	2014	Austrália	Medical Education	Revisão de literatura
Nunes ED	2014	Brasil	Ciência & Saúde Coletiva	Revisão de literatura
O'Sullivan PS	2014	EUA	Academic Medicine	Pesquisa empírica
Rodríguez C	2014	Canadá + Europa central	BMC Medical Education	Pesquisa empírica
Gendron TL	2013	EUA	Gerontology & Geriatrics Education	Pesquisa empírica
Kim-Prieto C	2013	EUA	Biochemistry and Molecular Biology Education	Pesquisa empírica
Kligler B	2013	EUA	Academic Medicine	Pesquisa empírica
Liborius P	2013	Alemanha	The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied	Revisão de literatura
Sklar DP	2013	EUA	Academic Medicine	Editorial
Stevens GW	2013	China (Hong Kong)	Advances in Health Care Management	Revisão de literatura
Wilson I	2013	Austrália	Teaching and Learning in Medicine: An International Journal	Revisão de literatura
Burford B	2012	Reino Unido	Medical Education	Revisão de literatura
Byszewski A	2012	Canadá	BMC Medical Education	Pesquisa empírica
Goldie J	2012	Reino Unido	Medical Teacher	Revisão de literatura
Helmich E	2012	Holanda	Medical Education	Revisão de literatura
Holden M	2012	EUA	HealthCare Ethics Committee Forum	Revisão de literatura
Jarvis-Selinger S	2012	Canadá	Academic Medicine	Revisão de literatura
Karmali S	2012	Canadá	Advances in Health Care Management	Revisão de literatura
Lordly D	2012	Canadá	Canadian Journal of Dietetic Practice and Research	Pesquisa empírica
Maio G	2012	Brasil	Rehabilitation	Revisão de literatura
Molnár R	2012	Hungria	Orvosi Hetilap (Revista Médica Semanal na Hungria)	Revisão de literatura
Reddy ST	2012	EUA	Journal of Hospital Medicine	Pesquisa empírica
Woollard B	2012	Canadá	Medical Education	Revisão de literatura
Aguiar AE	2011	Austrália	Education for Health	Revisão de literatura
Almeida MT	2011	Brasil	Revista Bioética	Revisão de literatura
Campbell AV	2011	Cingapura	Preserving Medical Ethics	Editorial
Iyer A	2011	Austrália	Journal of Personality and Social Psychology	Pesquisa empírica
Shultz SM	2011	EUA	Journal of Medical Biography	Revisão de literatura
Skaalvik EM	2011	Noruega	Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal	Pesquisa empírica
Foelsch PA	2010	Alemanha	Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie	Pesquisa empírica
Helmich E	2010	Holanda	Medical Education	Pesquisa empírica
MacLeod A	2010	Canadá	Advances in Health Sciences Education	Pesquisa empírica
McLachlan J	2010	Reino Unido	The Clinical Teacher	Pesquisa empírica

Quadro 7 – Artigos incluídos na revisão de literatura, por ano de publicação (conclusão)

Nome do primeiro autor	Ano de publicação	Nacionalidade	Revista	Método / Tipo de estudo
Rademacher R	2010	EUA	Medical Teacher	Pesquisa empírica
Sabino C	2010	Brasil	Revista de Saúde Coletiva	Pesquisa empírica
Salgiri SG	2010	Turquia	Journal of the History of Medicine	Revisão de literatura
Strauman EC	2010	EUA	Journal of Medical Humanities	Revisão de literatura
Zanetti M	2010	EUA	Teaching and Learning in Medicine	Pesquisa empírica
Cohen MJ	2009	EUA	The American Journal of Psychoanalysis	Revisão de literatura
Hewett DG	2009	Austrália	Social Science & Medicine	Pesquisa empírica
Machado MA	2009	Brasil	Dissertação ENSP / FIOCRUZ	Pesquisa empírica
Pardon C	2009	França	Journal of Epidemiology and Public Health	Pesquisa empírica
Weekly S	2009	EUA	Academic Psychiatry	Pesquisa empírica
Peng W	2008	EUA	CyberPsychology & Behavior	Revisão de literatura
Shakespeare P	2008	Reino Unido	Nursing Inquiry	Pesquisa empírica
Bickel J	2007	EUA	Academic Psychiatry	Pesquisa empírica
Draper C	2007	África do Sul	Medical Teacher	Pesquisa empírica
Mok Y	2007	China (Hong Kong)	Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology	Pesquisa empírica
Shih M	2007	EUA	Nursing Philosophy	Pesquisa empírica
Armstrong D	2006	Reino Unido	Sociology of Health & Illness	Pesquisa empírica
Forbes T	2006	Reino Unido	Journal of Nursing Management	Pesquisa empírica
Horwitz Campos N	2006	Chile	Revista Médica de Chile	Revisão de literatura
Kernberg OF	2006	EUA	Psychoanalytic Quarterly	Revisão de literatura
Klitzman R	2006	EUA	Perspectives in Biology and Medicine	Pesquisa empírica
O'Flynn N	2006	Reino Unido	Patient Education and Counseling	Pesquisa empírica
Fiore MLM	2005	Brasil	Psicologia: Reflexão e Crítica	Pesquisa empírica
Fitzgerald A	2004	Austrália	Contemporary Nurse	Pesquisa empírica
Lam A	2003	EUA	Journal of Current Surgery	Editorial
Bendle MF	2002	Reino Unido	British Journal of Sociology	Revisão de literatura
Ramos-Cerqueira ATA	2002	Brasil	Interface – Comunicação Saúde Educação	Revisão de literatura
Färdow J	2000	Suécia	Läkartidningen	Editorial
Marracino RK	1998	EUA	Journal of General Internal Medicine	Revisão de literatura
Duckworth KS	1994	EUA	Harvard Review of Psychiatry	Revisão de literatura
Blackwell B	1993	EUA	General Hospital Psychiatry	Revisão de literatura
Lipsitt DR	1993	EUA	General Hospital Psychiatry	Editorial
Weaver LT	1993	Reino Unido	Journal of the Royal College of Physicians of London	Editorial
Taylor KM	1992	Canadá	Social Science & Medicine	Pesquisa empírica
Sharpless EA	1985	EUA	Book of Carleton University	Pesquisa empírica
Weisman CS	1985	EUA	Social Science & Medicine	Revisão de literatura
Segal D	1984	EUA	International Journal of Health Services	Pesquisa empírica
Edelstein EL	1982	Israel	Psychiatric Clinics of North America	Revisão de literatura
Brent DA	1981	EUA	Journal of Medical Education	Revisão de literatura
Rosenberg EH	1979	Israel	Medical Education	Pesquisa empírica
Batt R	1972	EUA	Albany Medical Center Hospital	Revisão de literatura

Fonte: A autora, 2022.

**ANEXO A – Termo de anuência da COREME / HUGG / UNIRIO****TERMO DE ANUÊNCIA**

O Prof. Dr. Rossano Kepler Alvim Fiorelli Presidente da Comissão de Residência Médica (COREME) do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) está de acordo com a execução do projeto “A construção da identidade médica na concepção de médicos recém-formados”, coordenado pela pesquisadora Débora Alves dos Santos Fernandes, professora de Medicina Assistente Classe B Nível 02 da Escola de Medicina e Cirurgia (EMC) da UNIRIO, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 2020



**Prof. Dr. Rossano Kepler Alvim Fiorelli**  
Presidente da Comissão de Residência Médica (COREME)  
do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG)  
da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP-HUGG / UNIRIO

UNIRIO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E  
GUINLE / HUGG- UNIRIO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A construção da identidade médica na concepção de médicos recém-formados

**Pesquisador:** DEBORA ALVES DOS SANTOS FERNANDES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 29008620.0.0000.5258

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.004.668

**Apresentação do Projeto:**

O projeto detalha objetivamente sobre a construção da identidade médica e de como os aspectos institucionais, atitudes, valores e virtudes dos modelos profissionais com os quais os estudantes convivem, assim como, a cultura institucional da escola de medicina, influenciam na formação do jovem médico.

Estudo observacional, do tipo transversal, de natureza qualitativa a ser desenvolvido por meio de entrevista semiestruturada.

Os sujeitos da pesquisa serão os médicos residentes do Hospital Universitário Gaffrée Guinle, das diversas clínicas, graduados há no máximo cinco anos.

**Critérios de Inclusão:** Médicos de ambos dos sexos, com idade entre 18 (inclusive) e 65 anos (inclusive), do PRM do HUGG / UNIRIO, graduados a, no máximo, cinco anos e aceitarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (BRASIL 2013). Casos omissos aos critérios descritos serão detalhados nos resultados da pesquisa.

**Critérios de Exclusão:** Médicos residentes que solicitaram reserva para a vaga se convocado a servir às Forças Armadas e realizaram Serviço Militar antes ou durante o PRM, que desejarem não participar da pesquisa, em qualquer momento, após assinarem o TCLE e que possuem qualquer condição Qualquer condição aguda ou crônica que limite a capacidade do residente para participar

**Endereço:** Rua Mariz e Barros nº 775

**Bairro:** Tijuca

**CEP:** 22.270-004

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)1264-5317

**Fax:** (21)1264-5177

**E-mail:** cephugg@gmail.com

UNIRIO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E  
GUINLE / HUGG- UNIRIO



Continuação do Parecer: 4.004.668

da pesquisa.

A coleta de dados será realizada através da entrevista semi-estruturada que serão gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Entrevista Parte 1 – Dados sociodemográficos. Parte 2 – Identidade médica: roteiro previamente estabelecido com perguntas abertas previamente formuladas, atendendo as finalidades exploratórias do estudo.

A análise dos dados será realizada com a transcrição das entrevistas na íntegra. Os dados textuais extraídos das transcrições serão analisados com o apoio do software webQDA.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar a presença de associação entre as variáveis sociodemográficas e a identidade médica;  
Pesquisar fatores externos ao curso médico (motivação para escolha da profissão, relações familiares, experiências extracurriculares e extra institucionais) na formação da identidade médica;

Verificar a influência do ambiente educacional (projeto pedagógico do curso, corpo docente, infraestrutura da Instituição de Ensino Superior, relações interpessoais) na formação da identidade médica;

Analisar a influência dos primeiros anos do exercício profissional médico na consolidação da identidade médica.

Relacionar a identidade médica com as diretrizes curriculares nacionais

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Riscos relacionados à pesquisa: pode haver risco relativo para os participantes da pesquisa com relação à utilização de dados, entretanto, pesquisadora se compromete em garantir que os dados serão utilizados com rigor, confiabilidade e confidencialidade, além de garantir a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa.

Benefícios:

Benefícios relacionados à pesquisa: Os benefícios estão relacionados ao fornecimento dos resultados da pesquisa à direção do curso dos PRM /HUGG/ UNIRIO com a intenção de oferecer informações que contribuam para manutenção e melhoria do ensino médico e formação em serviço de qualidade

**Endereço:** Rua Mariz e Barros nº 775

**Bairro:** Tijuca

**CEP:** 22.270-004

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)1264-5317

**Fax:** (21)1264-5177

**E-mail:** cephugg@gmail.com

**UNIRIO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E  
GUINLE / HUGG- UNIRIO**



Continuação do Parecer: 4.004.668

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto possui uma temática de extrema importância para a contribuição do ensino médico e sua formação profissional.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado
- 5) Cronograma: Adequado
- 6) Anuência da Instituição cenário: Adequado
- 7) Instrumentos de coleta de dados: Adequado

**Recomendações:**

Sugiro reajustar o cronograma (data de início de coleta de dados) conforme descrito no projeto detalhado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois atendeu as pendências anteriores estando de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNSo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1501348.pdf	05/03/2020 16:41:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Proj_pesq_DeboraAlves_v3_BROCHURA.pdf	05/03/2020 16:40:54	DEBORA ALVES DOS SANTOS FERNANDES	Aceito
Outros	Proj_pesq_DeboraAlves_v2_TERMO_D E_ANUENCIA_assinado.pdf	05/03/2020 16:40:05	DEBORA ALVES DOS SANTOS FERNANDES	Aceito
Outros	Proj_pesq_DeboraAlves_v2_QUEST E ENTREVISTA.pdf	05/03/2020 16:38:29	DEBORA ALVES DOS SANTOS FERNANDES	Aceito

**Endereço:** Rua Mariz e Barros nº 775

**Bairro:** Tijuca

**CEP:** 22.270-004

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)1264-5317

**Fax:** (21)1264-5177

**E-mail:** cephugg@gmail.com

**UNIRIO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO GAFFRE E  
GUINLE / HUGG- UNIRIO**



Continuação do Parecer: 4.004.668

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Proj_pesq_DeboraAlves_v3_TCLE.pdf	05/03/2020 16:38:09	DEBORA ALVES DOS SANTOS FERNANDES	Aceito
Outros	Proj_pesq_DeboraAlves_v3_DISPENSA_DE_FORMULARIO.pdf	05/03/2020 16:37:54	DEBORA ALVES DOS SANTOS FERNANDES	Aceito
Cronograma	Proj_pesq_DeboraAlves_v2_CRONOGRAMA.pdf	05/03/2020 16:37:05	DEBORA ALVES DOS SANTOS FERNANDES	Aceito
Folha de Rosto	Proj_pesq_DeboraAlves_v2_FOLHA_DE_FOLHA_D E_ROSTO_assinada1.pdf	05/03/2020 16:31:09	DEBORA ALVES DOS SANTOS FERNANDES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Maio de 2020

---

**Assinado por:  
Jorge Francisco da Cunha Pinto  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Mariz e Barros nº 775  
**Bairro:** Tijuca **CEP:** 22.270-004  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)1264-5317 **Fax:** (21)1264-5177 **E-mail:** cephugg@gmail.com

## ANEXO C – Carta de submissão do artigo à Revista Brasileira de Educação Médica

---

07/11/2022 12:49

ScholarOne Manuscripts

 Revista Brasileira de Educação Médica

 Home

 Author

# Submission Confirmation

 Print

---

Thank you for your revision

---

**Submitted to**

Revista Brasileira de Educação Médica

**Manuscript ID**

RBEM-2022-0176.R2