



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**  
**DOCTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**CRISTIANA ROCHA FAÇANHA**

**ANÁLISE DAS ESCOLHAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS NO CEARÁ**  
**SOB O OLHAR DA PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA**

**FORTALEZA 2024**

CRISTIANA ROCHA FAÇANHA

ANÁLISE DAS ESCOLHAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS NO CEARÁ SOB O  
OLHAR DA PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia e Vigilância de Doenças/Agravos Não Transmissíveis

Orientador: Prof. Dr. Renan Magalhães Montenegro Junior

Coorientadora: Profa. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim

FORTALEZA 2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- F123a Façanha, Cristiana Rocha.  
ANÁLISE DAS ESCOLHAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS NO CEARÁ SOB O OLHAR DA  
PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA / Cristiana Rocha Façanha. – 2024.  
104 f. : il. color.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Pública, Fortaleza, 2024.  
Orientação: Prof. Dr. Renan Magalhães Montenegro Junior.  
Coorientação: Profa. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim .
1. Residência Médica. 2. Especialidade. 3. Psicologia Social. I. Título.

CDD 610

---

CRISTIANA ROCHA FAÇANHA

ANÁLISE DAS ESCOLHAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS NO CEARÁ SOB O  
OLHAR DA PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia e Vigilância de Doenças/Agravos Não Transmissíveis

Em: 29/01/2024

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Renan Magalhães Montenegro Junior (orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim (coorientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

---

Profa. Dra. Tatiana Monteiro Fiuza  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Virgínia Oliveira Fernandes Cortez  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## RESUMO

A residência médica (RM) no Brasil, instituída pelo Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, Lei Federal Nº 6.932, de 07 de julho de 1981 constitui uma pós-graduação lato-sensu destinada a médicos visando aprimorar sua atuação profissional e facilitar a inserção no mercado de trabalho. A admissão na RM se dá por processo seletivo aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), atualmente, são permitidas seleções unificadas nos Estados, abarcando todas as vagas de residências médicas das suas instituições de ensino. No Ceará, em 13 de dezembro de 2011, foi instituída a SURCE – Seleção Unificada para a Residência Médica do Estado do Ceará, sob a coordenação da Universidade Federal do Ceará visando otimizar o processo seletivo, diminuindo os desperdícios e as vagas ociosas nas residências em todo o Estado. Após dez anos de seleção unificada para o Programa de Residência Médica do Ceará (PRM/CE), este estudo comparativo tem como objetivo principal analisar as escolhas por especialidades médicas no Ceará sob o olhar da psicologia sócio-histórica em dois momentos históricos, os anos de 2012 e 2018, compreendendo um período de seis anos da seleção unificada. Esta pesquisa utiliza base secundária, tendo como principal base de dados e informações o estudo realizado na tese de doutorado de RIBEIRO (2020), bem como, artigos de uma revisão bibliográfica feita no período de abril a maio de 2023 a partir das plataformas PubMed e SciELO. Para a análise, esta pesquisa utiliza o método quantitativo com o devido tratamento estatístico sobre os dados apresentados na tese (RIBEIRO, 2020) somente dos anos de 2012 e 2018, bem como da análise qualitativa das informações encontradas em toda a revisão bibliográfica sobre o perfil das escolhas de especialidades médicas, a partir das categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica. Constatou-se na comparação dos dois períodos de seleção unificada do PRM/CE que há fortes indícios da feminização e elitização da medicina no Estado, bem como também há indício significativo do uso da bonificação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica para a inserção na formação em especialidades médicas voltadas à atenção secundária e terciária. Indícios de uma maior fixação do médico em seu lugar de origem e a importância das Universidades Federais para a inserção do médico na pós-graduação, também foram relevantes neste período. Há indícios, também, de que trabalhando os processos de conscientização do início ao fim da formação médica, inclusive na pós-graduação, muito da realidade de mercado e da

atenção à saúde podem sofrer significativas mudanças. Infere-se que na realidade da educação médica, onde a técnica e o saber científico são predominantes, todas as escolhas na formação e atuação profissional são mediadas por afetos que precisam ser identificados e considerados no processo formativo. Conclui-se que é possível aprimorar os processos educacionais da residência médica no Estado a partir da introdução de estratégias psicológicas. Sugere-se a introdução de conteúdos e práticas transversais contemplando o desenvolvimento das estruturas psíquicas superiores Identidade, Consciência e Afetividade no decorrer da formação médica, para tanto, será necessário diagnosticar os sentimentos e as emoções através dos mapas afetivos e, principalmente, a utilização da Educação Libertadora de Paulo Freire como estratégia a ser adaptada ao PRM/CE, visando progressos para a saúde coletiva. Seguindo os termos da lei nº12.527 (18/11/2011) e a resolução nº510/2016-CNS, sendo uma pesquisa com banco de dados públicos e/ou de bases cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, não se aplica à avaliação do Conselho de Ética de Pesquisa.

Descritores: Residência Médica, Seleção, Especialidade, Psicologia Social.

## **ABSTRACT**

The medical residency (MR) in Brazil, established by Decree No. 80,281, of September 5, 1977, Federal Law No. 6,932, of July 7, 1981, constitutes a lato-sensu postgraduate course aimed at doctors aiming to improve their professional performance and facilitate insertion into the job market. Admission to RM takes place through a selection process approved by the National Medical Residency Commission (CNRM). Currently, unified selections are allowed in the States, covering all medical residency vacancies at their educational institutions. In Ceará, on December 13, 2011, SURCE – Unified Selection for the Medical Residency of the State of Ceará was established, under the coordination of the Federal University of Ceará, aiming to optimize the selection process, reducing waste and unused vacancies in residences in the entire State. After ten years of unified selection for the Ceará Medical Residency Program (PRM/CE), this comparative study has as its main objective to analyze the choices for medical specialties in Ceará from the perspective of socio-historical psychology in two historical moments, the years from 2012 and 2018, comprising a six-year period of the unified selection. This research uses a secondary base, having as its main database and information the study carried out in RIBEIRO's doctoral thesis (2020), as well as articles from a bibliographic review carried out from April to May 2023 from the platforms PubMed and SciELO. For analysis, this research uses the quantitative method with due statistical treatment on the data presented in the thesis (RIBEIRO, 2020) only from the years 2012 and 2018, as well as qualitative analysis of the information found throughout the bibliographic review on the profile of the choices of medical specialties, based on the fundamental categories of socio-historical psychology. It was found in the comparison of the two periods of unified selection of the PRM/CE that there is strong evidence of the feminization and elitization of medicine in the State, as well as there is also significant evidence of the use of the bonus from the Basic Care Professional Valorization Program for insertion in training in medical specialties focused on secondary and tertiary care. Evidence of a greater fixation of doctors in their place of origin and the importance of Federal Universities for the insertion of doctors in postgraduate studies were also relevant in this period. There are also indications that by working on awareness processes from the beginning to the end of medical training, including postgraduate studies, much of the market reality and health care may undergo significant changes. It is inferred that in the reality of medical education, where technique and scientific knowledge are predominant, all choices in

training and professional performance are mediated by affections that need to be identified and considered in the training process. It is concluded that it is possible to improve the educational processes of medical residency in the State by introducing psychological strategies. It is suggested the introduction of transversal contents and practices contemplating the development of the higher psychic structures Identity, Consciousness and Affectivity during medical training, to this end, it will be necessary to diagnose feelings and emotions through affective maps and, mainly, the use of Paulo Freire's Liberating Education as a strategy to be adapted to the PRM/CE, aiming for progress in collective health. Following the terms of law no. 12,527 (11/18/2011) and resolution no. 510/2016-CNS, being a search with public databases and/or bases whose information is aggregated, without the possibility of individual identification, does not apply to the evaluation of the Research Ethics Board.

Descriptors: Medical Residency, Selection, Specialty, Social Psychology.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica  
AMB - Associação Médica Brasileira  
ANMR - Associação Nacional de Médicos Residentes  
ARES – Apoio às Residências em Saúde  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde  
CEP – Conselho de Ética em Pesquisa  
CFM - Conselho Federal de Medicina  
CIES – Comissão de Integração Ensino e Serviço  
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho  
CME – Comissão Mista de Especialidades  
CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas  
CNRM – Conselho Nacional de Residências Médicas  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
COREME – Comissões de Residência Médica  
EUA – Estados Unidos da América  
ESP/CE – Escola de Saúde Pública do Ceará  
FBAM - Federação Brasileira de Academias de Medicina  
FENAM- Federação Nacional de Médicos  
FUNCIPE – Fundação de Ciência e Pesquisa Maria Ione Xerez Vasconcelos  
ICC – Instituto do Câncer do Ceará  
IGMA - Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos  
MS - Ministério da Saúde  
OCDE – Organization for Economic Co-operation and Development  
OPAS – Organização Panamericana de Saúde  
Provab - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica  
PRM – Programa de Residência Médica  
PSU – Programa de Seleção Unificada  
RESMED/CE – Residência Médica do Ceará  
RM – Residência Médica  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SURCE – Seleção Unificada para Residência Médica no Estado do Ceará

SUS – Sistema Único de Saúde

UFC – Universidade Federal do Ceará, Escola de Saúde Pública do Ceará

UFCA - Universidade Federal do Cariri

UNIFOR - Universidade de Fortaleza

URSS – União da República Socialista Soviética

USP – Universidade de São Paulo

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Comparação dos principais comportamentos da seleção unificada para especialidades médicas básicas (2012 e 2018).

Tabela 2 – Comparação dos principais comportamentos da seleção unificada para especialidades médicas mais concorridas (2012 e 2018).

Tabela 3 – Comparação dos principais comportamentos da seleção unificada para especialidades médicas menos concorridas (2012 e 2018).

Tabela 4 - Artigos que apontam a vivência como aspecto psicossocial da escolha da especialidade médica.

Tabela 5 - Artigos que apontam o cuidado de si como fator psicossocial da escolha da especialidade médica.

Tabela 6 - Artigos que apontam outros sentimentos e emoções como fatores psicossociais da escolha da especialidade médica.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1: Evolução do número de médicos e da taxa de médicos por 1.000 habitantes, de 2010 a 2023, (p.34) (SCHEFFER et al. 2023).

Figura 2 – Diagrama da categorização das narrativas encontradas na tese RIBEIRO, 2020.

Figura 3: Esquema do Itinerário da Pesquisa de Paulo Freire, (p. 4/8) (HEIDMANN, et al. 2017).

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Oferta de Vagas x Inscrições na Seleção Unificada (2012 e 2018).

Gráfico 2 - Distribuição por sexo na Seleção Unificada (2012 e 2018)

Gráfico 3 - Distribuição por Idade na Seleção Unificada (2012 e 2018).

Gráfico 4 - Distribuição de Inscritos por Especialidade Básica (2012 e 2018).

Gráfico 5 - Comparação do número de inscritos nas três especialidades mais concorridas no período (2012 e 2018).

Gráfico 6 - Comparação do número de inscritos nas três especialidades menos concorridas no período (2012 e 2018).

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	16
<b>OBJETIVOS</b>	20
OBJETIVO GERAL	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
<b>CAPÍTULO 1: METODOLOGIA</b>	21
TIPO DO ESTUDO	21
O CENÁRIO E O TEMPO	21
COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES	22
ANÁLISE DOS DADOS E INFORMAÇÕES	23
ASPECTO ÉTICO DA PESQUISA	24
<b>CAPÍTULO 2: UMA BREVE REVISÃO HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO MÉDICA E A SAÚDE PÚBLICA</b>	
EDUCAÇÃO MÉDICA E SAÚDE PÚBLICA	25
<b>Educar para a cura: um breve histórico</b>	26
<b>Integração ensino e serviço na medicina brasileira</b>	29
<b>Panorama contemporâneo do mercado médico no Brasil</b>	33
A RESIDÊNCIA MÉDICA BRASILEIRA	37
<b>As especialidades médicas panorama geral</b>	41
<b>Processos seletivos para residência médica</b>	44
<b>A seleção unificada para residência médica no Ceará</b>	46
<b>CAPÍTULO 3: PSICOLOGIA SOCIAL E SUAS CATEGORIAS FUNDAMENTAIS</b>	
CATEGORIAS FUNDAMENTAIS DA PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA	48
<b>Atividade</b>	51
<b>Consciência</b>	52
<b>Identidade</b>	53
<b>Pensamento/ linguagem</b>	54
<b>Afetividade</b>	55
<b>CAPÍTULO 4: O PERFIL DAS ESCOLHAS POR ESPECIALIDADES MÉDICAS NO CEARÁ</b>	
	57

COMPARAÇÃO DO PERFIL DAS ESCOLHAS POR ESPECIALIDADES MÉDICAS NA SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA NO CEARÁ NOS ANOS DE 2012 E 2018	57
DESCRIÇÃO DE OUTROS ASPECTOS IMPORTANTES DA ESCOLHA POR ESPECIALIDADES MÉDICAS LEVANTADOS NOS SEIS PRIMEIROS ANOS DE SELEÇÃO UNIFICADA NO CEARÁ	66
CATEGORIZAÇÃO DA PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA SOBRE OS FATORES DA ESCOLHA POR ESPECIALIDADES MÉDICAS NA SELEÇÃO UNIFICADA NO CEARÁ	67
DESCRIÇÃO DA CATEGORIA AFETIVIDADE COMO MEDIADORA DAS ESCOLHAS POR ESPECIALIDADES MÉDICAS A PARTIR DAS PUBLICAÇÕES DOS ÚLTIMOS CINCO ANOS	73
<b>CAPÍTULO 5: O OLHAR PSICOLÓGICO SOB AS ESCOLHAS DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS NO CEARÁ</b>	83
A IDENTIDADE DO MÉDICO E A RESIDÊNCIA MÉDICA	83
A CONSCIENTIZAÇÃO E A EDUCAÇÃO MÉDICA	84
OS AFETOS E SUA MEDIAÇÃO NOS PROCESSOS DE ESCOLHA POR ESPECIALIDADES MÉDICAS	88
POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DA PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA NA RESIDÊNCIA MÉDICA NO CEARÁ	92
<b>Adaptando o IGMA para a residência médica no Ceará</b>	93
<b>Adaptando os círculos de cultura freiriano para o programa de residência médica no Ceará</b>	95
<b>CAPÍTULO 6: CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	98
<b>REFERÊNCIAS</b>	99

## APRESENTAÇÃO

A educação médica é um tema muito estudado em todo o mundo devido a relevância desta área no aprimoramento médico contínuo com a incorporação de tecnologias e estratégias inovadoras nas ciências da saúde. O homem evolui a cada segundo e seus saberes e práticas necessitam progredir em mesma proporção e qualidade.

Desde Hipócrates a educação médica sistemática e permanente é indicada como o único caminho para a excelência.

todo médico deve estudar a natureza humana e procurar com cuidado, se quiser cumprir suas obrigações, quais são as relações do homem com seus alimentos, com suas bebidas, com todo o seu modo de vida e quais influências cada coisa exerce sobre cada um (p.37) (HIPÓCRATES, IV a.c./2002).

A medicina é formada por características e cultura própria. Os médicos possuem uma organização corporativa (conselhos de classe, associações e comissões) de pessoas conceitualmente iguais, que existem para manter o controle sobre os campos das especialidades, promover seus interesses comuns, manter seu monopólio de conhecimento, estabelecer as qualificações exigidas para a admissão de novas habilitações, proteger seus membros contra a incursão e a concorrência e monitorar a competência e a ética dos próprios membros. HELMAN (2003) afirma que embora sejam todos membros iguais estes estão organizados em hierarquias de conhecimento e poder.

É notório a importância que a educação adquire na hierarquização da classe médica, quanto mais qualificado melhor sua posição na hierarquia e mais poder são adquiridos. Portanto, o interesse na contínua especialização está na cultura médica, faz parte da sua historicidade e identidade.

Neste contexto, as residências médicas são meios não somente de atingir a excelência técnica e científica na atenção à saúde, mas também é o instrumento pelo qual se estabelece o poder e o status entre os pares e a sociedade em geral.

Essa realidade pode explicar a alta demanda por especialização médica no mundo, segundo RIBEIRO (2020), a partir dos dados analisados dos países da Organization for Economic Co-operation and Development (OCDE), no cenário internacional 70% dos médicos são especialistas.

No Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, há um movimento de ampliação das especialidades médicas nos serviços com uma enorme expansão da assistência pública e do acesso a especialidades médicas para todos. Porém, a demanda nos programas de residência médica estão sempre superando a oferta de vagas e o problema da interiorização dos serviços é um grande desafio a ser administrado com políticas públicas.

SCLIAR, (et.al. 2002) afirma que hoje se fala de uma “medicalização” da vida. A assistência médica é uma área em que a demanda cresce sem cessar. A todo instante surgem novos exames, novos tipos de cirurgias e novos medicamentos, bem como as pessoas buscam o serviço médico para problemas que antes suportavam e resolviam de outras maneiras em seus lares.

Daí a importância do olhar multidisciplinar na educação em saúde, pois as demandas são multifacetadas e envolvem não somente questões médicas, mas psicológicas, sociológicas, pedagógicas, nutricionais, antropológicas, dentre outras. Então, como olhar o fenômeno da educação médica somente pelo prisma da medicina?

Quando SPINK (2004) trata da possibilidade de integração das áreas da saúde, afirma que os mais diversos autores são unânimes em apontar que a integração é importante, mas não significa a equalização dos saberes/fazer e nem a submissão das diferenças a uma verdade única e inequívoca. Portanto, compreende-se que a psicologia social aplicada à saúde pode auxiliar este estudo a partir dos seus conceitos básicos que analisam a complexidade do ser humano nos micros processos sócio-históricos, institucionais e políticos determinantes do processo saúde-doença.

Na psicologia social busca-se compreender a atividade do psiquismo decorrente do modo de vida em sociedade, estuda o sistema de relações e representações, a identidade, os níveis de consciência, o sentimento de pertinência a ambientes e grupos sociais, visando a transformação dialética dos indivíduos e do meio social.

Após terminar o mestrado em educação e atuar como psicóloga social por duas décadas na saúde pública e privada nas mais diversas funções assistenciais e de gestão, muitas questões sobre os processos de educação e saúde foram construídas à luz do saber psicológico. Entendendo o médico como sujeito fundamental no processo saúde-doença e percebendo a cultura médica alicerçada nos processos educacionais, é intrigante, focar

a atenção na educação médica, principalmente, na residência médica por ser a promotora do poder e status desta classe no Brasil.

Durante o doutorado acompanhando o grupo de pesquisa do professor Ph.D. Renan Magalhães Montenegro Junior e conhecendo, especificamente, a pesquisa da tese de doutoramento sobre o perfil sociodemográfico, formativo e das escolhas dos candidatos à seleção unificada para residência médica no Ceará concluída em 2020 pelo professor Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro, algumas questões foram levantadas: como o perfil das escolhas, descritos por Ribeiro, podem ser relevantes para a residência médica no Ceará? Houve mudança significativa no perfil das escolhas por especialidades na seleção unificada cearense em um corte histórico? Quais são as questões psicossociais suscitadas nos dados apresentados? Como colaborar para a seleção unificada e a formação de residentes a partir de um olhar psicossocial dos dados sobre o perfil das escolhas por especialidades para a residência?

Portanto, é importante dar continuidade a pesquisa de RIBEIRO (2020), pois há lacunas sobre o perfil das escolhas por especialidades dos candidatos à seleção unificada para a residência médica no Ceará que ainda precisam ser elucidadas. A partir de uma análise dos dados secundários, à luz da Psicologia Sócio-histórica, buscar-se-á elencar sugestões para o aprimoramento do processo de seleção unificada de residentes e da formação médica no Estado.

Este estudo sobre a tese de RIBEIRO (2020), além de todas as questões já elencadas, tem-se a seguinte problemática central: qual os aspectos psicossociais inerentes ao perfil das escolhas por especialidades, dos candidatos na seleção unificada para a residência médica no Ceará nos certames de 2012 e 2018?

Através deste problema busca-se revelar as peculiaridades das escolhas por especialidades dos candidatos no primeiro ano de seleção unificada no Estado em comparação com as escolhas no último certame que ocorreu antes da pandemia, momento que antecede as modificações sofridas pelos programas de residência médica durante a crise epidemiológica global.

A relevância deste estudo está na necessidade de constante aprimoramento dos processos seletivos para residência médica no Ceará e no Brasil, que visem a diminuição das taxas de concorrência as especialidades, o aumento da interiorização da formação em

serviço, a diminuição das vagas ociosas e a mudança cultural mediante a formação significativa.

Com a hipótese de que conhecendo melhor as questões psicossociais inerentes ao perfil das escolhas para especialidades dos candidatos para a residência médica, desvenda-se as principais motivações que intermediam essas escolhas e poder-se-á sugerir melhorias nos processos seletivos e formativos futuros no Estado.

Compreender as emoções e os sentimentos dos candidatos em seus processos de escolha é buscar garantir uma educação médica mais significativa para educadores e educandos e uma conseqüente melhoria da qualidade do ensino em serviço.

Em última análise, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será fortalecida através da maior integração do ensino e serviço com vistas ao fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS: integralidade, universalidade e equidade nos serviços e ações de saúde.

Este estudo apresenta inicialmente os objetivos e a metodologia utilizada, depois um breve histórico da educação médica e mais especificamente da residência médica, apontando as nuances do mercado médico nacional, em seguida os resultados alcançados e uma discussão sobre as possibilidades de intervenção da Psicologia Sócio-histórica na residência médica no Ceará. Concluindo então com as considerações finais apontando as lacunas ainda as serem estudadas em pesquisas futuras.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

Analisar as escolhas por especialidades médicas no Ceará sob o olhar da psicologia sócio-histórica.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar o perfil das escolhas por especialidades médicas nas seleções unificadas para residência médica do Ceará realizadas nos anos de 2012 e 2018;
- Descrever os fatores que mediam as escolhas por especialidades médicas nestes dois períodos históricos;
- Discutir a partir da psicologia sócio-histórica panoramas e perspectivas da residência médica no Estado.

## **CAPÍTULO 1: METODOLOGIA**

### **TIPO DO ESTUDO**

Este estudo com recorte transversal, com foco em dois momentos históricos na residência médica do Ceará, utiliza-se o método comparativo que, segundo FACHIN (2001), consiste em explicar fenômenos segundo suas diferenças e semelhanças, permite a análise de dados concretos e a dedução de semelhanças e divergências de elementos constantes, abstratos e gerais, propiciando investigações de caráter indireto.

Também se utiliza o método dialético de pesquisa, segundo WACHOWICZ (2001), esse método se desenvolve com a contextualização do problema a ser pesquisado e as sínteses sendo construídas em uma relação de tensão pois o real pesquisado tem contradições. A intencionalidade, a historicidade, a contradição e a totalidade são elementos fundamentais nesse tipo de estudo.

Para a coleta e análise utiliza-se procedimentos quantitativos da tese de RIBEIRO (2020) referente aos anos de 2012 e 2018 e qualitativa utilizando categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica. MINAYO et al. (2003) defende o uso dos dois métodos na pesquisa afirmando que estes não se opõem, mas sim, se completam interagindo mutuamente e dirimindo qualquer dúvida acerca do material coletado.

A fonte de dados deste estudo é secundária utiliza-se revisão bibliográfica tendo como base de dados principal a tese de doutoramento de RIBEIRO (2020), bem como os dados dos documentos publicizados e de revisão bibliográfica sobre o tema. Portanto, depende de análise de elementos bibliográficos, estatísticos ou documentais, visando mapear o cenário e propor inovações a partir da análise das informações à luz da educação médica e da psicologia sócio-histórica.

### **O CENÁRIO E O TEMPO**

A ambiência do estudo é a residência médica, na Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza, sobre os processos seletivos nos certames de 2012 e 2018. Porém trata de dados coletados por Ribeiro (2020) em sua pesquisa de doutorado, cuja população estudada foi de 17.127 médicos que participaram de processo para residência médica no Ceará durante o período de 2012 a 2018, através das informações disponibilizadas pelo banco de dados do sistema SURCE/ARES-CE.

Esta pesquisa contempla somente os dados referentes aos certames ocorridos nos anos de 2012 e 2018 tendo como critério de inclusão: dados publicizados na tese de doutorado de Ribeiro (2020) e dados publicizados no site da SURCE/ARES-CE. Os critérios de exclusão são: dados incompletos ou de outros anos.

Complementarmente, ocorre a revisão bibliográfica de coleta de dados e informações em estudos referentes ao perfil das escolhas por especialidades médicas, compreendendo o período dos cinco últimos anos, com os seguintes descritores: residência médica, especialidade e escolha, em dois idiomas (inglês e português), nas plataformas PubMed e SciELO e bibliografia relevante da psicologia sócio-histórica devido à grande relevância para a temática.

## COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES

Os dados foram coletados no período de janeiro a novembro de 2023 através da revisão bibliográfica da tese de Ribeiro (2020), de documentos disponibilizados no site da SURCE/ARES-CE e da revisão bibliográfica através das plataformas PubMed e SciELO.

Primeiramente, selecionou-se somente os dados publicizados sobre os certames para residência médica no Ceará nos anos de 2012 e 2018, disponíveis na tese de RIBEIRO (2020). Realizou-se um estudo comparativo com análise descritiva simples dos dados usando tabulação em planilhas do Microsoft Excel. Em um segundo momento analisou-se qualitativamente a partir do olhar psicológico.

Em um terceiro momento, dando continuidade a revisão bibliográfica utilizou-se publicações nacionais e internacionais, acessados através das seguintes plataformas: PubMed e SciELO, com os descritores: residência médica, escolha e especialidade. Optando-se por analisar artigos e estudos datados no período nos últimos cinco anos, totalizando no final desta etapa 509 estudos.

Para selecionar os estudos mais próximos ao objetivo da pesquisa, realizou-se a leitura dos resumos e os que apresentaram relevância foram catalogados para leitura completa, totalizando nesta etapa 53 estudos. Todos que não tinham relação direta com a pesquisa foram descartados.

Com a leitura completa dos 53 estudos selecionou-se os 18 estudos mais relevantes sobre o tema para a categorização e análise dos conteúdos referentes ao perfil da escolha

da especialidade para residência médica. Foram categorizados os 18 estudos e os conteúdos da tese de RIBEIRO (2020) para posterior análise a partir das categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica, a análise completa será desenvolvida de acordo com o cronograma proposto.

Também se utilizou informações dos relatórios públicos da REDE (rede colaborativa para estudos estratégicos da força de trabalho em saúde no Brasil) sobre o mercado médico nacional em 2023, como informações complementares.

## ANÁLISE DOS DADOS E INFORMAÇÕES

Neste momento é feito o estudo comparativo do perfil das escolhas por especialidades nas seleções para residência médica, dos anos de 2012 e 2018, estratificando pelas cinco especialidades básicas e por três especialidades mais e menos concorridas do período no Estado, não deixando de contemplar as variáveis: ofertas de vagas, inscritos, origem de unidade federativa, sexo e faixa etária. Extraindo todas as informações da base secundária: a Tese (RIBEIRO, 2020) e dos 18 estudos selecionados da pesquisa bibliográfica.

Após a análise comparativa dos dados dos dois certames (2012 e 2018) realizou-se a análise qualitativa, buscando uma generalização conceitual ou analítica, que segundo SERAPIONI (2000), permite ao método qualitativo generalizar sobre as características conceituais, sem pretender generalizar em termos numéricos.

Processou-se os dados através do método da análise de conteúdo, subdividido em cinco etapas: primeiro com a preparação do material identificou-se as diferentes informações, codificando-as. Na segunda etapa transformou-se as informações em unidades de análise com releitura e nova codificação. Na terceira etapa categorizou-se com agrupamento das informações comuns. Na quarta etapa descreveu-se os resultados em tabelas e na última etapa interpretou-se analisando as narrativas a partir da categoria psicossocial encontrada, desenvolvendo inferências e interpretações.

Portanto, se utilizou como parâmetro principalmente três das categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica: Identidade, Consciência e Afetividade, analisando dialeticamente os dados.

## ASPECTO ÉTICO DA PESQUISA

Esta pesquisa utilizou somente fontes secundárias e bibliográficas, portanto seguindo os termos da lei nº12.527 (18/11/2011) e a resolução nº510/2016-CNS, sendo uma pesquisa com banco de dados públicos e/ou de bases cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, não se aplica à avaliação do Conselho de Ética de Pesquisa.

Como as informações tratadas são referentes a tese de RIBEIRO (2020), importante esclarecer que este obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa sob o número do parecer: 3.594.361, em 24 de setembro de 2019.

## **CAPÍTULO 2: UMA BREVE REVISÃO HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO MÉDICA E A SAÚDE PÚBLICA**

### **EDUCAÇÃO MÉDICA E SAÚDE PÚBLICA**

O estudo da medicina e a saúde pública estão implicados desde o início dos tempos, seja na observação dos fenômenos de adoecimentos coletivos, na influência do clima e miasmas nas enfermidades; nos antigos estudos e experiências com corpos indigentes ou nas pesquisas clínicas mais avançadas da contemporaneidade, que trabalha com um número significativo da população para alcançar a confirmação ou refutação de hipóteses descobrindo soluções e curas para os mais diversos fenômenos e enfermidades.

A evolução da educação médica em serviço geralmente ocorre nos sistemas de saúde pública, onde busca-se o aprimoramento médico através do atendimento de uma alta demanda de pessoas em situação de alta vulnerabilidade. Programas de extensão universitária, internatos, residências médicas e programas de provimento em saúde são essenciais para a formação médica ao mesmo tempo que contempla demandas reprimidas importantes no sistema de saúde.

Desde os barbeiros do mundo antigo aos residentes de hoje o treino de habilidades e atitudes clínicas se faz através do ensino em serviço. A partir do acompanhamento e supervisão do médico mais experiente, que tem como papel fundamental capacitar seus alunos ao mesmo tempo que garante a sobrevivência e o bem-estar do paciente, o ensino em serviço se solidificou como o meio mais eficaz da educação médica e vem sendo aprimorado cada vez mais extrapolando seus limites tendo um alcance multiprofissional.

No Brasil, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída em 2004, tendo suas diretrizes implementadas pela portaria GM/MS nº 1996/2007, BRASIL (2009) e com a criação das Comissões de Integração Ensino - Serviço (CIES) ampliou o orçamento de fomentação ao ensino em serviço fortalecendo sobre maneira esta prática para todas as áreas da educação em saúde.

A partir de agora falar sobre a educação médica e a saúde pública situará o leitor no lugar onde tudo acontece, esclarecendo aspectos fundamentais deste estudo.

### **Educar para a cura: um breve histórico**

As raízes da medicina estão alicerçadas na ruptura da visão mágica e irracional sobre os males do corpo e da alma, a partir de Hipócrates, quando constrói um modelo racional do processo saúde-doença embasado na observação do indivíduo, seus males e sua ambiência. Posteriormente, com as escolas médicas europeias a partir do século XI, voltadas às elites, nasce a medicina pautada na observação empírica dos doentes, com estudos descritivos e suas relações com o meio ambiente.

BATISTA (2015), realiza a trajetória histórica da medicina moderna apresentando as suas influências sob o ensino e a pesquisa contemporânea, mostrando que muito do que vivemos hoje na educação médica se respalda em uma cultura muito enraizada.

Fazendo um percurso histórico desta cultura na modernidade, é no início do século XIX na França, com o trabalho do médico Pierre-Jean Georges Cabanis, que são estabelecidas as bases do ensino superior e profissionalizante francês, extrapolando o ensino em saúde e as fronteiras do país, virando referência de educação para as Américas, principalmente para o Brasil.

O modelo Cabanis de ensino médico, segundo FARIA e SANTOS (2021), é um modelo em que não há vinculação entre ensino e pesquisa, a organização educacional é fragmentada em faculdades, escola e institutos; com certificação universitária dos graus acadêmicos; apropriação de espaços externos ajustando-os para atividades de ensino-aprendizagem; exclusão das tutorias personalizadas e o estudo baseado em disciplinas padronizadas, formada por cátedras; e pedagogia analítica fundada no conhecimento cumulativo, didática de repetição e especialização progressiva.

Percebe-se que muito deste modelo, que nasceu há dois séculos, ainda resiste nas escolas brasileiras, com matrizes curriculares padronizadas e método de educação bancária, onde o ensino corresponde a uma necessidade de mercado e não ao desenvolvimento humano e científico.

Já no início do século XX, com o domínio do pensamento cartesiano, o ocidente inaugura a medicina científica pautada na biologia, no antropocentrismo, na tecnificação da clínica para a cura das enfermidades. Neste novo contexto, fazer medicina ganha um lugar central: os hospitais, vistos como o ambiente predominante da cura e do estudo de procedimentos, técnicas e onde se testa teorias.

O americano e educador Abraham Flexner - cujo irmão era um grande patologista da Fundação Rockefeller - após criticar o sistema educacional norte-americano, foi convidado a avaliar o sistema das escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá desenvolvendo, assim, o famoso relatório de Flexner e posteriormente, já na Europa, o livro *Medical Education in Europe*, promovendo uma verdadeira revolução ocidental na forma de se estudar e trabalhar com saúde.

Em parêntese, é importante destacar, que uma das mais históricas revoluções na saúde foi realizada a partir do olhar de um pesquisador social e educador. Foi da avaliação da educação médica na América e na Europa que novos saberes e fazeres foram se firmando na área da saúde no ocidente moderno.

O modelo educacional flexneriano surge unindo a educação médica e a pesquisa científica, baseada na perspectiva alemã, repercutindo positivamente na regulamentação e na reorganização do funcionamento das escolas médicas da época, porém excluindo definitivamente qualquer outra forma de se desenvolver conhecimento nesta área, principalmente as que não seguiam o método positivista - *ver para prever*.

A universidade e a base científica dos programas educacionais são inauguradas na educação médica por Flexner. A doença como foco central do estudo e o hospital como o ambiente primordial da pesquisa clínica são pontos fortes deste método, bem como, toda a estrutura de ensino que se conhece há décadas na educação médica ocidental.

PAGLIOSA e ROS (2008: 494-495), nos apresenta o contexto desta revolução, afirmando que os Estados Unidos viviam um caos, sem um controle estatal das diversas escolas de medicina, com abordagens terapêuticas diversas e as escolas abriam indiscriminadamente independente de fundamentação técnico-científica. Os precursores da fitoterapia e da homeopatia tinham escolas bem estruturadas, muitos médicos atuantes e boa aceitação social, até que, as pressões crescentes da indústria farmacêutica e das grandes corporações impulsiona a medicina científica.

A associação entre a corporação médica e o grande capital passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da medicina científica. Pode-se concluir, pois, que a medicina científica ou o sistema médico do capital monopolista se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades. É neste contexto e em meio a estes interesses que Flexner se insere, produz seus trabalhos e ganha notoriedade (p. 495) (PAGLIOSA e ROS 2008).

Até hoje os efeitos destes modelos são percebidos nos sistemas de saúde, a educação médica determina a qualidade e a distribuição da força de trabalho médico e conseqüentemente a saúde das pessoas. Especialidades e procedimentos ganham mais estrutura e financiamento mesmo não correspondendo a necessidade da maioria da população, pois correspondem inicialmente a necessidade científica de progresso de métodos e instrumentos que alimentam a indústria da saúde, que muitas vezes, não resolve a maior parte dos problemas da população, se apresentando inacessíveis a comunidade em geral.

Na contramão de Flexner, em 1920, com o Relatório Dawson do Reino Unido, nasce o ideário da Atenção Primária à Saúde como ponto central para a organização dos sistemas e serviços de saúde. Este defende a ideia de que a maioria dos problemas de saúde não precisam chegar aos hospitais para serem solucionados, mas sim, o atendimento médico deve iniciar ainda nos centros de saúde, nas comunidades, sendo estes a porta de entrada para o sistema de saúde. Esta ideia é a base dos movimentos sanitários que se inicia na segunda metade do século XX no Brasil.

O relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido em 1920, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. (...) por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (p.868) (LAVRAS, 2011).

Neste caminho a cura das doenças ainda é o foco, porém, há uma visão de que agindo previamente, a partir de uma atenção mais próxima ao indivíduo, em sua comunidade, evita-se o agravamento da enfermidade e a conseqüente necessidade de encaminhamento para atendimentos que exijam maior complexidade e custos. Sim, novamente, a visão de mercado é aplicada e atualmente ainda faz parte das estratégias de educação e de serviços em saúde do sistema econômico vigente.

A partir da Declaração de Alma-Ata, URSS, em 1978, os cuidados primários são destacados como prioritários por serem o início do contato do indivíduo e da comunidade com o sistema de saúde. Segundo MENDES (2004: 447), naquela ocasião chegou-se ao consenso de que a promoção e a proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social.

Este marco foi fundamental para as demais iniciativas tais como: a Carta de Ottawa em 1986 - listou recursos necessários para a promoção à saúde e ressaltou a importância da equidade, a Conferência da Austrália em 1988 – enfatizou as políticas públicas de saúde como importantes para a economia dos países, a Conferência do Rio de Janeiro em 1992 – onde foi destacada a ecologia e a saúde como interdependentes, e a Assembleia Mundial da Saúde que adotou a estratégia Saúde Para Todos para o século XXI de forma global. Todas essas evoluções conceituais e estratégicas construídas historicamente repercutem na educação médica e nas futuras reformas curriculares.

As residências médicas são fruto direto destes modelos de ensino que foca na especialização, em tecnologia, diagnóstico e cura e que ocorre primordialmente dentro dos hospitais. E que também vem tendo seus processos questionados e modificados a partir das reformas pós anos 1960 e, atualmente, com o advento da residência de medicina de saúde da família e comunidade e das residências multiprofissionais em saúde.

Devido a tantas propostas inovadoras advindas dos movimentos sociais e políticos, atualmente, defende-se a necessidade de uma terceira grande reforma na educação médica para o século XXI.

Para avançar nesta terceira geração de reformas, os profissionais de saúde devem ser educados para mobilizar conhecimentos e desenvolver raciocínio crítico e conduta ética, de modo que sejam competentes para se relacionar solidariamente com o paciente e com a população, como membros de equipes multiprofissionais (FARIA e SANTOS, 2021).

O foco desta nova reforma não seria a cura de doenças, mas sim, a cura do sistema educacional e de saúde que está adoecido por contaminação dos ideais neoliberais de mercado, da busca pelo status e o poder econômico e político mesmo que custe vidas socialmente vulneráveis. Os remédios seriam o pensamento crítico, a solidariedade, a humanização e a ética, sendo construídos nos processos educacionais com a mesma prioridade do ensino de conteúdos, técnicas e métodos da medicina científica e das pesquisas clínicas.

### **Integração ensino e serviço na medicina brasileira**

Desde o Egito (3100 a.C.), quando as questões de saúde estavam diretamente vinculadas ao cuidado e ao ensino sobre higiene e saneamento afim de se evitar enfermidades; com os gregos (400 a.C.), quando o conhecimento empírico das doenças era repassado através de tutoria do cidadão mais velho ao mais jovem; com os romanos

(200 d. C.) quando foram criados os primeiros aquedutos, esgotos subterrâneos e hospitais, onde se isolavam enfermos e marginalizados; com o Iluminismo, a difusão da teoria dos miasmas para explicar como as enfermidades se espelhavam na comunidade; até os dias atuais, em que os conceitos de promoção, prevenção e reabilitação da saúde são amplamente estudados juntamente com toda a evolução tecnológica da saúde – o ensino e serviço em saúde se faz presente no mundo.

Não se pode esquecer que na Idade Média o saber e o poder sobre as enfermidades eram de domínio religioso. As doenças eram uma espécie de punição devido ao pecado e os monges e padres cuidavam dos hospitais da época, pois na fé e nas penitências estava a cura de todos os males. Os hospitais só perdem esse caráter, no século XVIII, com a expansão mercantilista e militar, novamente questões econômicas se impõe como promotoras de mudança no ensino e serviço de saúde.

Segundo MICHEL, et al. (2011: 7), foi em 1848 que a Associação Médica Americana deu início a nova modalidade de formação médica, privilegiando o adestramento profissional em serviço com o ensino de práticas clínicas nos hospitais. Onde o termo residência nasce por ser obrigatório a moradia do médico no hospital onde o programa era desenvolvido, ficando à disposição em tempo integral.

Na realidade brasileira, os primeiros médicos formados eram egressos da Universidade de Coimbra em Portugal, conhecidos como os *físicos*. Porém, visando atender as necessidades de saúde da realeza, o nascimento da educação médica se confunde com o desenvolvimento da educação superior. As primeiras iniciativas surgem em 1808 com o desembarque da família real portuguesa no país, quando foi aberta, na Bahia, a Escola de Medicina e Cirurgia do Hospital Militar e logo em seguida a Escola Cirúrgica do Rio de Janeiro, REGO (2003: 24).

Segundo MACHADO, et al. (2018: 67), nestas escolas as dificuldades financeiras e estruturais eram enormes e formavam os chamados cirurgiões barbeiros com práticas pautadas na prática cotidiana dos mais antigos e sem conhecimento científico. A consolidação da medicina como profissão no Brasil só se deu mais tarde, em 1832, com a criação de cursos de seis anos de duração nas faculdades instituídas pela Sociedade de Medicina, com a ampliação de carga horária o conhecimento teórico acrescentou mais qualidade as práticas desenvolvidas.

Somente mais de cem anos depois, em 1934, nasce as primeiras universidades brasileiras, a Universidade de São Paulo e a Universidade do Distrito Federal, com metodologia de ensino francês e iluminista, acrescentando cientificidade às técnicas e dissociando o ensino da igreja católica. Assim inicia-se o ensino público e gratuito da medicina que teve uma interrupção na era Vargas, porém retornando com mais força com a criação das universidades federais após 1946.

Já na era desenvolvimentista do país, a educação médica sofre a influência norte-americana, onde o ensino é estruturado em departamentos e subdividido em disciplinas com níveis do básico ao especializado. O modelo flexneriano se impõe no sistema de saúde brasileiro apontando a importância da formação dos médicos especialistas. Neste período, o governo sofre imensa pressão, principalmente dos filhos da classe média, para ampliação das vagas nas universidades, havendo assim a primeira grande explosão de faculdades de medicina no país.

Décadas após, em 90, ocorre um novo incremento no quantitativo de escolas médicas, levantando muitos questionamentos sobre a qualidade do ensino em algumas instituições que não apresentavam a infraestrutura necessária para a formação adequada dos profissionais de saúde, REGO (2003: 29).

Em meio a essa realidade educacional e a toda a efervescência política e social brasileira, ocorre uma grande reforma na política pública de saúde, tendo como marco legal a lei orgânica nº 8080/1990, alicerçada em todos os princípios e preceitos discutidos em conferências nacionais e internacionais de saúde e principalmente comprometida com a estratégia *Saúde Para Todos*. Essa legislação inaugura mudanças profundas, também, na educação em saúde ao mesmo tempo que, ao exemplo do resto do mundo, torna urgente a ampliação de investimentos públicos no mercado da saúde e na indústria farmacêutica.

A Lei orgânica nº 8080/1990, BRASIL (1990: art.14), além de outras importantes questões, determina a criação de comissão específica para tratar da integração dos serviços de saúde com as instituições de ensino profissionalizante e superior, sendo um marco estruturante das políticas públicas futuras indutoras na formação profissional e na educação médica em nosso país. Posterior a este marco legal, RIBEIRO (2020: 22), destaca também outros marcos importantes, tais como: a lei de Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, as Diretrizes do Ensino da Atenção Primária de 2010 e a reformulação das Diretrizes Curriculares de 2014.

A Lei nº 10.172/2001 – das Diretrizes Curriculares Nacionais do Plano Nacional de Educação, teve um papel importante na flexibilização e na diversificação dos programas de estudos nas diferentes instituições de ensino superior, bem como no incentivo a integração ensino-pesquisa. A partir dela nasce as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina que propõe habilidades comuns para todos os cursos da saúde e habilidades específicas para o curso de medicina.

(...) ainda que preconizassem a interdisciplinaridade necessária a uma visão integral do paciente, era possível perceber a formação de médicos pouco habilidosos na prática clínica e pouco envolvidos com a visão histórico-social e humanística dos seus pacientes (p. 69) (MEIRELES, et al. (2019).

Posteriormente, em 2014, essas Diretrizes Curriculares sofrem alterações, contextualizando melhor as habilidades a serem desenvolvidas na educação médica para corresponder as reais necessidades da sociedade e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Muito do preconizado nas Diretrizes do Ensino da Atenção Primária é contemplado, portanto, a atenção integral à saúde, a formação generalista com interlocução multiprofissional, o desenvolvimento de habilidades de gestão em saúde e a priorização da educação em saúde em uma perspectiva humanizada, crítica, reflexiva e ética; são as grandes mudanças propostas nessas novas diretrizes.

O Plano Nacional de Educação Permanente em Saúde de 2004 e todos os seus princípios e estratégias também representa um importante marco do ensino em serviço, com ele a União teve de fazer importantes investimentos em educação nos governos estaduais e municipais, muitas escolas e instituições públicas receberam incremento orçamentário para promover a formação de profissionais estatutários e terceirizados do SUS, muitas especializações, mestrados e doutorados foram desenvolvidos dentro dos centros de saúde, comunidades assistidas e hospitais, promovendo um fortalecimento científico nas ações cotidianas destes profissionais, tanto nas áreas assistenciais, educacionais, quanto de gestão em saúde, favorecendo diretamente as pessoas em seu meio social.

Após todos esses marcos legais, não se pode deixar de lado uma instituição que é fundamental para a educação médica: a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), fundada em 1962 por um grupo de educadores do ensino médico, com o objetivo principal de coordenar todas as instituições de ensino médico no país. Ela teve suas ações ampliadas ao ingressar nos comitês, comissões e conselhos nacionais da área,

propondo, dentre outras questões importantes, a avaliação continuada de docentes e discentes e dos modelos pedagógicos para a adequação dos cursos às realidades sociais.

Sobre as propostas de novas abordagens para a educação médica, no final do século XX, que perdura até os dias de hoje temos: a Medicina Baseada em Evidências e a Aprendizagem Baseada em Problemas.

Com a Medicina Baseada em Evidências a cientificidade e a pesquisa quantitativa ganha uma importância maior na educação médica, a utilização de sistemas de informações e de dados epidemiológicos é imperativo para tomadas de decisão na atenção à saúde. Segundo REGO (2003), essa abordagem por mais que tenha grande contribuição não pode ser levada a condição de método para obter certezas ou como instrumento básico para consulta clínica, pois esta deve sempre primar pelo encontro médico-paciente em uma análise qualitativa e singular.

Já a Aprendizagem Baseada em Problemas é um método de ensino-aprendizagem pautada no modelo construtivista que nos apresenta uma forma mais ativa de se construir o conhecimento. Em recente pesquisa, FRANCISCO (2022), aponta que esta metodologia promove a capacidade cognitiva, bem como reforça seu potencial na promoção do desenvolvimento do pensamento crítico dos alunos. Porém cabe o questionamento se essas metodologias que já estão sendo utilizadas há décadas na academia abarcam as transformações que a educação médica necessita no âmbito da sua cultura.

Atualmente é consenso na literatura que os investimentos e políticas públicas nacionais que ampliaram a oferta de vagas em cursos de medicina, por vezes, de forma indiscriminada, não reflete com força na melhoria da qualidade da educação médica, principalmente nos seus aspectos pedagógicos, metodológicos e resultados na assistência. Surgem grandes questionamentos nas sociedades médicas, associações de classes e conselhos de saúde sobre a relação número de médico e qualidade da atenção, bem como quantitativo de mão de obra nas capitais e déficit nas regiões mais distantes e vulneráveis do país.

### **Panorama contemporâneo do mercado médico no Brasil**

A Organização Mundial de Saúde preconiza que para o equilíbrio e satisfação da assistência médica deva existir um médico para cada 1000 habitantes, RIBAS F. (et al. 2009). Após as explosões de escolas médicas no Brasil, a baixa média de idade destes

profissionais e a longevidade da população médica ativa, o número de médicos hoje extrapola o preconizado. Então, por que existe tanta deficiência na assistência médica em nosso país? Percorrendo a realidade contemporânea do mercado médico, há indícios de que ele é ordenado muito mais pelas necessidades dos profissionais e da indústria da saúde do que pelas reais demandas da sociedade em geral. Percebe-se similaridades política, cultural e econômica em todos os países colonizados.

Para pesquisadores da América do Sul, notadamente do Brasil, no campo da história da medicina ou da saúde, certas visões e abordagens da medicina colonial na África das primeiras décadas do século XX tiveram similaridades com aquelas de alguns médicos nacionais sobre a população dos subúrbios das cidades portuárias ou sobre indígenas, sertanejos e caboclos do interior do país. Os desafios passados para a interiorização da medicina e para a erradicação de doenças tropicais em ambos os continentes suscitam, igualmente, um olhar cruzado sobre a forma e o conteúdo da biopolítica dos Estados coloniais na África e dos Estados nacionais na América do Sul (COURTIS-PEIRETTI, 2021 apud CORREA, 2022).

Como reflexo desse colonialismo, no cotidiano brasileiro é comum a ausência de assistência médica aliada a falta de condições mínimas de qualidade de vida nas pequenas cidades e lugarejos. Comunidades inteiras sem infraestrutura básica, água potável, energia e instituições de apoio educacional, social e de saúde, são grandes empecilhos na interiorização da mão de obra de profissionais de saúde. Sabe-se que possuir profissionais capacitados não resolve a deficiência da atenção em saúde nestes lugares. O profissional além de necessitar de condições mínimas de trabalho, também busca qualidade de vida, que gerem um sentimento de pertencimento, para formar laços com o lugar/comunidade.

A Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento (OCDE, 2021), aponta que o número de profissionais de medicina mais que dobrou nos últimos 20 anos no Brasil, apresentando umas das maiores taxas de crescimento da densidade de médico por habitantes nestas duas décadas. A projeção é que em 2028 o Brasil supere a densidade médica registrada na média dos 38 países participantes da OCDE.

No recente estudo sobre a demografia médica brasileira (figura 1), percebe-se com muita clareza as projeções se concretizando e com elas a ampliação dos problemas da qualidade do ensino e do serviço em saúde, bem como, e não menos importante, o difícil

futuro que se apresenta para essa classe profissional, caso não se regule as projeções com total responsabilidade social.

Figura 1: Evolução do número de médicos e da taxa de médicos por 1.000 habitantes, de 2010 a 2023.



Fonte: (p. 34) (SCHEFFER (et al. 2023)).

No Ceará a realidade em 2022 se apresentava assim: 4,66 médicos por 1000 habitantes na capital; 0,39 méd. /1000 hab. na região metropolitana e 0,85 méd./ 1000 hab. no interior. SCHEFFER (et al. 2023). Apresentando em números o crescimento do quantitativo de médicos, porém, o quanto está desigual a atenção à saúde no Estado e o quanto é urgente o estabelecimento de políticas públicas de interiorização da mão de obra médica, incluindo as políticas de formação e fixação do médico no interior.

Como vivemos em um sistema econômico capitalista, com essas taxas de crescimento progressivo, anos atrás, RIBAS F. (et al. 2009) alertou para o perigo que isso apresenta a profissão e a população em geral, pois, segundo ele, qualquer mercado de trabalho encontra sobrevivência no equilíbrio entre a oferta e a procura. Nesta lógica, quando se amplia demais a oferta, ocorre degeneração perigosa no mercado e, aplicando-se ao campo da medicina, prenunciam-se reflexos negativos diretos no campo ético.

Associações, sociedades e conselhos médicos estão mobilizados há alguns anos buscando caminhos possíveis para amenizar essas projeções e assegurar a qualidade no ensino e no serviço médico. Estão empenhados em evitar o empobrecimento da classe, a sobrecarga e falta de dignidade na profissão, bem como, disputas não éticas entre pares e falta de condições para aperfeiçoamentos necessários. Portanto, a inserção desta classe na política partidária e a participação ativa desta categoria na elaboração e aprovação de regulamentações e políticas públicas são cada dia mais frequentes.

Com a finalidade de subsidiar o Ministério da Saúde com informações para tomada de decisão sobre a formação e alocação da mão de obra médica especializada no

Brasil, em 2015, nasce a Rede Colaborativa Para Estudos Estratégicos da Força de Trabalho em Saúde, fruto da parceria de três instituições: ObservaRH<sup>1</sup>, OPAS<sup>2</sup> e Fiocruz<sup>3</sup>.

A Rede, recentemente, apresentou um estudo<sup>4</sup> muito relevante sobre o mercado de trabalho formal dos médicos nos anos de 2019, 2020 e 2021, importante observar que neste período houve o pico da pandemia do Covid19, que ainda tem impactado toda a comunidade global.

No que diz respeito ao total de empregos formais do médico de 2020 a 2021, houve uma diminuição -0,6% nas contratações formais e em contrapartida um aumento significativo de 24,8% no primeiro emprego e de 7,1% nos empregos temporários. Observando os dados dos três anos, houve uma estabilidade nas contratações CLT e estatutários, bem como no setor que mais emprega, onde 72,8% são trabalhadores do setor público. Percebe-se claramente o reflexo do momento pandêmico, em que a mão de obra recém-formada foi absorvida no mercado em contratações temporárias, sem estabilidade ou garantias de continuidade.

Chama a atenção que mesmo com várias pesquisas nacionais e internacionais apontando a feminização da medicina, neste levantamento, percebe-se que os empregos formais ainda estão mais concentrados no gênero masculino. Os dados indicam que 50,9%, em 2021, dos empregados eram homens, mesmo este percentual sendo um pouco menor que o apresentado em 2020 que foi de 51,3%. Uma outra questão importante é o salário médio mensal que teve um aumento significativo, em comparação com as demais profissões da saúde, saindo de R\$ 9.994,00 (2020) para R\$ 10.793,00 (2021), porém, os homens continuam obtendo uma remuneração média maior do que as mulheres. Esse estudo ratifica indícios de que a feminização da classe médica provavelmente ocorre em trabalhos mais precários sem vínculo empregatício e / ou em atividades com menor remuneração, apontando o reflexo da cultura do patriarcado no setor da saúde no país.

As projeções, da demografia médica brasileira, afirmam que as mulheres serão maioria na medicina já em 2024.

---

<sup>1</sup> Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Ministério da Saúde.

<sup>2</sup> Organização Pan-Americana de Saúde

<sup>3</sup> Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz

<sup>4</sup> Infográfico, cuja fonte: RAIS/MTPS 2019, 2020 e 2021, foi encaminhado pelo e-mail: trabalhoemsaudebr@gmail.com, em 07.03.2023, para os participantes da REDE. Material completo a ser consultado no site: <https://trabalhoemsaude.com.br/>

Ficou bem delimitada que, por meio da projeção, que as mulheres serão maioria na medicina no Brasil, mas o fenômeno demanda acompanhamento na perspectiva da superação das desigualdades de gênero, pois há evidências que as médicas recebem remuneração inferior que à dos médicos e são minoria na maior parte das especialidades (p. 61) (SCHEFFER (et al. 2023).

Estas mesmas projeções apresentam um importante aumento no número de médicos especialistas no país. Ainda neste estudo, da demografia médica, desenvolvido pela Associação Médica Brasileira (AMB) e a Universidade de São Paulo<sup>5</sup> (USP), é denunciado o surgimento de propostas para formar especialistas médicos em empresas privadas sem a preocupação de seguir os preceitos legais e regulamentações. Isto, como consequência do grande número de egressos de faculdades de medicina, a alta demanda reprimida e alta taxa de concorrência para os programas de residência médica existentes.

Em 2022, existiam 321.581 médicos com um ou mais títulos de especialista, o que correspondia a 62,5% do total de 514.215 profissionais em atividade no país. Os demais 192.634 médicos (ou 37,5%) eram generalistas, ou seja, não possuíam título em nenhuma especialidade (p.75) (SCHEFFER (et al. 2023).

Por isso é fundamental compreender como ocorre todo esse processo de formação e especialização do profissional médico e acompanhar suas projeções para se desenvolverem estratégias e métodos que garantam a qualidade da prestação de serviços à sociedade.

## A RESIDÊNCIA MÉDICA BRASILEIRA

Atualmente, no Brasil, para um médico obter título de especialista existem dois caminhos: concluindo uma residência médica credenciada pelo Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) ou participando de concurso para obtenção do título, este realizado por uma sociedade brasileira da respectiva especialidade, credenciada à Associação Médica Brasileira (AMB).

Internacionalmente, o caráter de especialização da residência médica não é muito diferente, pelo menos no mundo ocidental, mas as diferenças que existem são identificadas em quatro tipos básicos de modelos por WEIZ (2006): o modelo francês, os dos países de língua germânica, o inglês e o dos Estados Unidos da América (EUA), todos com formatos próprios.

---

<sup>5</sup> Faculdade de Medicina da USP

O advento da especialidade no modelo francês nasce da necessidade de se fazer pesquisa médica nas instituições de ensino e hospitais, mas é no ensino privado que a especialização ganha maior visibilidade para, só posteriormente, ser integrado as universidades e é na Faculdade de Medicina de Paris onde sofre grande expansão sendo influência no mundo todo.

Já no modelo inglês de especialização médica, as origens não estão no ensino e pesquisa, mas sim em um cenário sócio-histórico problemático. Havia uma necessidade de unificação e simplificação da medicina no Reino Unido e a ideia das especialidades era um obstáculo; não existia um sistema unificado de ensino e serviço; a elite médica se dedicava mais a habilidades clínicas do que a pesquisa científica que promoviam a especialização; e os treinamentos ocorriam em hospitais gerais isolados da academia. Desta forma, a especialização nasce longe da elite médica e dentro de comunidades empresariais que desenvolviam soluções para enfermidades específicas.

Segundo WEIZ (2006), as especialidades “*German Speaking World*” – o modelo germânico - nasce em um clima científico similar ao da França, porém não possuía número suficiente de médicos docentes e pesquisadores como em Paris. Havia também uma necessidade maior de treinamento de médicos militares nos hospitais e de uma medicina mais unificada. Porém, com a comunidade internacional estabelecendo a especialização como elemento fundamental da ciência médica, Viena, logo se adaptou se transformando em um grande centro formador de especialistas, recebendo médicos do mundo inteiro.

A especialização nos EUA, nasce de suas características socioeconômicas liberais, o seu caráter privatista e descentralizador propiciou a criação de vários hospitais e escolas particulares onde a pesquisa e o ensino se integravam, bem como a criação da Associação Médica Americana e seus atos regulatórios da profissão médica teve um papel importante para a pesquisa, formação e especialização norte americana.

As instituições brasileiras seguiram inicialmente, no século XIX, o modelo europeu, mais especificamente o francês, já na segunda metade do século XX, até hoje, o modelo dos EUA é o que mais influencia os programas de residência médica.

Como a residência médica é o meio mais procurado para a titulação, importante compreendê-la. Ela é uma pós-graduação *stricto sensu* que tem sua origem no final do

século XIX em um programa do Hospital Johns Hopkins nos EUA. No Brasil, só tem início a partir da década de 1940 no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

Segundo SOUSA (1985), a história da evolução da residência médica no Brasil pode ser dividida em quatro períodos: o primeiro até 1955, quando foram consolidados os objetivos e a estrutura dos programas iniciais e poucos egressos das faculdades de medicina buscavam esse treinamento; o segundo entre 1956 a 1971, quando houve a ampliação gradual dos programas a partir dos interesses dos hospitais, dos corpos clínicos e da procura dos egressos; o terceiro a partir de 1972, com a rápida expansão dos programas devido ao aumento do número de escolas médicas, algumas sérias e outras de qualidade duvidosa, neste período o objetivo era muito mais a busca de mão-de-obra médica de baixo custo para os hospitais do que a especialização de médicos; e, o quarto período que inicia em 1977, com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) tendo como objetivo regulamentar essa pós-graduação em âmbito nacional. A partir deste momento essa modalidade de ensino médico foi definida.

(...) como modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, em nível 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 (p.112) (SOUSA, 1985).

Inicialmente o CNRM regulamentou 35 especialidades médicas distribuídas nos programas de residência da seguinte forma: especialidades de acesso direto ao programa; especialidades com exigência do pré-requisito de pelo menos um ano em Clínica Médica ou Pediatria; especialidades com exigência do pré-requisito de pelo menos um ano em Cirurgia Geral; e, especialidades com exigência do pré-requisito de pelo menos um ano Neurologia. (SOUSA, 1985).

Atualmente, no Brasil, a Comissão Mista de Especialidades (CME) define 55 especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (resolução nº 2.162/ 2017), sendo distribuídas nos programas de residência da seguinte forma: especialidades de acesso direto; especialidades de acesso com pré-requisitos; e acesso para anos adicionais. Adiante descrever-se-á melhor sobre as modalidades de ingresso nos programas.

Ao iniciar a residência, o residente médico possui direitos por lei assegurados: bolsa auxílio no valor de R\$ 4.106,09 (em 2022), com contribuição previdenciária assegurando direito de contagem de tempo para aposentadoria; um dia de folga semanal; 30 dias de férias por ano de atividade; licença paternidade de cinco dias e licença maternidade de 120 dias.

A partir do ano de 2006, há uma exigência complementar para quem recebe o título de especialista: a Certificação de Atualização Profissional, todo especialista tem que, a cada cinco anos, adquiri-la através das pontuações por participações em cursos de atualização na área de especialidade ou a partir de avaliação específica. Essa medida está entre os esforços, da AMB e demais sociedades médicas, em garantir a qualidade e a formação continuada do profissional de medicina especialista.

Neste momento, é importante refletir sobre a atual influência da indústria farmacêutica na formação continuada dos médicos, já que, na maioria das vezes, esta indústria é a maior patrocinadora dos congressos e cursos nacionais e internacionais da categoria. Financiando palestrantes, expositores, prêmios, passagens e hospedagens de profissionais, bem como, estruturas e meios para a realização destes eventos, promovendo a “*medicalização da medicina*”. Novamente, percebe-se uma forte intersecção entre educação médica e mercado.

Após a década de 2010, no Brasil, mesmo ocasionando alguns conflitos, foi estabelecida uma verdadeira revolução de políticas públicas de saúde que refletiram diretamente na formação e na profissão médica. Foram instituídos: o Revalida - Exame de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeira; o Pró-residência; O Provac – Programa de Valorização de Profissionais da Atenção Básica; o Plano Nacional de Educação Médica; e, o Programa Mais Médicos. Todas essas iniciativas tiveram forte influência direta ou indiretamente nos processos seletivos para a Residência Médica (RM).

No meio político, legislativo, atualmente, existem movimentos que estão elaborando um novo marco regulatório da Residência Médica para consolidar as maiores reivindicações da classe, a Frente Parlamentar Mista da Medicina<sup>6</sup> e o Instituto Brasil de Medicina são os principais promotores dessa discussão.

---

<sup>6</sup> <https://fpmedicina.org.br/marco-regulatorio-da-residencia-medica/> acessado em 02.05.2023.

## **As especialidades médicas panorama geral**

Na história do surgimento das especialidades médicas percebe-se o seu vínculo direto com a pesquisa médica e o ensino em serviço, além da ligação direta com questões referentes ao sistema econômico vigente pós-revolução industrial e as tendências liberais no meio social e na educação ocidental.

Produção e ao mesmo tempo produto das inovações reais (e presumidas) da pesquisa biomédica e da biotecnologia, das demandas da realização de lucros do complexo industrial farmacêutico e das indústrias de instrumentos e equipamentos (...), a medicina especializada, ao lado de seus inegáveis benefícios, produz uma série de efeitos adversos, nocivos, para além dos sabidos altíssimos custos agregados, com os quais também temos que lidar. Talvez o mais óbvio seja o desbalanço entre o número de especialistas e 'generalistas', que favorece crescentemente os primeiros (p. 57) (GIRARDI, et al. 2022)

Atualmente estão filiadas a Associação Médica Brasileira, 55 especialidades médicas. São elas, especialidades em: Acupuntura, Alergia e Imunologia, Anestesiologia, Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgião de Mão, Cirurgia Cabeça e Pescoço, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Clínica Médica, Colo Proctologia, Dermatologia, Endocrinologia e Metabologia, Endoscopia, Gastroenterologia, Genética Médica, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia e Hemoterapia, Homeopatia, Infectologia, Mastologia, Medicina de Emergência, Medicina de Família e Comunidade, Medicina do Trabalho, Medicina de Tráfego, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Intensiva, Medicina Legal e Perícia Médica, Medicina Nuclear, Medicina Preventiva e Social, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Nutrologia, Oftalmologia, Oncologia Clínica, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Patologia, Patologia Clínica/ Medicina Laboratorial, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Radioterapia, Reumatologia, e, Urologia.

Também existem 59 áreas de atuação da medicina devidamente reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, as quais correspondem a subespecialidades. São elas: Administração em Saúde, Alergia e Imunologia Pediátrica, Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular, Atendimento ao Queimado, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Bariátrica, Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial, Cirurgia do Trauma, Cirurgia Videolaparoscópica, Citopatologia, Densitometria Óssea, Dor, Ecocardiografia, Ecografia Vascular com Doppler, Eletrofisiologia Clínica Invasiva, Emergência Pediátrica, Endocrinologia

Pediátrica, Endoscopia Digestiva, Endoscopia Ginecológica, Endoscopia Respiratória, Ergometria, Estimulação Cardíaca Eletrônica Implantável, Foniatria, Gastroenterologia Pediátrica, Hansenologia, Hematologia e Hemoterapia Pediátrica, Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, Hematologia, Infectologia Hospitalar, Infectologia Pediátrica, Mamografia, Medicina Aeroespacial, Medicina do Adolescente, Medicina do Sono, Medicina Fetal, Medicina Intensiva Pediátrica, Medicina Paliativa, Medicina Tropical, Nefrologia Pediátrica, Neonatologia, Neurofisiologia Clínica, Neurologia Pediátrica, Neurorradiologia, Nutrição Parenteral e Enteral, Nutrição Parenteral e Enteral Pediátrica, Nutrologia Pediátrica, Oncologia Pediátrica, Pneumologia Pediátrica, Psicogeriatrics, Psicoterapia, Psiquiatria da Infância e Adolescência, Psiquiatria Forense, Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia, Reprodução Assistida, Reumatologia Pediátrica, Sexologia, Toxicologia Médica, Transplante de Medula Óssea, e, Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia.

É perfeitamente visível *o mundo de especialidades das especialidades* que permeia a profissão médica, irradiando sua atuação até mesmo em algumas outras profissões da saúde, tais como: nutrição, fonoaudiologia, enfermagem, fisioterapia e psicologia. Desta forma, a capilaridade da profissão médica, nos mais diversos mercados de trabalho, assegura a este profissional um amplo campo de atuação no setor saúde e garante uma cultura de relação hierárquica com as demais que muitas vezes é conflitiva e pouco colaborativa. “*O olhar do médico é de uma parcimônia bastante rigorosa nas trocas contábeis de um mundo liberal...*” (p. 94) (FOUCAULT, 2011).

Muitos autores apontam que o contexto socioeconômico é muito presente nas escolhas dos médicos por suas especialidades na residência. No Medscape<sup>7</sup> Data de 2022, ao analisar a relação entre salário e satisfação das especialidades médicas no mundo, a Cirurgia Plástica foi a que apresentou maior índice e a Infectologia foi a que apresentou menor índice em ambos os espectros fora da média. Saúde Pública foi a que apresentou maior satisfação, porém menor salário. Dentro da mediana encontra-se a Ortopedia como a de maior satisfação e salário e a Medicina de Família e Comunidade com os menores índices. Estes dados possibilitam realizar uma leitura de como se comporta o

---

<sup>7</sup> É o principal destino on-line para médicos e profissionais da saúde no mundo todo, oferecendo as últimas notícias médicas e perspectivas de especialistas; informações essenciais sobre medicamentos e doenças, bem como conteúdo de educação médica continuada.

desenvolvimento da medicina no mundo, onde as recompensas econômicas estão inversamente proporcionais a demanda reprimida de saúde da maior parte da população.

No Brasil, as oito especialidades que representam 55,6% do total de registros são: Clínica Médica e Cirurgia Geral (que são pré-requisitos para outras especialidades); Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesiologia, Ortopedia e Traumatologia, Medicina do Trabalho e Cardiologia. Há um segundo grupo de especialidades que somando-se a estes totalizam 13 especialidades que representam 70% dos registros nacionais. São elas: Oftalmologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Psiquiatria, Dermatologia e Medicina de Família e Comunidade (SCHEFFER, et al. 2023). O que se busca com a política de estabelecer especializações de pré-requisito é corresponder mais a política pública de saúde, a educação médica de qualidade e menos a ambição socioeconômica do setor.

Importante salientar que este panorama não foi muito alterado ao longo da última década, com uma grande exceção para a especialidade de Medicina de Família e Comunidade, que em pesquisa de 2015, nem aparecia nestes percentuais. Percebe-se que políticas públicas de incentivo a essa especialidade lograram êxito, formando mais mão de obra no setor da atenção primária à saúde.

No que diz respeito a remuneração a especialidade que tem obtido melhor resultado econômico por hora trabalhada (R\$ 146,76) é o neurofisiologista clínico, em primeiro lugar no ranque seguido por geneticista, radiologista e intensivista. As especialidades com menor remuneração por hora trabalhada (R\$ 121,00), em primeiro lugar foi o antroposófico, o acupunturista e o alergologista e imunologista (GIRARDI, et al. 2022).

A Região Sul concentra 55,8% dos vínculos formais de médicos do país, seguidos pelo Nordeste (18,8%) e pelo Sul (11,4%). Na Região Norte é onde se concentra mais vínculos no setor público (89%), em Roraima 97% da mão de obra especializada é de servidores públicos (GIRARDI, et al. 2022). Percebe-se a saturação do mercado nos grandes centros financeiros e a importância da presença do Estado nas Regiões mais remotas para a garantia dos serviços médicos à população.

A maioria dos estabelecimentos de saúde não credencia o seu especialista e realiza contratação direta através de CNPJ estas são intermediadas por organizações não

governamentais, organizações sociais e cooperativas médicas. O sistema de pagamento mais usado nos hospitais é o plantão médico, já nas clínicas é por produção (procedimento/ atendimento). As especialidades que possuem mais dificuldade de contratação, por parte dos gestores, são: a psiquiatria, o anesthesiologista e o neurocirurgião, mostrando uma não saturação no mercado mesmo com alta demanda.

### **Processos seletivos para Residência Médica**

Os processos de inserção em residências médicas estão a cada dia que passa mais difíceis e concorridos, segundo HAMMOUD (et al. 2020), o número médio de candidatos inscritos em diversas especialidades nos EUA e no Canadá aumentou muito na última década, em algumas especialidades até duplicou. Nestes países, psiquiatria é um exemplo de especialização com grande procura nestes últimos anos.

Portanto, o que antes era só o professor escolher ou aceitar alunos que quisessem aprender à beira dos leitos, residindo nos hospitais e seguindo seus tutores como nos modelos pioneiros de Halsted e Osler no hospital John Hopkins, hoje se faz necessário processos seletivos complexos com editais e mais de duas fases de análise. A demanda pela especialização vem aumentando progressivamente e com ela as seleções vão a cada dia ficando mais exigentes.

No Brasil, a lei que estabeleceu a Residência Médica como modalidade de ensino de pós-graduação, com o caráter de ensino em serviço é a mesma que, em seu artigo segundo, determina que a forma de admissão deve ser através de processo seletivo elaborado pelo respectivo programa e aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (BRASIL, 1981).

A CNRM é composta por representantes do Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), Federação Brasileira de Academias de Medicina (FBAM), Federação Nacional de Médicos (FENAM) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12266:composicao-da-comissao-nacional-de-residencia-medica&catid=247:residencia-medica](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12266:composicao-da-comissao-nacional-de-residencia-medica&catid=247:residencia-medica), acessado em 03.05.2023.

As vagas ofertadas para os cursos são credenciadas pela CNRM, em 2022, 996 instituições foram credenciadas à oferta de 69.206 vagas autorizadas com 45.079 residentes matriculados em 7.159 Programas de Residência Médica<sup>9</sup> pelo país.

Na resolução da CNRM n° 03, de 16 de setembro de 2011, que dispõe sobre a seleção pública, é estabelecido que o processo seletivo pode ser realizado em duas fases: escrita e prática. A primeira fase é obrigatória com o mesmo número de questões escritas para as especialidades básicas<sup>10</sup> e com o peso mínimo de 50%, a segunda fase, prática, é opcional para cada instituição podendo ter o peso de 40% a 50% da nota total. A critério da instituição 10% da nota total pode ser destinado a análise e arguição do currículo (BRASIL, 2011).

As Comissões de Residência Médica (Coreme) são as unidades institucionais, vinculadas a CNRM, que controlam e desenvolvem os programas de residência médica (MÉDICA, 2011), portanto, responsáveis diretas pela elaboração do processo seletivo. Atualmente, muitas destas comissões são inseridas no setor de ensino e pesquisa dos hospitais universitários federais.

Porém existem critérios que a CNRM exige que estejam explícitos no processo seletivo, são eles: conter informações sobre as etapas do processo e o peso de cada fase de avaliação; nota mínima para aprovação; critérios de classificação; critérios de desempate; e, no caso de avaliação curricular indicar quais títulos serão avaliados e suas respectivas pontuações (BRASIL, 2022).

Até 2011, a seleção para residência médica não era unificada como hoje. Cada instituição autorizada pelo CNRM fazia seu próprio processo individualizado, gerando maior concorrência em especialidades específicas e em grandes centros, como nas Regiões Sudeste e Sul. As qualidades da avaliação variavam entre as instituições. Outro problema era o percentual de vagas ociosas que eram gerados, pois quem não passava para vaga que havia se inscrito automaticamente estaria fora da RM, não poderia ser consultado a assumir as vagas remanescentes.

---

<sup>9</sup> Informação do MEC no site <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica>, acessado em 01.05.2023.

<sup>10</sup> Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventiva e Social.

Em nova resolução do CNRM (nº 17, de 21 de dezembro de 2022) há uma atualização dos dispositivos sobre o processo de seleção unificada, estabelecendo detalhes sobre como deve ser elaborado os editais nas instituições credenciadas a desenvolver programas de RM.

### **A seleção unificada para residência médica no Ceará**

No decorrer dos anos a CNRM realizou algumas modificações nos processos seletivos das residências médicas visando o aprimoramento e uma maior adequação da especialização à realidade nacional, a mais expressiva alteração foi a autorização para a realização de convênios entre as instituições regulamentadas dos programas de residência, propiciando a realização de seleções unificadas nos Estados, abarcando todas as vagas de residências médicas das suas instituições de ensino.

Segundo TOFFOLI (et al. 2013), a unificação da seleção às vagas por meio de uma única prova, democratiza a participação nos processos de seleção e direciona os jovens em suas especialidades de interesse para as regiões desassistidas, correspondendo às atuais políticas públicas voltadas à formação médica direcionando esses profissionais para áreas prioritárias para o SUS.

No Ceará, em 13 de dezembro de 2011, foi instituída a Seleção Unificada para a Residência Médica do Estado do Ceará, sob a coordenação da Universidade Federal do Ceará, através do convênio entre todas as instituições de ensino médico regulamentadas pela CNRM no Estado, visando otimizar o processo seletivo, ampliando a qualidade, diminuindo os desperdícios e as vagas ociosas nas residências em todo o Estado; bem como, melhorar o currículo da graduação e buscar alinhar a formação médica com as políticas públicas de saúde.

Atualmente as seguintes instituições estão conveniadas<sup>11</sup> para o PSU/RESMED/CE: UFC – Universidade Federal do Ceará, Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE, Universidade Federal do Cariri – UFCA – Barbalha, Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – Estácio, SMS – Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, ICC – Instituto do Câncer do Ceará, FUNCIPE – Fundação de Ciência e Pesquisa Maria Ione Xerez Vasconcelos, Instituto Doutor José Frota, Secretária de Saúde do Município de Sobral, Universidade Corporativa Unimed Fortaleza e Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

---

<sup>11</sup> Disponível em <https://www.resmedceara.ufc.br/ares/instituicoes>.

Em 2016, a SURCE passou a ser designada Apoio às Residências em Saúde do Ceará (ARES/CE), tendo como objetivo principal o apoio gerencial para a implementação e execução dos Programas de Residência Médica credenciados pela CNRM. Segundo RIBEIRO (2020), esse sistema de seleção unificada da ARES/CE ampliou o número de vagas ofertadas para a residência médica com a interiorização dos programas, propiciando o aumento progressivo das suas taxas de ocupação, de 81,11% em 2012 para 85,23% em 2020.

Em Pernambuco, SANTOS (et al. 2018) apresentam um resultado semelhante na seleção unificada, durante o período de 2012 a 2018 houve um aumento de 85,26% na oferta de vagas para residência médica. Bem como, observou-se um crescimento de 653,57% no financiamento por parte do Ministério da Saúde neste mesmo período.

Após mais de dez anos de seleção unificada e dois anos de enfrentamento da pandemia COVID-19, este estudo se propõe a analisar conceitualmente os certames no Ceará, com o objetivo principal de refletir sobre o Processo Seletivo Unificado da Residência Médica do Ceará (PSU/RESMED/CE) à luz da ciência psicológica e apresentar sugestões de melhoria para a residência médica.

### **CAPÍTULO 3: PSICOLOGIA SOCIAL E SUAS CATEGORIAS FUNDAMENTAIS**

O nascimento da psicologia social se confunde com a origem da psicologia moderna, ainda no início do século XX, com Wundt, na Alemanha. O pai da psicologia científica foi pioneiro na psicologia social, sua “*Völkerpsychologie*”, foi escrita em dez volumes entre 1900 e 1920. Porém, devido aos movimentos positivistas e cartesianos da época somente seus estudos a respeito da psicologia experimental ganharam visibilidade, a qual foi responsável em retirar a psicologia do status de saber filosófico para o status de conhecimento científico.

Psicologia para Wundt, era apenas em parte um ramo das ciências naturais. Ele percebeu que seria possível resolver experimentalmente certos problemas específicos dentro da filosofia. Esse projeto estritamente limitado, contudo, necessitava, em sua opinião, ser suplementado por uma forma de ‘*Geisteswissenschaften*<sup>12</sup>’ (p. 40) (FARR, 2004).

A base do laboratório científico de Wundt era o comportamento consciente do indivíduo, a qual é fundante da abordagem psicológica comportamentalista (Behaviorismo). Mas, a linguagem, a religião, os costumes, o mito, a magia e outros fenômenos emergentes da interação social não podiam ser explicados através da consciência humana, por isso ele buscou analisar a mente a partir de suas manifestações coletivas em termos da cultura, desta forma ele afirmou a necessidade de uma ciência humana e social para abarcar esses fenômenos, sendo esta, a base histórica da psicologia social.

Esse pensamento originário repercute na dicotomização da psicologia social em duas vertentes: a que estuda a respostas dos indivíduos (respostas intrapsíquicas) aos estímulos do meio social; outra, que estuda os fenômenos extra psíquicos que emergem na vida em sociedade. Desta forma surgem várias psicologias sociais, dentre elas: a norte-americana, a europeia e a latino-americana.

Portanto, a partir dos anos 1970, a psicologia social norte-americana surge com força sedimentada nas teorias cognitivistas e, posteriormente, na neurociência. O foco principal são os mecanismos cognitivos individuais subjacentes aos fenômenos sociais, trabalham com conceitos como atitude e cognição social. Enquanto isso, na Europa a

---

<sup>12</sup> Equivale na língua inglesa a ciências humanas e sociais.

psicologia social busca se destacar focando seus estudos na estrutura social, conceitos como identidade social e representação social ganham o mundo (FERREIRA, 2010).

A psicologia social latino-americana na década de 1950, começou como uma estratégia para lidar com as pressões sociais colaborando com o estabelecimento do bem-estar social, após a grande crise econômica de 1930 e o pós-guerra. Porém, esse caráter conciliador da sociedade foi sendo transformado a partir das experiências sociais das ditaduras latino-americanas e suas revoltas e revoluções.

O psicólogo social sai de suas tarefas de assistência social e se inserem em movimentos sociais críticos aos sistemas políticos e econômicos vigentes. Nasce assim a psicologia social crítica, tendo como principal teórico Martín-Baró, salvadorenho que defendia que o psicólogo social tem na conscientização de pessoas e grupos seu maior objetivo, facilitando o desenvolvimento do conhecimento crítico sobre si e sobre a realidade vivida em sociedade, para que o indivíduo consiga controlar sua existência ciente de uma sociedade dominante e opressora.

A psicologia social brasileira nasce sob as fortes influências de todas essas três vertentes, porém a que neste estudo prevalecerá é a psicologia sócio-histórica que tem influência da Psicologia Soviética de Leontiev, Luria e Vygotsky, da Latino-Americana com Martín-Baró, Maritza Monteiro, dentre outros, bem como dos brasileiros Silvia Lane, Elisabeth Bonfim, Wanderley Codo e Cezar Góis.

*“Toda a psicologia é social”* (p. 19) (LANE e CODO [org.], 2001). Essa famosa e revolucionária afirmação de Silvia Lane, a percussora da psicóloga social brasileira, é afirmar de que ciência psicológica estar-se-á tratando neste estudo. Segundo LANE e CODO (org. 2001), a Psicologia Social busca conhecer o indivíduo no conjunto de suas relações sociais, tanto no que lhe é específico quanto no que lhe é manifestação grupal e social, porém, com o interesse em responder à questão de como o indivíduo é sujeito de sua história e agente de transformação na sua própria vida e sociedade.

Ao estudar, com o olhar psicológico, o perfil das escolhas feitas pelos médicos em seu processo de formação busca-se compreender as forças psíquicas que mobilizam determinadas manifestações individuais e sociais, bem como analisar o caráter transformador e/ ou mantenedor de realidades que há neste processo da educação médica.

Segundo Bader Sawaia (LANE et al, 1995), a Psicologia Social busca compreender as contradições do homem que é um ser de relação, ciente de que sem o outro não há humanidade, transforma a alteridade em luta contra o outro e mesmo assim vive a ilusão da independência. Também compreender o homem que é unidade na

diversidade, sucumbindo ao modelo único da moral de mercado neoliberal, que estimula a luta um contra o outro.

Essas contradições são muito vivas entre os diversos profissionais na área da saúde, bem como entre as diversas especialidades médicas gerando relações conflituosas que precisam ser compreendidas para serem transformadas a partir dos processos educativos.

Essa perspectiva transformadora é um dos grandes objetivos da análise psicológica proposta neste estudo, para tanto utilizar-se-á conceitos básicos da Psicologia Comunitária que, segundo GÓIS (1994), é uma área da Psicologia Social que estuda a atividade do psiquismo decorrente do modo de vida do lugar/comunidade; estuda o sistema de relações e representações, identidade, níveis de consciência, identificação e pertinência dos indivíduos ao lugar/comunidade e aos grupos comunitários.

É no contexto grupal que nos identificamos com o outro e é nele também que nos diferenciamos deste, e assim construímos a nossa identidade, sendo o grupo condição para a sua manutenção ou metamorfose (p. 32) (CAMPOS [org.]1996).

Considerando a classe médica como uma comunidade, aqui entendida como o campo de atuação social e econômica, política e simbólica, significativa e básica da vida em sociedade, principalmente para estes profissionais, e considerando a psicologia comunitária uma área da psicologia sócio-histórica latino-americana que está estruturada em categorias fundamentais, necessita-se, neste momento, descrever tais conceitos fundantes que será a base de toda a futura análise conceitual deste estudo.

## CATEGORIAS FUNDAMENTAIS DA PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA

A psicologia sócio-histórica possui categorias fundamentais, tais como: atividade, consciência e identidade, estas são mediadas por outras categorias como pensamento/ linguagem, representação social e afetividade, todas essenciais para a relação interpessoal e nas interações do indivíduo com o mundo construindo significados e realidades.

A partir de agora apresenta-se de forma sucinta as categorias (atividade, consciência, identidade, pensamento/ linguagem e afetividade) que serão utilizadas neste estudo, aqui tratadas didaticamente em separado, porém, tendo-se a clareza que elas são interdependentes na constituição da psique humana.

## **Atividade**

Atividade é a categoria fundamental que está diretamente vinculada com as condições objetivas da vida, só possível através da interação do indivíduo com o objeto constituindo um elo indissociável entre o mundo objetivo e o subjetivo. É a partir da atividade do ser no mundo que são possibilitadas as transformações de ambos.

Ao interagir com o objeto, que em sua essência apresenta a este indivíduo toda a cultura e historicidade que lhe é constituinte, o indivíduo ressignifica o objeto com sua ação ao mesmo tempo que é ressignificado. Ao entrar em interação nem o sujeito e nem o objeto continuam sendo os mesmos e novas histórias são construídas na humanidade.

A atividade é um processo pelo qual se realizam as transformações mútuas entre sujeito e objeto. É na atividade em que se dá a passagem do objeto real para sua forma subjetiva (imagem) e, ao mesmo tempo, a passagem desta para seus resultados reais. (p.50) (GÓIS, 1994).

É nesse movimento do real para o ideal e vice-versa que o indivíduo se apropria da realidade, construindo e sendo construído de forma cada vez mais consciente com significação e sentido.

A título de uma grosseira ilustração, pode-se tomar como exemplo o vírus Covid como um objeto, que carrega toda uma história em si, ao interagir com o vírus neste momento sócio-histórico, o indivíduo o ressignificou com ações que só foram possíveis devido as construções sociais passadas e nesta interação foram construídos instrumentais novos para lidar com este objeto de forma que ressignificou este indivíduo, o vírus e a sociedade. Nada mais continua o mesmo, e a consciência humana foi estabelecida em diferentes estágios em cada pessoa.

Isso significa que é precisamente a actividade de outros homens que constitui a base material objectiva da estrutura específica da actividade do indivíduo humano; historicamente, pelo modo de aparição, a ligação entre o motivo e o objecto de uma acção não reflecte relações e ligações naturais, mas ligações e relações objectivas sociais (p. 78) (LEONTIEV, 1978).

A atividade humana só existe dentro de uma história de como ela aparece e significa algo dentro de uma realidade social refletindo relações e motivações cheias de simbolismos. Desta forma, a atividade de curar uma pessoa só se apresenta ao mundo tal como é porque há um conteúdo histórico que a significa dentro de uma realidade social.

Por exemplo, a atividade de cura xamã em uma aldeia indígena, ela só é o que é graças as relações sócio-históricas estabelecidas, percebe-se isso com mais clareza quando a deslocamos para uma outra realidade social ou temporal em que essa atividade

tenha outro significado, como o de charlatanismo, o indivíduo que executa a atividade não é percebido, não se percebe e nem percebe a ação que executa da mesma forma de como vivenciava em sua aldeia. Novos significados ocasionam mudanças de condutas e de instrumentais, ao mesmo tempo que modifica quem executa a ação.

Na atividade educativa, como a da residência médica, as mudanças do indivíduo no mundo e do mundo no indivíduo podem ser bem analisadas. Ao simplesmente reproduzir e memorizar conteúdos e práticas o aluno não atua na realidade, mas sim reproduz o que já está estabelecido, não favorece a transformação e o desenvolvimento da sua área, mas sim, a manutenção de uma realidade dominante.

Sim, pode-se viver uma vida em um ativismo sem consciência crítica, provocando a manutenção do que já está posto e muitas vezes dificultando a história de transformação social para um mundo melhor. Mas, o que é consciência? Consciência crítica?

### **Consciência**

A consciência, para a psicologia sócio-histórica, é a estrutura psíquica que surge do processo em que o indivíduo se apropria da realidade através da atividade constante e simultânea entre o ser e o mundo intermediados por instrumentos socioculturais e a linguagem.

Segundo FREIRE (1979), o que se propõe é a reflexão autêntica, não é sobre esse homem abstração (ideal) nem sobre este mundo independente deste homem, mas sobre os homens em suas relações com o mundo. Relações em que consciência e mundo se dão simultaneamente. Não havendo uma consciência antes e um mundo depois ou vice-versa.

Não dependendo da educação formal, o desenvolvimento da consciência se dá em estágios no pensamento Freiriano. Portanto, um médico pode ter uma formação de excelência, mas se não desenvolver plenamente sua consciência, passando por todos os estágios, poderá ter uma consciência menos crítica do que um agricultor que não passou muito tempo nos bancos da escola, mas que se apropriou da realidade vivida problematizando-a em coletividade.

O primeiro estágio é a consciência mágica (semi-intransitiva), quando os fenômenos vividos são explicados sem conhecimento de causa e efeito e a origem dos fatos são de uma realidade superior ao homem (deuses, azar etc.). No segundo estágio, a consciência transitiva ingênua, a realidade é interpretada de forma superficial, sem aprofundamento na análise dos fenômenos vividos, se satisfazendo com a experiência empírica e com o desprezo a concepções científicas. Já o terceiro e último estágio, a consciência transitiva crítica, há interesse na ciência, na vida política e social de forma

inquieta e problematizadora, há profundidade na análise dos problemas, busca-se a raiz das questões e a retrospectiva sócio-histórica dos fenômenos e principalmente lida bem com as contradições e nutre-se do diálogo. (GÓIS, 1994 e FREIRE, 1979).

Buscando novamente exemplificar, com a pandemia, até hoje presencia-se manifestações no mundo inteiro, independentemente da educação formal, pessoas que relatam o Covid como sendo um castigo sob os pecados do mundo, outras se satisfazem com explicações superficiais e preferem acreditar em medicações sem validade científica desprezando a vacina - inclusive médicos que defendem situações empíricas da clínica para justificarem posturas negacionistas junto aos seus clientes - e outras que defendem o conhecimento científico, defendem a vacinação e todos os protocolos como uma questão de saúde pública, mas que ao mesmo tempo segue problematizando aspectos relacionados a indústria da saúde e o contexto pandêmico na sociedade neoliberal e suas consequências a curto e longo prazos.

A conscientização não pode existir fora da 'práxis', ou melhor, sem o ato ação-reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens (p. 26) (FREIRE, 1980).

A identidade humana se constitui nesta caminhada do indivíduo por todas essas fases que o concretiza no mundo, a partir do processo da conscientização, entendida aqui como o ápice da autonomia humana.

### **Identidade**

Identidade é movimento, é desenvolvimento do concreto. Identidade é metamorfose. É sermos o Um e um Outro, para que cheguemos a ser Um, numa infundável transformação (p. 74) (LANE e CODO [org.], 2001).

Desta forma percebe-se as principais características desta categoria da psicologia sócio-histórica, diferentemente das correntes psicológicas que defendem a personalidade como sendo o conteúdo subjetivo e singular do sujeito, determinado por suas condições hereditárias e suas influências no meio em que vive. A Identidade é um projeto político onde o conhecimento de si só é possível na identificação com seu grupo social, sua história, cultura e tradições.

Quando se nasce é imposta uma identificação que aos poucos vai se tornando a identidade do sujeito, o nome é carregado de história, ancestralidade cultural, expectativas dos outros que aos poucos vão sendo incorporadas naturalmente. Na relação com novos

grupos e na atividade do ser no mundo novas identificações vão sendo agregadas ao sujeito construindo uma totalidade.

Segundo LANE e CODO (org. 2001), uma totalidade contraditória, múltipla e mutável, no entanto una. Por mais contraditório e mutável que seja, sei que sou eu que sou assim, ou seja, sou uma unidade de contrários, sou uno na multiplicidade e na mudança.

Em várias pesquisas sobre as escolhas dos residentes na RM, há fortes indícios de que questões familiares são grandes influências nas escolhas de sua prática profissional. O quanto da identidade deste residente é único, o quanto é coletivo e o quanto pode ser transmutado durante sua caminhada na vida? Ao estudar os processos de construção da identidade humana percebe-se que a atividade consciente deste ser no mundo é o que mais fortalece o sujeito enquanto unidade na multiplicidade social.

Se diferenciarmos a personagem enquanto dar-se, da personagem enquanto dado, precisamos analisar como se dá o dado, como é produzido o produto, ou seja, o próprio processo de produção. Isto porque, (...) a resposta à pergunta do tipo: Quem sou eu? Quem é você? que nos aparece como representação da identidade de alguém, constitui o dado. Para entendermos a identidade, precisamos entender o próprio processo de produção da identidade. (p. 159) (CIAMPA, 1987).

É na análise da produção da identidade individual e coletiva, como uma pessoa ou grupo social chega a sua própria definição, autoidentificação é que se possibilita a compreensão da identidade. Quais processos históricos permeiam essa identidade? Quais atividades foram realizadas nesse processo de identificação? Como se dá a cristalização desta identificação e quais os movimentos de transformações possíveis e necessários?

O pensamento e a linguagem fazem parte deste processo de identificação e estranhamento na construção de identidades. Portanto, também é uma categoria importante a ser tratada.

### **Pensamento/ Linguagem**

Estes dois conceitos são unificados em uma categoria fundamental na psicologia sócio-histórica, pois são coexistentes e indissociáveis. Ao mesmo tempo que você concretiza sua subjetividade no mundo através da linguagem, você subjetiva o mundo concreto no pensar, gerando novo fluxo, contínuo, sistemático e permanente desta dinâmica do eu no mundo.

A linguagem não é só a oral, mas sim, todos os tipos possíveis de movimento entre as abstrações internas das coisas e a comunicação concreta das abstrações psíquicas. O

pensamento e a linguagem se retroalimentam infundavelmente e sistematicamente, construindo individualidades e coletividades ao longo da história.

Segundo VYGOTSKY (1998), o pensamento nunca traduz exatamente o que a linguagem emite, pois entre ambos há uma rede de significados que é construída historicamente. Entre o pensamento e a linguagem existe a “*zona de desenvolvimento proximal*”, local onde novos significados podem ser gerados através da mediação de outrem. É nesta zona que o processo de ensino-aprendizagem e o educador se faz importante na construção de novos saberes e fazeres.

Com o aparecimento da linguagem o indivíduo liberta-se do momento presente, do percebido, do instrumental imediato e passa a utilizar símbolos construídos historicamente e coletivamente. Manejando símbolos, a abstração, a generalização e a categorização se faz possível penetrando na essência das coisas (GOIS, 1993), desenvolvendo pensamentos cada vez mais complexos.

O pensamento e a linguagem, que refletem a realidade de uma forma diferente daquela da percepção, são a chave para a compreensão da natureza da consciência humana. As palavras desempenham um papel central não só no desenvolvimento do pensamento, mas também na evolução histórica da consciência como um todo. Uma palavra é um microcosmo da consciência humana (p. 190) (VYGOTSKY, 1998).

A medicina possui uma linguagem muito própria, até mesmo na forma da escrita, a denominada “letra de médico”, as siglas e as diversas nomenclaturas que são memorizadas desde a graduação, tornam-se uma forma única de comunicação que possui um mundo de simbolismos e significados construindo uma forma peculiar de pensamento que identifica o ser médico e reflete diretamente nas atividades que executa.

### **Afetividade**

Uma outra categoria que é mediadora das demais, talvez sendo a mais central atualmente pesquisada pela psicologia sócio-histórica é a afetividade. Aqui o conceito não tem um caráter emocional romântico, mas sim, emocional cognoscente. O que significa que em tudo que agimos (atividade), em tudo que pensamos e falamos (pensamento e linguagem), em tudo que tomamos consciência, em tudo que nos identificamos (identidade) passa pelos afetos sobre os fenômenos vividos dentro de uma historicidade.

Portanto, Bader Sawaia (LANE e SAWAIA, 1995) afirma que a consciência, a atividade e a afetividade se encadeiam e se determinam reciprocamente. Quando analisamos a afetividade, neste prisma, estamos buscando superar principalmente a

dicotomia criada entre o pensar, o agir e o sentir. Pois, quando um ser está alienado não o está simplesmente por uma falta de conhecimento a respeito de algo, mas também, está nesta condição por sentir-se impotente diante de fatos e vivências.

É muito comum perceber dentre os médicos residentes a necessidade de se sentirem pertencentes a uma classe de especialistas, muitas vezes procurando, não só através da pós-graduação nutrir essa emoção, mas também através do engajamento em sociedades específicas e círculos de amigos da área. Este afeto (o estar implicado) pela especialidade e seus pares é motriz de esforços para ampliar esse pertencimento e criar sua identidade como médico.

Quando BARRETO (2017) discute os ambientes institucionalizados como possíveis espaços potencializadores da estima de lugar, ela afirma que lugares associados a sentimentos agradáveis, de segurança, lazer, sentimentos de pertencimento, revelam uma estima de lugar que potencializa a ação dos sujeitos se tornando, assim mais implicados com o lugar, desenvolvendo uma consciência cidadã sobre as problemáticas deste lugar. *“O diálogo cidadania e afetividade, em nossa compreensão, pode ser um caminho ético-político-afetivo de emancipação”* (p. 72) (BOMFIM, 2010).

Projetando estas afirmações para o mundo institucional da educação, o médico residente que associa a residência médica a este lugar seguro e agradável de pertencimento, tem um potencial maior de se envolver com as temáticas difíceis que atualmente estes enfrentam no processo de sua formação, promovendo contribuições importantes para a transformação de sua realidade.

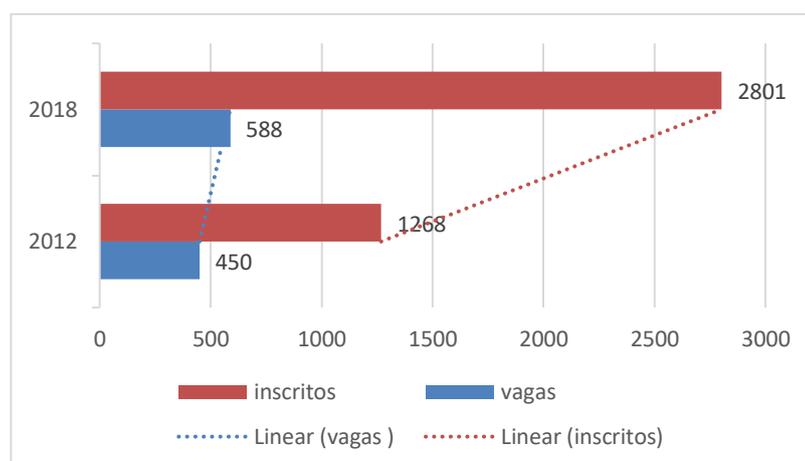
## CAPÍTULO 4: O PERFIL DAS ESCOLHAS POR ESPECIALIDADES MÉDICAS NO CEARÁ

### COMPARAÇÃO DO PERFIL DAS ESCOLHAS POR ESPECIALIDADES MÉDICAS NA SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA NO CEARÁ NOS ANOS DE 2012 E 2018

Ao realizar o estudo comparativo dos dados levantados por RIBEIRO (2020), sobre as seleções unificadas realizadas em 2012 e 2018 no Programa de Residência Médica do Ceará verifica-se algumas transformações importantes ao longo dos seis anos, principalmente no que diz respeito a ampliação de ofertas de vagas, mudanças nas questões de gênero, a ampliação do interesse por algumas especialidades e sobre o aumento da influência das pontuações adicionais para a aprovação principalmente nas mais concorridas. Também se constatou alguns fenômenos que pouco sofreram alterações ao longo deste período, tais como: a idade média, a origem, as instituições de ensino da maioria dos aprovados, bem como a taxa de concorrência para as especialidades com maior demanda de inscrições.

Sobre as ofertas das vagas para o Programa de Residência Médica do Ceará (PRM/CE) pode-se perceber (Gráfico 1) o salto no quantitativo de inscritos e o pequeno aumento do número de vagas.

Gráfico 1 - Oferta de Vagas x Inscrições na Seleção Unificada (2012 e 2018).

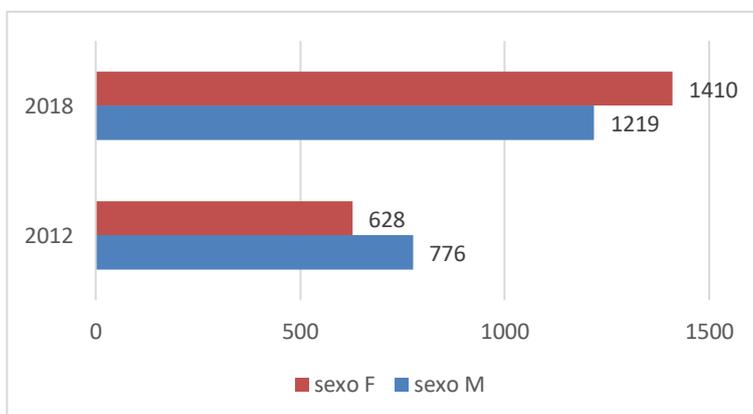


Fonte: elaborado pela autora.

Em seis anos o número de vagas aumentou na ordem de 13,3% enquanto o número de inscritos aumentou 37,7%. Apresentando que mesmo com um aumento de vagas o déficit entre oferta e demanda também só aumenta. Em 2012 o déficit entre a oferta e a procura foi de 818 vagas, já em 2018 pulou para 2.213 vagas. Isto é, pode-se inferir que com a seleção unificada impactou no interesse dos médicos pelo PRM/CE, porém não há uma ampliação do programa que corresponda a este aumento, causando um aumento da demanda reprimida para a residência médica.

Sobre as questões de gênero, RIBEIRO (2020), apresenta um estudo sobre o perfil do sexo e a escolha no PRM/CE ao longo dos seis anos. Comparando o ano de 2012 e de 2018 encontra-se uma mudança de cenário (Gráfico 2) na residência médica.

Gráfico 2 - Distribuição por sexo na Seleção Unificada (2012 e 2018)

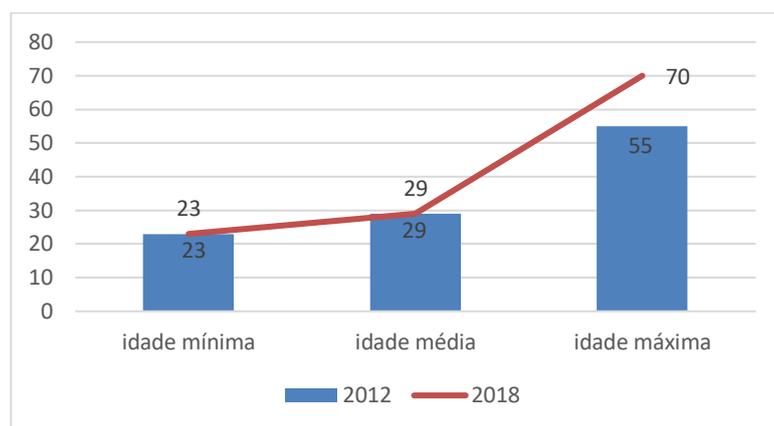


Fonte: elaborado pela autora.

Verifica-se que com a seleção unificada nos primeiros seis anos o número de mulheres inscritas no PRM/CE superou a de homens, com 191 inscrições a mais em 2018. O percentual de mulheres inscritas aumentou em 38,37% enquanto de homens cresceu 22,21% no período. Apresentando indícios de que há uma feminização da medicina, correspondendo com muitos estudos nacionais e internacionais pesquisados.

Com relação a faixa etária RIBEIRO (2020), aponta uma estabilidade na média de idade dos inscritos no PRM/CE. Porém é importante verificar no Gráfico 3 a mudança na idade máxima deste público.

Gráfico 3 - Distribuição por Idade na Seleção Unificada (2012 e 2018).

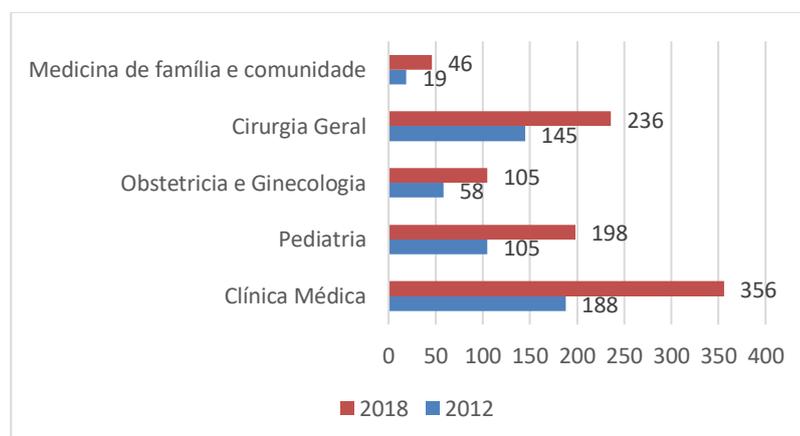


Fonte: elaborado pela autora.

Verifica-se uma regularidade na média de idade dos inscritos, porém é importante ressaltar que após seis anos de seleção unificada ocorre o fenômeno da demanda de médicos idosos para o PRM/CE. A idade máxima dos inscritos pulou de 55 para 70 anos, a idade mínima e média manteve-se estáveis neste período. Apresentando indícios de que se pós-graduar em medicina está ganhando mais importância até mesmo para médicos com muitos anos de formação, bem como pode indicar uma tendência na educação em geral que ocorre com o aumento da longevidade, onde indivíduos após os 50 anos buscam retornar aos estudos e realizar sonhos de novas formações e práticas profissionais.

Sobre as inscrições para as especialidades básicas (Gráfico 4) observa-se a mesma tendência do Gráfico 1, uma ampliação geral de inscritos de 2012 para 2018.

Gráfico 4 - Distribuição de Inscritos por Especialidade Básica (2012 e 2018).



Fonte: elaborado pela autora.

Acompanhando o aumento geral de inscrições ocorridas após a seleção unificada em todas as especialidades básicas houve aumento nestes seis anos, porém é importante

ressaltar que enquanto Medicina de Família e Comunidade foi a especialidade médica que aumentou percentualmente (41,54%) mesmo sendo a com menor número de inscrições em comparação com as demais, Clínica Médica aumentou 30,88% e Cirurgia Geral foi a que teve menor percentual de aumento 23,88% mesmo estas últimas continuando ser as de maior demanda no PRM/CE. Apresentando indícios de que está havendo mudanças importantes na residência médica no Estado abrindo novas oportunidades na saúde coletiva.

É importante observar alguns dados (RIBEIRO, 2020) que apresenta mais detalhadamente o comportamento de alteração ou manutenção da realidade do PRM/CE. Para tanto, apresenta-se na Tabela 1 os fenômenos que mais chamaram a atenção.

Tabela 1 – Comparação dos principais comportamentos da seleção unificada para especialidades médicas básicas (2012 e 2018).

Especialidade	Resultados extraídos da Tese (RIBEIRO, 2020)
1. Cirurgia Geral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os homens foram maioria dos candidatos aprovados (representaram 74% dos médicos para R1).</li> <li>- Dentre os médicos aprovados, 68,2 % eram do Ceará.</li> <li>- Ao analisar as aprovações, percebeu-se que 70,1% foram de instituições federais.</li> <li>- Taxa de concorrência: 1ª maior taxa.</li> </ul>
2. Clínica Médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As mulheres foram maioria dos candidatos aprovadas (representaram 52,9%).</li> <li>- 68,7% dos que foram aprovados eram do Ceará.</li> <li>- Ao analisar as aprovações, percebeu-se que 59,4% eram de instituições federais</li> <li>- Taxa de concorrência: 2ª maior taxa</li> </ul>
3. Ginecologia e Obstetrícia (GO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As mulheres foram maioria dos candidatos aprovadas (representaram 76,6%).</li> <li>- 50% daqueles que foram aprovados eram do Ceará</li> <li>- Ao analisar as aprovações, percebeu-se que 45,7% eram de instituições federais.</li> <li>- Taxa de concorrência: 4ª maior taxa</li> </ul>
4. Pediatria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As mulheres foram maioria dos candidatos aprovadas (representaram 88%).</li> <li>- 64,7% dos que foram aprovados eram provenientes do Ceará.</li> <li>- Ao analisar as aprovações, percebeu-se que 53,6% eram de instituições federais.</li> <li>- Taxa de concorrência: 3ª maior taxa</li> </ul>
5. Medicina de Família e Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Houve uma distribuição uniforme, mas com um discreto predomínio de homens (51,3% dos aprovados).</li> <li>- 57,5% dos que foram aprovados eram do Ceará.</li> <li>- Ao analisar as aprovações, percebeu-se que 49,5% destes médicos eram de instituições federais.</li> <li>- Taxa de concorrência: 5ª maior taxa</li> </ul>

Fonte: elaborado pela autora.

Percebe-se que nas cinco especialidades básicas, três tiveram na maioria das suas aprovações o gênero feminino, uma especialidade houve distribuição uniforme e uma o gênero masculino foi preponderante. Esses resultados novamente correspondem ao fenômeno da feminização da medicina encontrado na literatura nacional e internacional, como já se mencionou anteriormente.

Porém importante observar o fenômeno psicossocial que está mediando as questões de gênero em Cirurgia Geral, pois ainda há uma alta predominância do gênero masculino nesta especialidade, que também é encontrada nos artigos internacionais, contrariando a tendência geral de feminização na ciência médica.

Em todas as especialidades prevaleceu a aprovação de médicos do Ceará, apontando indícios da importância da seleção unificada para a fixação do médico em seu lugar comunidade. A psicologia sócio-histórica defende que quanto mais vivências e atividades em um lugar comunidade maior há a identificação, a consciência e os afetos que vinculam os indivíduos ao meio de interação. Indivíduo e meio se transformam dialeticamente fortalecendo vínculos.

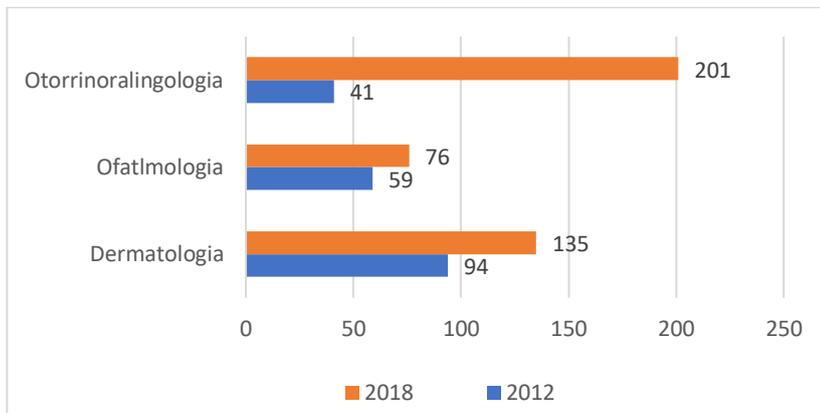
Percebe-se também que das cinco, três especialidades tiveram a maioria dos aprovados provenientes de Universidades Federais. Somente Ginecologia e Obstetrícia e Medicina de Família e Comunidade foram exceção, coincidentemente essas foram as que tiveram menor taxa de concorrência das cinco. Merecendo uma análise psicossocial mais aprofundada sobre este fenômeno.

Também é importante observar o comportamento das 15 especialidades médicas mais concorridas no Estado estudadas por RIBEIRO (2020), para tanto fez-se o levantamento das três especialidades que permaneceram com médias altas de concorrência e das três com baixa concorrência ao longo do período. Dentre as 15 especialidades mais concorridas as com médias mais altas são: Oftalmologia, Dermatologia e Otorrinolaringologia; já com médias mais baixas são: Endocrinologia, Endocrinologia Pediátrica e Radioterapia.

As mais concorridas obtiveram a média de concorrência superior a 14 candidatos por vaga e as de menor concorrência a média inferior a 6 candidatos por vaga. Nos

gráficos 5 e 6 pode-se observar como se comportaram o quantitativo de inscrições em 2012 e 2018 deixando clara a diferença entre a demanda para estas especialidades.

Gráfico 5 - Comparação do número de inscritos nas três especialidades mais concorridas no período (2012 e 2018).

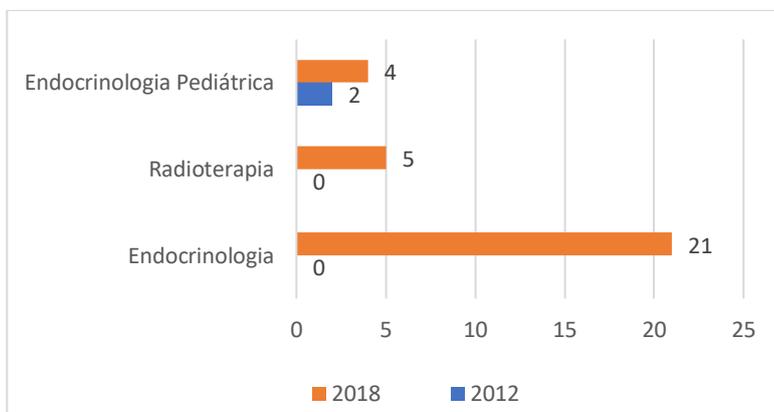


Fonte: elaborado pela autora.

Observa-se que de todas as três especialidades para seleção unificada mais concorridas, Otorrinolaringologia foi a que cresceu em seguida Dermatologia e Oftalmologia. Como aponta RIBEIRO (2020), essas especialidades aparecem também com maior concorrência em outros estudos nacionais e internacionais.

Visando comparar o perfil das escolhas das especialidades nas duas seleções unificadas observou-se também o comportamento das inscrições para as três especialidades menos concorridas, dentre as 15 especialidades estudadas por Ribeiro (gráfico 6).

Gráfico 6 - Comparação do número de inscritos nas três especialidades menos concorridas no período (2012 e 2018).



Fonte: elaborado pela autora.

Observa-se que de todas as três especialidades para seleção unificada menos concorridas, Endocrinologia foi a que cresceu mais, depois vem a Radioterapia e a Endocrinologia Pediátrica. Mesmo sendo as menos concorridas apresentam aumento da demanda de inscritos.

Através dos dados de RIBEIRO (2020) também é possível perceber que o comportamento da demanda por especialidades nestes seis anos para Endocrinologia, Radioterapia, Neurocirurgia, Neurologia, Otorrinolaringologia e Medicina de Família e Comunidade foram as que tiveram maior aumento percentual de inscritos, apresentando assim uma possível tendência de mudanças nas escolhas das especialidades ao longo do tempo.

Para observar mais detalhadamente o comportamento de alteração ou manutenção da realidade do PRM/CE no que diz respeito as especialidades mais concorridas, na Tabela 2 descreve-se alguns fenômenos importantes.

Tabela 2 – Comparação dos principais comportamentos da seleção unificada para especialidades médicas mais concorridas (2012 e 2018).

Especialidade	Resultados extraídos da Tese (RIBEIRO, 2020)
Oftalmologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Houve um equilíbrio de gênero entre os aprovados;</li> <li>- Dentre os médicos aprovados a maioria eram de escolas cearenses;</li> <li>- Ao analisar as aprovações, percebeu-se significância ter estudado em instituições federais;</li> <li>- O PROVAB influenciou significativamente para a aprovação (29%).</li> </ul>
Dermatologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Houve predominância de gênero feminino dos aprovados (89,1%);</li> <li>- Dentre os médicos aprovados a maioria eram de escolas cearenses;</li> <li>- Ao analisar as aprovações, percebeu-se significância ter estudado em instituições federais;</li> <li>- O PROVAB influenciou significativamente para a aprovação (26,3%).</li> </ul>
Otorrinolaringologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Houve um equilíbrio de gênero entre os aprovados;</li> <li>- Dentre os médicos aprovados a maioria eram de escolas cearenses;</li> <li>- Ao analisar as aprovações, percebeu-se significância ter estudado em instituições federais;</li> <li>- O PROVAB influenciou significativamente para a aprovação (9,1%).</li> </ul>

Fonte: elaborado pela autora.

Percebe-se que nas três especialidades mais concorridas, somente uma teve a grande maioria das suas aprovações o gênero feminino, as demais as questões de gênero não apresentaram influência. Esses resultados correspondem ao fenômeno da feminização da medicina mesmo nas especialidades de grande concorrência, já que nestas, não houve predominância masculina, mas sim um equilíbrio de gênero.

Porém importante observar quando RIBEIRO (2020) apresenta que outras especialidades muito concorridas tiveram predominância masculina entre inscritos e aprovados, tais como: Cardiologia (60,9%), Neurocirurgia (83,3%) e Ortopedia (93,8%) sendo um fenômeno psicossocial que merece ser mais bem pesquisado pois também é encontrada achados semelhantes em artigos internacionais.

Em todas as especialidades prevaleceu a aprovação de médicos provenientes das escolas cearenses, apontando indícios da importância da seleção unificada para a fixação do médico em seu lugar comunidade.

Percebe-se também que todas as três especialidades tiveram a maioria dos aprovados provenientes de Universidades Federais. E que para todas a bonificação do PROVAB fez diferença para a aprovação dos candidatos, mesmo essas especialidades não corresponderem a Atenção Básica à Saúde, ponto a ser discutido mais adiante.

Observando mais detalhadamente o comportamento de alteração ou manutenção da realidade do PRM/CE no que diz respeito as especialidades menos concorridas (dentre as 15 estudadas na tese), na Tabela 3 descreve-se alguns fenômenos importantes.

Tabela 3 – Comparação dos principais comportamentos da seleção unificada para especialidades médicas menos concorridas (2012 e 2018).

Especialidade	Resultados extraídos da Tese (RIBEIRO, 2020)
Endocrinologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Houve predomínio do gênero feminino entre os aprovados (90%);</li> <li>- Dentre os médicos aprovados a maioria ser de escolas cearenses não foi significativa;</li> <li>- Ao analisar as aprovações, ter estudado em instituições federais não teve significância;</li> <li>- Houve pouca ou nenhuma participação dos candidatos no PROVAB.</li> </ul>
Radioterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Houve um equilíbrio de gênero entre os aprovados;</li> <li>- Dentre os médicos aprovados a maioria eram de escolas cearenses;</li> <li>- Ao analisar as aprovações, percebeu-se significância ter estudado em instituições federais;</li> </ul>

	- O PROVAB influenciou significativamente para a aprovação.
Endocrinologia Pediátrica	- Houve predomínio do gênero feminino entre os aprovados (100%); - Dentre os médicos aprovados a maioria ser de escolas cearenses não foi significativa; - Ao analisar as aprovações, ter estudado em instituições federais não teve significância; - Houve pouca ou nenhuma participação dos candidatos no PROVAB.

Fonte: elaborado pela autora.

Percebe-se que nas três especialidades menos concorridas entre as 15 estudadas por RIBEIRO (2020), duas tiveram na grande maioria das suas aprovações o gênero feminino (Endocrinologia e Endocrinologia Pediátrica) com percentuais altíssimos de mulheres inscritas e aprovadas. Na Radioterapia não houve predominância masculina, mas sim um equilíbrio de gênero.

Em duas especialidades não prevaleceu a aprovação de médicos provenientes das escolas cearenses, divergindo da maioria das demais especialidades o comportamento das inscrições em Endocrinologia e Endocrinologia Pediátrica prevaleceu a origem de vários estados. Já em Radioterapia a prevalência da aprovação foi de alunos de escolas cearenses, como a maioria.

Percebe-se também que as especialidades de Endocrinologia e Endocrinologia Pediátrica não tiveram a maioria dos aprovados provenientes de Universidades Federais, novamente contrariando os achados da maioria das especialidades estudadas por RIBEIRO (2020). Já em Radioterapia a bonificação do PROVAB fez diferença para a aprovação dos candidatos.

O comportamento diferente das especialidades em Endocrinologia chama atenção merecendo maiores estudos futuros sobre quais os aspectos psicossociais que as fazem estar na vanguarda no que diz respeito a feminização, a diversidade da origem institucional de seus alunos aprovados e o não uso das bonificações do PROVAB como benefício para aprovação.

Muitos outros aspectos foram levantados por RIBEIRO (2020), porém não especificados como sendo eventos ocorridos nos anos de 2012 e 2018, mas por sua importância e por ser dados coletados dentro deste período de seis anos serão descritos a seguir.

## DESCRIÇÃO DE OUTROS ASPECTOS IMPORTANTES DA ESCOLHA POR ESPECIALIDADES MÉDICAS LEVANTADOS NOS SEIS PRIMEIROS ANOS DE SELEÇÃO UNIFICADA NO CEARÁ

Dentre os outros dados levantados no período é importante observar que há participação de candidatos provenientes de todos os estados brasileiros para a seleção unificada do Programa de Residência Médica do Ceará, prevalecendo um maior quantitativo de inscritos do Ceará ou de outros estados nordestinos próximos. Este indica a importância deste Programa como referência para a Região, bem como apresenta indícios de que é um perfil do candidato escolher residências próximas ao seu lugar/comunidade.

Observando a moradia da maioria dos candidatos RIBEIRO (2020), apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) como um fator importante para a caracterização socioeconômica dos candidatos à residência médica no Ceará. Constatou-se que no período estudado a maioria dos candidatos habitavam regiões da cidade de Fortaleza com IDH mais alto. Este dado aponta para a possível elitização da medicina no Estado.

Sobre a média de pontos nas especialidades básicas (acesso direto) os candidatos inscritos para Clínica Médica foram os que alcançaram melhor desempenho ao longo do período. Esse fenômeno indica um grande potencial de captação de mão de obra nesta especialidade que é tão importante para a saúde coletiva e a atenção básica à saúde. Bem como demonstra que esta especialidade básica deve ser a mais escolhidas por médicos que desejam ingressar futuramente em residências com pré-requisitos mais concorridas.

Há indícios de que nas especialidades básicas deve-se concentrar maiores esforços para a educação médica crítica voltada a saúde coletiva, bem como neste conjunto de residências de acesso direto pode-se promover movimentos de transformação social, política e cultural visando uma maior valorização do mercado para essas especialidades.

RIBEIRO (2020), identificou que as políticas indutoras para a formação de especialistas voltados ao Sistema Unificado de Saúde, tal como o Pró-residência, foram fundamentais para a expansão e a interiorização da residência médica no Nordeste. Apontando indícios da importância das ações de políticas públicas assertivas para a

promoção da educação médica integrada ao serviço principalmente nas Regiões com menor IDH.

Portanto, trabalhar questões relacionadas a política pública nos programas de residência médica é fundamental para a melhoria da qualidade da educação médica, pois todo residente é um ator político de sua história e pode promover a manutenção ou a transformação da realidade no mercado de trabalho em que está inserido.

A significância da pontuação do PROVAB na seleção unificada foi uma descoberta importante neste estudo, pois ter participado do PROVAB foi significativo para a aprovação principalmente para os candidatos às especialidades de maior concorrência.

Levanta-se as seguintes questões: até que ponto os médicos que participam do PROVAB o fazem simplesmente pela bonificação, mesmo não tendo nenhuma intenção em permanecer na atenção primária a saúde? Quanto da experiência que estes médicos adquirem no PROVAB ajudam na aquisição de conhecimentos para um melhor desempenho na seleção para RM? Como o PROVAB e os demais programas de provimento estão sendo usados e como pode-se melhorar sua implicação na seleção unificada de forma que favoreça mais a saúde coletiva e as demandas públicas? São questões que merecerão um estudo específico para serem elucidadas.

As conclusões de RIBEIRO (2020), sobre os fatores que mais influenciaram a escolha das especialidades médicas no período de seis anos de seleção unificada do PRM/CE, a busca da qualidade de vida, as boas condições de trabalho e remuneração foram preponderantes, principalmente ao observar as três especialidades mais concorridas no período: oftalmologia, dermatologia e otorrinolaringologia.

## CATEGORIZAÇÃO DA PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA SOBRE OS FATORES DA ESCOLHA POR ESPECIALIDADES MÉDICAS NA SELEÇÃO UNIFICADA NO CEARÁ

Buscando fundamentar a discussão a partir da psicologia sócio-histórica sobre panoramas e perspectivas da educação médica no Estado é importante realizar a categorização psicossocial dos achados sobre os fatores da escolha por especialidades médicas indicados por RIBEIRO (2020).

Neste momento, algumas categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica são instrumentos de interpretação e inferência para que ocorra a análise psicológica dos vários aspectos que mediam o ato da escolha profissional do médico no PRM/CE no período.

As categorias fundamentais: Identidade, Consciência, Afetividade e Atividade são as que foram identificadas como as mais presentes nas narrativas da tese e dos artigos nacionais e internacionais pesquisados.

As categorias interagem entre si no psiquismo, dialeticamente e sistematicamente em um movimento contínuo (em espiral), onde a preponderância de uma sobre a outra depende da vivência, por isso a afetividade aparece no centro da mediação na interação de todas, porém aqui (figura 2) de forma didática serão expostas em separado categorizando as narrativas.

Figura 2 – Diagrama da categorização das narrativas encontradas na tese RIBEIRO, 2020.



Fonte: Elaborado pela autora.

Um dos fatores levantados através da pesquisa sociodemográfica desenvolvida por RIBEIRO (2020), foi o sexo, como mediador do processo de escolha por determinadas especialidades. Aqui substitui-se pelo conceito de gênero, que segundo OLINTO (1998), em seus estudos sobre o uso do conceito gênero e / ou sexo em

epidemiologia, afirma que o conceito gênero enfatiza um sistema de relações que podem ou não incluir o sexo biológico. Sendo o conceito gênero mais apropriado para este estudo, já que RIBEIRO (2020), utilizou dados das informações de livre expressão dos candidatos no ato da matrícula.

O gênero teve significância nos dados levantados sobre as especialidades escolhidas, bem como foi significativa para a percepção do processo de feminização da pós-graduação em medicina no Ceará ao longo dos seis anos, correspondendo a uma perspectiva nacional e internacional. Para analisar esse fenômeno utiliza-se a categoria Identidade, refletindo como as transformações da identidade de gênero na sociedade mediam as mudanças na educação médica e como a inclusão de mais diversidade de gênero na medicina media a transformação social.

CIAMPA (1987), afirma que a identidade é uma materialidade, pois as formações materiais da identidade particular só existem em relação recíproca com a materialidade das identidades universais. Essa concretude da identidade humana se desenvolve pelo desejo e pelo trabalho em uma temporalidade, socialidade e historicidade.

Nesse estudo percebe-se que por muitas décadas houve uma supremacia do gênero masculino na medicina, como ainda há no caso de algumas especialidades principalmente as cirúrgicas (RIBEIRO, 2020). Portanto, ao longo dos anos a identidade feminina foi sendo modificada através do desejo e do trabalho na sociedade, isso também ocorreu na medicina e mediou a transformação da identidade: “ser médico<sup>13</sup>”.

Esse caráter dinâmico da Identidade, pois é um contínuo sendo que se materializa nos afetos e nas práticas sociais, mostra o quanto é importante trabalhar a construção da identidade coletiva e individual do médico, desde a sua graduação, na perspectiva de oferecer mais liberdade para atuar no que realmente deseja e se identifica, apesar dos conceitos cristalizados e dos preconceitos estruturados ao longo do tempo, pois a mutabilidade da identidade necessita de um ambiente educacional mais desafiador e livre para se desenvolver mesmo em situações conflitivas.

Percebe-se que essa feminização surge com muitas contradições, mais mulheres em especialidades clínicas menos em especialidades de alta complexidade, mais no mercado com menor valor financeiro, menos nas especialidades mais monetizadas. Mas

---

<sup>13</sup> Expressão utilizada pela autora buscando exemplificar o conceito de identidade no contexto.

o processo de fortalecimento da identidade se dá nos movimentos do contraditório, através do diálogo, da luta por espaços de poder e na valorização do já conquistado.

A mudança social, incluindo aqui a definição de novos parâmetros de inserção social para os excluídos e marginalizados, passa necessariamente pela compreensão destas construções históricas, de modo a abrir espaços para os processos de ressignificação (p. 203) (SPINK, 2004:203).

SPINK (2004) apresenta a importância da ressignificação da identidade dos excluídos (no caso está se falando das questões de gênero) a partir da consciência crítica de como essa identidade se construiu ao longo da história e na atividade dos marginalizados nos seus espaços de atuação no aqui e agora, provocando transformação no cotidiano. Quem sabe, este pode ser o caminho para consolidar a identidade feminina em mais espaços de poder na medicina.

Interessante observar que a transformação da identidade desta profissão foi tanta que hoje existem especialidades com supremacia feminina, apresentando a fragmentação da identidade médica por especialidades. Porém questiona-se: qual especialidade que tem maior ou menor valor de mercado? Como se dá os vínculos de confiança entre profissional e pacientes em relação às questões de gênero? Qual a relação entre o confortável e desconfortável em dado exame ou ato médico em relação ao gênero? São questões que podem estar implicadas nessa construção contínua da identidade médica. Como a educação pode mediar essa construção para desenvolver uma realidade mais diversa e equânime? A partir dessas reflexões que se pretende discutir e propor perspectivas nos capítulos que se seguem.

Um outro fator da escolha por especialidades médicas levantado por RIBEIRO (2020), foi o retorno financeiro. O que na interpretação psicológica trata-se das questões de valorização do médico que também está relacionada com a construção da identidade deste profissional ao longo do tempo e na sociedade atual.

Segundo GÓIS (1994), o valor pessoal é um sentimento intrínseco que ocorre quando a pessoa entra em contato com o seu núcleo de vida, uma tendência natural para a realização. Este valor implica na capacidade do indivíduo gostar de si mesmo e do que realiza. É uma expressão da própria identidade que se restauram nas relações sociais.

A monetização da medicina, indicada neste estudo infere que o valor pessoal e a identidade “ser médico” estão fortemente implicados com o valor do mercado neoliberal

atual. Mediando assim relações de submissão e opressão entre especialidades e especialistas. Desta forma, o sentimento de valorização se relaciona com a escolha da especialidade e o sentimento de realização pessoal, estes intrínsecos ao indivíduo sendo fortemente mediados por condições do mercado de trabalho, promovendo a formação de muitos médicos em especialidades de grande valor financeiro, mas não necessariamente traduzindo em um sentimento de poder pessoal intrínseco no profissional formado.

A incongruência entre o ser valorizado pelo mercado e não se sentir intrinsecamente realizado pode ocasionar adoecimentos psíquicos vinculados ao trabalho, tais como depressão e Burnout, bem como, pode implicar em atos médicos nada comprometidos com a qualidade da atenção à saúde coletiva.

A partir dos resultados encontrados sobre a maioria dos aprovados no PRM/CE serem originados do Ceará ou de outros Estados nordestinos, infere-se a relevância da seleção unificada sobre o sentimento de pertencimento dos médicos ao seu lugar comunidade e a possível fixação deles em sua vida produtiva no próprio Estado ou Região, desta forma aumentando a oferta de algumas especialidades médicas no Nordeste e diminuindo sua saturação no mercado sudestino.

O sentimento de pertencimento, quando o indivíduo sente que pertence ao lugar e este lugar o pertence (BOMFIM, 2010), a partir dos resultados encontrados é analisado como sendo o Estado do Ceará e a Região Nordeste, a maneira como os médicos provenientes desses lugares busca se formar nas proximidades ressalta sua afetividade ao lugar de vivência como mediadora no processo de escolha da pós-graduação e uma intencionalidade de permanência futura neste lugar comunidade.

Pode-se inferir a partir dos resultados encontrados que tanto as políticas públicas de incentivo quanto a seleção unificada vêm colaborando, devido a ampliação das vagas e desburocratização dos processos seletivos, para o desenvolvimento desse sentimento de pertencimento e conseqüentemente fixação do médico em seu lugar de origem.

A busca por especialidades que apresentem melhores condições de propiciar ao médico uma melhor qualidade de vida, onde seu tempo possa ser mais bem administrado para gerar satisfação pessoal, também é um fator encontrado como influenciador no processo de escolha da especialidade médica por parte dos candidatos. Novamente percebe-se a afetividade como mediadora de escolha, ao inferir que os sentimentos de

autocuidado e autopreservação refletem nessa busca por qualidade de vida através da escolha profissional.

Este sentimento de autocuidado nasce de uma interação entre os desejos individuais de satisfação pessoal, diminuição da dispensação de energia com trabalho e a ampliação do lucro financeiro, de status e poder na medicina. Portanto, especialidades que apresentam a união destas três variáveis são desejadas pela maioria e apresentaram maior concorrência na seleção unificada no período estudado.

Portanto, questões sobre as grandes diferenças de ganhos e dedicação de tempo do profissional nas mais várias especialidades existentes é importante durante a formação médica. Defende-se que dialogando, na pós-graduação, sobre essa realidade tão diversa, encontrar-se-á novos caminhos para ampliar os ganhos e racionalizar o tempo dos profissionais das especialidades generalistas tão quanto as das especialidades mais específicas. O uso da tecnologia em saúde pode ser um caminho viável para essa equalização das divergências.

Um outro aspecto identificado por RIBEIRO (2020), foi a elitização da medicina no Ceará. Aspecto apresentado através do Índice de Desenvolvimento Humano da moradia dos candidatos na seleção unificada no período. A maioria moradores dos bairros mais ricos da capital do Estado. Infere-se que este seja um dos fatores dificultadores da interiorização da mão de obra médica especializada no Ceará.

Infere-se que a partir da categoria consciência pode-se trabalhar os efeitos da elitização nas escolhas por especialidades médicas. Segundo FREIRE (1980), conscientizar não pode estar desvinculada de uma ação bem concreta e eficaz, isto é, para o ponto de vista do PRM/CE um desafio. Como formar especialistas elitizados em agentes de promoção da saúde coletiva independentemente de seus interesses pessoais e de classe? Muito contraditório, mas como já foi dito anteriormente, é na contradição que se alcança o desenvolvimento de novos saberes e práticas.

Em que nível de consciência se encontram os residentes ao serem formados em escolas privadas dentro de famílias abastadas? A depender do nível de conscientização em que se encontram pode-se inferir como é o comportamento de suas escolhas por especialidades.

Um outro dado interessante foi que a maioria utilizou a bonificação do PROVAB para conseguir entrar na RM para especialidades da atenção secundária e terciária. Mas houve especialidades como Cardiologia e Endocrinologia que esta utilização foi insignificante. Dando indícios que há diferentes níveis de consciência entre os candidatos e que os indivíduos que não desejam trabalhar com especialidades mais generalistas desde o término de sua graduação não buscam os programas de provimento para atenção primária à saúde, concentrando seus esforços desde cedo na sua formação especializada.

No que diz respeito a categoria Atividade, visualizou-se que RIBEIRO (2020) apresenta dois fenômenos: a influência do ensino das universidades federais na aprovação dos candidatos e a alta concorrência em especialidades com maior valor no mercado.

Atividade segundo LEONTIEV (1978), é um elo prático que liga o sujeito ao mundo circundante, como um processo de trânsito entre os polos opostos: sujeito e objeto. Exatamente por ser esse elo prático é que se interpreta, neste estudo, de que a alta concorrência para desenvolver atividades de maior lucro na medicina é um fenômeno que pode ser passivo de intervenção educacional onde o ambiente dessa ação deve ser as universidades federais por sua grande influência para a residência médica no Ceará.

Trabalhar a conscientização desde a graduação em medicina parece ser um caminho viável para mudar a realidade das escolhas por especialidades médicas na residência, como a maioria dos aprovados são provenientes das universidades federais, infere-se que elas são o ambiente propício para se desenvolver projetos pilotos com um processo de ensino-aprendizagem (transversal) onde as emoções e os sentimentos dos alunos possam ser trabalhados juntamente com as demais estruturas psíquicas superiores.

## **DESCRIÇÃO DA CATEGORIA AFETIVIDADE COMO MEDIADORA DAS ESCOLHAS POR ESPECIALIDADES MÉDICAS A PARTIR DAS PUBLICAÇÕES DOS ÚLTIMOS CINCO ANOS**

Buscando conhecer melhor as questões psicossociais inerentes ao perfil das escolhas por especialidades médicas, realizou-se uma busca de artigos, compreendendo o período dos cinco últimos anos, com os seguintes descritores: residência médica, especialidade e escolha, em dois idiomas (inglês e português), nas plataformas PubMed e SciELO.

A pesquisa bibliográfica iniciou com a amostra de 509 artigos que atenderam aos critérios iniciais, após a segunda seletiva com a leitura dos títulos obteve-se 53 artigos dos quais após a leitura dos resumos chegou-se a uma amostra de 18 artigos selecionados para integrar a esta revisão. Dos temas a serem discutidos, todos os 18 se referem aos fatores diretamente associados as escolhas de especialidades médicas.

A partir das interpretações na análise psicossocial das narrativas dos estudos selecionados, percebe-se que há indícios de que todos os resultados têm ligação direta ou indireta com a categoria psicossocial fundamental: afetividade, identificada aqui, através dos sentimentos e emoções relatados como mediadores da decisão na escolha da especialidade médica.

Inicialmente foi realizada a seleção dos artigos nas plataformas por meio da leitura dos títulos do trabalho, logo após, foi realizada a leitura dos resumos, quando a relevância com o objetivo da pesquisa era atingida iniciou-se a leitura do texto integral dos artigos e a sua seleção. Foram incluídos artigos originais e revisões em inglês e português, foram excluídos todos os artigos que não apresentavam alinhamento com o objetivo da pesquisa no que diz respeito aos aspectos da escolha da especialidade e especificamente para residência médica.

Realizou-se a análise de conteúdo das narrativas encontradas nos artigos a partir da categoria fundamental: afetividade, desenvolvendo inferências e interpretações dos sentimentos e emoções que influenciaram e motivaram os médicos a realizarem determinada escolha de especialidade em cada artigo analisado.

Identificou-se quatro sentimentos e emoções nos 18 estudos, sendo estes: as emoções vivenciais (vivência), o sentimento de cuidar de si (o cuidado de si), o sentimento de pertencimento e as emoções na interação social nos processos formativos. A frequência destes aspectos afetivos surgiram da seguinte forma: sete artigos (tabela 4) apontam a vivência positiva ou negativa como fator mediador da escolha da especialidade; outros sete artigos (tabela 5) indicaram o cuidado de si, na maioria das vezes vinculados a questões socioeconômicas e de qualidade de vida como fator mediador da escolha da especialidade; e quatro estudos (tabela 6) apontam o sentimento de pertencimento e o processo de interação social na formação como dois outros fatores afetivos fundamentais para escolha.

As inferências e interpretações psicossociais embasadas pela categoria fundamental afetividade, realizadas neste estudo pontuadas a seguir, revelam aspectos humanos importantes a serem mais considerados e desenvolvidos nos processos de ensino-aprendizagem em medicina.

Infere-se que a vivência no decorrer da vida em família é mediadora da escolha por especialidades divergentes ao modelo biomédico hegemônico, isso é apontado no estudo realizado por BISSOTO (et al., 2019), onde afirma que a história de vida familiar dos médicos com o humanismo os possibilita uma visão mais humanista, o aproximando da medicina menos convencional, bem como, percebe-se que essa vivência familiar é um grande fator influenciador dos médicos na escolha pela acupuntura e por um descontentamento com o modelo biomédico, mesmo que nenhum médico tenha tido contato na graduação com essa especialidade. Este estudo também aponta a importância de se propiciar vivências na graduação com especialidades não convencionais, tais como a acupuntura.

No estudo de RODRIGUES (et al., 2020), os influenciadores na escolha da especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC) foram: compromisso social, aptidão e afinidade com a especialidade e a circunstância da vida pessoal. A duração e a disponibilidade de vagas favoreceram a escolha, bem como as características próprias das especialidades. Outros aspectos influenciadores na graduação foram a interação com preceptores modelos e as experiências práticas em MFC. Podendo-se assim inferir que a consciência sobre a importância social da especialidade, emoções vivenciadas na graduação e a importância das boas relações estabelecidas entre educador, educando e suas práticas, mediam as escolhas dos médicos para essa especialidade mais generalista.

Tabela 4 - Artigos que apontam a vivência como aspecto psicossocial da escolha da especialidade médica.

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Interpretação Psicossocial</b>
BISSOTO (et al., 2019)	A Busca pela Residência Médica em Acupuntura na EPM-Unifesp.	Analisar a razão da busca de médicos recém-formados pela especialização em acupuntura	A afetividade surge como mediadora dos processos de escolha através das emoções vivenciais.
RODRIGUES (et al., 2020)	Fatores Associados à Escolha da Especialidade de	Analisar o perfil dos médicos egressos da residência de MFC e os	

	Medicina de Família e Comunidade. Revista Brasileira de Educação Médica.	fatores associados a escolha da especialidade.	O conceito vivência entendido como a dimensão pré-reflexiva do ser, que possibilita o contato sensorial do indivíduo com o real em sua essência.
MIRANDA (et al., 2021)	Fatores associados à intenção de carreira na atenção primária à saúde entre estudantes de Medicina.	Analisar a prevalência e os fatores associados a escolha de estudantes de medicina pela carreira em APS	
PEIFFER-SMADJA (et al., 2020)	How and why do French medical students choose the specialty of infectious and tropical diseases? A national cross-sectional study.	Como e porque a Residência em Medicina de doenças infecciosas e tropicais (DI) é escolhida na França.	
PARIJA (et al., 2022)	Ophthalmology as a career choice among medical students in Eastern India – A cross-sectional study.	Identificar os fatores que fizeram estudantes da graduação em medicina escolherem a especialidade de oftalmologia para residência.	
LADHA (et al., 2022)	Medical student residency preferences and motivational factors: a longitudinal, single-institution perspective.	Investigar como a escolha da especialidade e os fatores que motivam as escolhas mudam ao longo da graduação.	
RUSSO (et al., 2020)	The role of private education in the selection of primary care careers in low and middle-income countries. Findings from a representative survey of medical residents in Brazil.	Analisar a intenção da prática dos médicos brasileiros e verificar o que difere entre os da escola pública e da privada.	

Fonte: elaborado pela autora.

A importância das emoções envolvidas nas vivências prévias com as práticas de especialidades médicas durante a graduação aparece de diferentes formas nestes estudos (tabela 4). MIRANDA (et al., 2021), apresenta que 26,3% dos estudantes de medicina referiram interesse em seguir a carreira na Atenção Primária à Saúde (APS), destes, 79,3% referiam querer atuar na APS após o término da graduação e 10% dos estudantes informaram que pretendem fazer residência em MFC. Os fatores associados a escolha pela APS foi a vivência exitosa durante a graduação.

Já no estudo realizado na França por PEIFFER-SMADJA (et al., 2020), a especialização em doenças infecciosas e tropicais (DI) foi a primeira especialidade mais escolhida seguida de cirurgia plástica e oftalmologia. Os fatores que mais influenciaram a escolha foram as múltiplas abordagens sistêmicas da especialidade, a importância da medicina diagnóstica e ter feito o estágio em DI na graduação. Os impedimentos potenciais apontados foram o equilíbrio entre vida pessoal e profissional, a carga de trabalho e o salário. Percebe-se que as emoções das vivências na graduação aparecem juntamente com outros fatores, porém importante ressaltar que essa categoria afetiva também aparece como fator impeditivo da escolha tendo em vista que ao vivenciar previamente aspectos da especialidade cria-se a consciência sobre aspectos negativos com relação a forma de viver do especialista.

No estudo de PARIJA (et al., 2022), há indícios que a exposição clínica e experiências adequadas, bem como professores modelos durante o estágio podem criar fatores positivos para a escolha da especialidade em oftalmologia. Já no estudo de LADHA (et al., 2022), há indícios de que as escolhas das especialidades e os fatores motivadores mudam ao longo da graduação. Ainda apresenta que há divergências nas escolhas entre a atenção primária e a especialidades cirúrgicas (EC). Os fatores associados a escolha por EC são: recompensa salarial e prestígio, enquanto os da AP são: proximidade com a família. Desta forma pode-se inferir que a categoria psicossocial afetividade permeia ambas as escolhas, porém, de forma distinta. Para EC a partir das emoções de autocuidado e valor pessoal, já na AP através da construção de afetos e vínculos na vivência profissional.

Pode-se inferir também que o vínculo emocional com a vivência da realidade da saúde pública antes da graduação, sentimento de pertencimento à classe social menos favorecida economicamente e não nutrir sentimentos ambiciosos para a carreira são fatores preditores da escolha para a APS, no estudo realizado por RUSSO (et al., 2020), onde constatou-se que apenas 3,7% da amostra demonstrou interesse em atuar na Atenção Primária (AP), fatores como: ter cursado o ensino médio em escola pública, ter estudado fora da Região Sudeste, não vir de família rica e não ter grande ambição de desenvolvimento de carreira foram preditores de disposição para a escolha da AP como atuação médica.

Desta forma, na perspectiva psicossocial das escolhas percebe-se que os sentimentos e emoções vivenciadas previamente dentro e/ ou fora da universidade são fortes mediadores para as escolhas da área de especialização e de atuação do médico, levantando uma importante questão sobre como a educação médica está atualmente conseguindo abranger e considerar o aspecto afetivo nos processos formativos e como, desta forma, pode favorecer ou dificultar a expansão do interesse médico por especialidades mais demandadas pela realidade social, desenvolvendo motivações menos individualistas e pessoais, mas sim, conectadas com a saúde coletiva.

Há sete artigos (tabela 5) que apontam motivações mais individualistas do médico em sua escolha, direcionando-a para a especialidade que lhe proporciona uma melhor qualidade de vida pessoal, com maiores ganhos materiais, com menor tempo de dedicação. Geralmente estas especialidades estão mais harmonizadas com o mercado liberal de consumo do que propriamente com as demandas de saúde pública.

No estudo realizado por MAEYAMA e ROS (2018), identificou-se a hegemonia de um estilo de pensamento voltado para a especialidade focal e com visão mercantil da profissão, porém com foco em resolução de problemas, denominado Estilo de Pensamento Flexineriano Ampliado; também foi identificado um estilo de pensamento contra hegemônico, chamado de Estilo de Pensamento da Atenção Básica. A aproximação com a Atenção básica apresentou importância na formação dos dois Estilos de Pensamento. Pode-se inferir que mesmo a vivência na Atenção básica aparecendo neste estudo o foco nos ganhos materiais e na resolutividade é predominante no pensamento hegemônico.

O perfil atual dos residentes, no estudo desenvolvido por RASSLAN (et al., 2018), indica redução da procura pela especialidade de Cirurgia Geral e a busca maior por especialidades mais específicas e atividades que ofereçam melhor qualidade de vida (Cirurgia plástica, urologia e Cirurgia do aparelho digestivo). Já no estudo realizado por MARTINS (et al., 2019), os fatores mais relevantes para a escolha da especialidade foram: conhecimento mais amplo ou específico; contato com o paciente; local de atuação profissional; estilo de vida após a residência.

Neste estudo também se observou que para as mulheres, a pressão durante o exercício da especialidade, a relação a longo prazo com o paciente e a facilidade de emprego foram mais significativas para as escolhas do que para os homens. Pais médicos

e questões financeiras para alunos com renda média acima de 6 mil reais, também foram fatores influenciadores. Porém, estilo de vida, local de atuação e retorno financeiro foram realmente os mais relevantes para a escolha da especialidade, MARTINS (et al., 2019).

Tabela 5 - Artigos que apontam o cuidado de si como fator psicossocial da escolha da especialidade médica.

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Interpretação Psicossocial</b>
MAEYAMA e ROS (2018)	Estilos de Pensamento na Escolha da Especialidade Médica e Sua Correlação com as Políticas de Provimento para a Atenção Básica à Saúde – Um Estudo de Caso.	Identificar os aspectos que envolvem a escolha da especialidade dos egressos da faculdade de medicina que tiveram participação efetiva na atenção primária durante a graduação	A afetividade surge como mediadora da escolha da especialidade médica a partir do sentimento de autopreservação. (o cuidado de si) na maioria das vezes
RASSLAN (et al., 2018)	Perfil do residente de Cirurgia Geral: quais as mudanças no Século XXI?	Verificar o perfil dos residentes de Cirurgia Geral do HC-FMUSP	vinculados a questões socioeconômicas e de qualidade de vida determinados por valores liberais de mercado.
MARTINS (et al., 2019)	Fatores que Influenciam a Escolha da Especialização Médica pelos Estudantes de Medicina em uma Instituição de Ensino de Curitiba (PR).	Avaliar os principais fatores que influenciam estudantes de medicina na escolha da especialidade médica e identificar as áreas de atuação preferidas destes estudantes nos quatro primeiros anos de graduação.	
MOHOS (et al., 2021)	Earning opportunities and informal payment as influencing factors in medical students' speciality choice.	Investigar o conhecimento dos estudantes sobre suas futuras oportunidades de ganhos e suas atitudes em relação ao pagamento informal.	
ALJERIAN (2022)	Factors Influencing Residents' Specialty Choices and Satisfaction: Impact of Gender, Career Motivation and Life Goals.	Levantar informações sobre fatores relacionados aos objetivos de vida e motivação profissional dos residentes.	
YEN (et al., 2018)	The Stability of Factors Influencing the Choice of Medical Specialty Among	Investigar as motivações psicológicas que orientam a escolha de uma especialidade médica com	

	Medical Students and Postgraduate Radiology Trainees.	estudantes de medicina e comparar as escolhas da especialidade a partir do estilo de vida controláveis e incontroláveis entre estes estudantes e os residentes de radiologia.	
LEFEBVRE (et al., 2020)	The Stability of Factors Influencing the Choice of Medical Specialty Among Medical Students and Postgraduate Radiology Trainees.	Definir os determinantes da especialidade e competitividade nos EUA.	

Fonte: elaborado pela autora.

Já no estudo realizado por MOHOS (et al., 2021), 76% da amostra respondeu que a expectativa de ganho influencia na escolha da carreira. Corroborando com os demais estudos pesquisados, tais como o realizado por LEFEBVRE (et al., 2020), onde se identificou que a competitividade segue os princípios do apelo e da disponibilidade. Sobre o apelo, os fatores são: salário, prestígio e estilo de vida. Sobre a disponibilidade: a falta de vagas para as especialidades mais competitivas é um fator de valor considerado na escolha.

O cuidado de si a partir da utilização racional do tempo favorece a escolha da especialidade, segundo o estudo de ALJERIAN (2022), onde identificou que o fator tempo para realizar atividades pessoais demonstrou ser importante para a satisfação do residente em sua especialidade escolhida.

O desejo de obter recompensas positivas materiais e pessoais também estão presentes no estudo realizado por YEN (et al., 2018), nele foram identificados que os três fatores preponderantes para a escolha da especialidade foram os mesmos, tanto para os estudantes de medicina quanto para os residentes em radiologia, são eles: encontrar um trabalho diário gratificante, equilíbrio entre vida profissional e pessoal e interesse no assunto a ser estudado.

De forma resumida, analisando os estudos, pode-se inferir que o cuidado de si, no que diz respeito a busca da qualidade de vida, a valoração pessoal através do status ao se almejar um determinado estilo de vida e retorno financeiro, a interação positiva com pacientes, os afetos familiares com a profissão e a identificação com o conteúdo e o

ambiente de atuação, isto é, o sentimento de conforto e pertencimento ao meio, são fatores mediadores importantes para a escolha das práticas profissionais médicas.

Seguindo com a revisão há quatro artigos (tabela 6) onde pode-se inferir outros sentimentos e emoções que mediam as escolhas por especialidades médicas apresentando indícios outros aspectos psicossociais importantes a serem considerados nos processos formativos em saúde.

Pode-se inferir que o sentimento de pertencimento a um grupo de especialistas socialmente reconhecidos e bem-sucedidos, aparece no estudo de ALI (et al., 2019), pois ele identifica que as especialidades de medicina interna, cardiologia, pediatria e cirurgia geral foram as mais bem classificadas e que o fator mais significativo para as escolhas da carreira foi o prestígio em atuar na área.

Alguns estudos revelam especificidades com relação a algumas especialidades. No estudo realizado por ALVES (et al., 2021), identificou que a carreira mais escolhida foi Cardiologia (20%) e os fatores associados a escolha da segunda especialidade foram: trabalho em ambiente ambulatorial; acompanhamento dos pacientes por longo período e mais contato com pacientes. Neste caso pode-se inferir que a interação social com pacientes e no ambiente de trabalho são mediadores do processo de escolha da segunda especialidade.

Sobre a especialidade de neurocirurgia, no estudo realizado por STUMPO (et al., 2021), identificou que a exposição precoce com a especialidade, o envolvimento em pesquisa e mentoria e os recursos online, são fatores educacionais que influenciam os estudantes a escolha por esta especialidade.

Tabela 6 - Artigos que apontam outros sentimentos e emoções como fatores psicossociais da escolha da especialidade médica.

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Interpretação Psicossocial</b>
ALI (et al., 2019)	Recent Trend in Specialty Choices of Medical Students and House Officers from Public Sector Medical Universities, Karachi.	Determinar as escolhas da carreira por estudantes de medicina do setor público e os fatores que afetam essas escolhas.	A afetividade surge como mediadora da escolha a partir do sentimento de pertencimento e da interação
ALVES (et al., 2021)	Fatores associados à escolha da segunda	Investigar fatores que levam um clínico a	

	especialidade entre concluintes da residência em clínica médica.	escolher uma nova residência	social na formação e práticas.
STUMPO (et al., 2021)	Medical Student Interest and Recruitment in Neurosurgery.	Revisão de literatura sobre a relação dos estudantes de medicina com a neurocirurgia	
HILAIRE (et al., 2021)	Attracting the Best Students to a Surgical Career.	Analisar os motivos da diminuição do interesse pela especialidade de Cirurgia Geral nos EUA e Canadá	

Fonte: elaborado pela autora.

Já com relação a especialidade de cirurgia geral na América do Norte, o estudo desenvolvido por HILAIRE (et al., 2021), mitos negativos sobre o treinamento do cirurgião, estilo de vida e personalidade tem se apresentado como fator dificultador para a escolha para essa especialidade nos EUA e Canadá. Como solução apresenta-se ampliar a exposição dos alunos a experiência cirúrgica antes do internato.

A partir desse estudo pode-se inferir que crenças cheias de emoções negativas sem uma análise crítica sobre o cuidado de si, os processos de mediação na formação e sobre a identidade do cirurgião mediam a escolha. Aqui percebe-se a importância de desenvolver nos processos formativos não somente o conhecimento técnico, científico e prático, mas também a consciência crítica da profissão médica na realidade sócio-histórica.

Os quatro artigos pesquisados demonstram indícios de que a interação com atividades práticas, científicas e de ensino bem como o contato com ferramentas educacionais inovadoras podem promover sentimentos e emoções mobilizadoras na escolha por especialidades mais específicas.

A partir desta revisão há indícios de que tão importante quanto preocupar-se com teorias e técnicas nos processos formativos dos médicos é fundamental desenvolver metodologias que trabalhem os sentimentos e as emoções destes profissionais visando promover a conscientização e a motivação de suas escolhas por especialidades mais comprometidas com os propósitos éticos da medicina e da saúde coletiva.

## **CAPÍTULO 5: O OLHAR PSICÓLOGICO SOB AS ESCOLHAS DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS NO CEARÁ**

Após analisar os resultados da tese e da revisão bibliográfica, percebe-se que há muita coerência entre os achados no Programa de Residência Médica do Ceará e nos estudos internacionais e nacionais levantados. A Feminilização, a elitização, o foco na qualidade de vida, no maior retorno financeiro e nas melhores oportunidades de colocação no mercado de trabalho com ganho de status e poder, são fatores preponderantes encontrados nas escolhas dos médicos por suas especialidades de atuação.

Com o olhar da psicologia sócio-histórica percebe-se que estes fatores são mediados por afetos, estágios de consciência e identidade sobre o que é “ser médico” na sociedade atual. Portanto, essas estruturas psicológicas mediam também as escolhas por especialidades e consequentemente por atuação profissional que fortalece o mercado das superespecializações em detrimento das especialidades mais generalistas, refletindo diretamente na qualidade da atenção à saúde coletiva.

Aqui inicia-se a proposta inovadora deste estudo, o de aplicar um pouco da teoria da psicologia sócio-histórica na educação médica a partir de metodologias de análises das emoções e afetos e do desenvolvimento dos estágios de consciência para assim promover a transformação da identidade individual e coletiva do “ser médico”.

A seguir será descrito de que forma sugere-se mapear os afetos que mediam os processos formativos na residência médica e quais as estratégias de intervenção possíveis para uma educação médica pautada na criticidade transformadora.

### **A IDENTIDADE DO MÉDICO E A RESIDÊNCIA MÉDICA**

O caráter mutante da Identidade, muitas vezes é desconsiderada. Ciampa afirma que falamos das pessoas como se elas fossem de uma determinada forma e não se modificassem, o que é falso (LANE e CODO (org.), 2001). É notório no cotidiano as mudanças mais ou menos previsíveis, desejáveis e controláveis das pessoas, mesmo assim não deixam de serem mudanças. Da mesma forma pode-se pensar sobre a Identidade profissional, o “ser médico” é na verdade um contínuo sendo que se faz e se refaz nas relações e atividades humanas em sociedade.

Dá a importância de analisar como essa Identidade é forjada socio-historicamente e quais forças contraditórias a mantem cristalizada em conceitos tidos como imutáveis ou as transforma a partir de novos saberes e práticas de seus principais atores.

Percebe-se que a Residência Médica no Ceará no período estudado apresentou uma transformação na identidade de gênero o que antes era eminentemente masculina, passou, a depender da especialidade, a ser identificada como uma profissão feminina, como é o caso da Endocrinologia Pediátrica ou profissão masculina como a Ortopedia e Traumatologia.

A Residência Médica é um momento de formação e, portanto, ambiente muito propício para se trabalhar a construção e reconstrução contínua da identidade médica que atenda cada vez mais aos preceitos éticos da profissão e à demanda da saúde pública.

Se a identidade se constrói na ação e a RM é uma formação em serviço o potencial revolucionário desse processo é enorme, bem como também pode servir de um ambiente seguro para manutenção de identidades cristalizadas da medicina, tais como: dadas especialidades médicas serem tidas como as mais importantes, as valorosas, outras serem as menosprezadas, desqualificadas e desvalorizadas. Assim a identidade do “ser médico” vai sendo fragmentada e fragilizada, sendo mais fácil sucumbir as opressões do mercado neoliberal.

A identidade do médico é coletiva e forjada por várias individualidades, portanto, aqui defende-se de que quanto mais a formação médica promover o cooperativismo e a união de propósitos pautados na saúde coletiva, mais força essa profissão pode adquirir na transformação do seu mercado de trabalho. Por isso trabalhar esse fortalecimento da identidade coletiva nos processos de educação médica é fundamental para uma medicina mais equânime e socialmente responsável.

## A CONSCIENTIZAÇÃO E A EDUCAÇÃO MÉDICA

A partir desta pesquisa os indícios da importância da categoria fundamental consciência ficou eminente não somente na análise da tese de RIBEIRO (2020) mas também na revisão da bibliografia dos estudos de educação médica mais recentes.

Segundo FREIRE (1980) o homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade, se não é auxiliado a tomar consciência da realidade e de sua própria capacidade para transformá-la. Na educação médica esse

auxílio pode ser iniciado na graduação e percorrer toda a formação médica até a pós-graduação.

Percebeu-se o quanto a escolha por especialidade médica está totalmente implicada com questões sócio-históricas, culturais e econômicas que correspondem a realidade posta e o quanto essa escolha na pós-graduação pode colaborar para a manutenção de uma medicina voltada mais ao mercado neoliberal do que a saúde coletiva.

Portanto, cabe a discussão como é possível transformar a realidade para corresponder melhor as necessidades de saúde da maioria da população e como a educação médica pode colaborar para esta transformação. Apresenta-se aqui a ideia de que trabalhando os processos de conscientização dos alunos de medicina do início ao fim da sua formação acadêmica, inclusive na residência médica, muito da realidade de mercado e da atenção à saúde podem sofrer significativas mudanças.

RIBEIRO (2020), aponta que isto já vem de certa forma ocorrendo através dos movimentos sanitários e das políticas públicas que incentivam maiores investimentos na atenção primária à saúde. Apontando o reflexo na ampliação das vagas na RM, por exemplo para a especialidade de Medicina de Família e Comunidade. Porém ele também aponta que as vagas ociosas nesta especialidade e em Pediatria continuam sendo uma realidade, mesmo tendo alta demanda no sistema público.

Daí a importância de se perceber, dentro da perspectiva da psicologia sócio-histórica, que a transformação da realidade da atenção à saúde não pode somente ser incentivada por políticas públicas externas ao processo de formação, mas que a maior responsabilidade na mudança dessa realidade deve ocorrer a partir dos processos educacionais dos profissionais da saúde. No ambiente acadêmico com análises críticas sobre o mercado da saúde, a indústria farmacêutica, os instrumentais de poder, estratégias de intervenção e mudança da realidade e sobre a responsabilidade social do setor saúde.

FREIRE (1980) propôs um método para alfabetizar adultos que fosse ao mesmo tempo um ato de criação, capaz de gerar outros atos criadores, onde o homem não é passivo, mas sim um ser que desenvolve a atividade criativa e a reinvenção se mantendo em um estado de procura. Desta forma, buscava-se além de alfabetizar desenvolver a conscientização dos educadores e educandos.

Aqui sugere-se que esse método possa ser adaptado para a educação médica tendo em vista a necessidade de a partir dos processos formativos ampliar o nível de consciência e tornar o processo de ensino-aprendizagem mais significativo e transformador da realidade.

O método de Paulo Freire consiste em cinco fases. A primeira “a descoberta do universo vocabular”, se dá nos encontros informais onde se retêm as palavras que são carregadas de sentido para o grupo, momento em que as palavras geradoras devem nascer a partir da realidade posta. A segunda fase “seleção das palavras”, quando se tem como critérios a riqueza, as dificuldades e o conteúdo prático das palavras. A terceira fase “a criação de situações existenciais típicas do grupo”, trata-se de situação problemáticas, codificadas que precisarão ser descodificadas conduzindo o grupo a conscientizar-se para alfabetizar-se. A quarta fase “elaboração de fichas indicadoras” as quais ajudam os coordenadores no debate das situações problemáticas. E a quinta fase “fichas das famílias fonéticas da palavra geradora” (FREIRE, 1980). Nas três primeiras fases acontece o que foi denominado de Círculo de Cultura, onde há o fenômeno da conscientização.

O Círculo de Cultura é o espaço dinâmico de aprendizagem e troca de saberes, onde os participantes mediante um processo de ação-reflexão-ação se percebem como atores da sua história saindo da consciência mágica para um nível de criticidade que o empodera promovendo a transformação de sua prática.

O método chamado de itinerário de pesquisa, consiste na investigação temática onde se identifica os temas geradores que são extraídos da própria realidade dos envolvidos e que propiciam a problematização respeitando seus aspectos sócio-históricos e culturais, o principal instrumento deste processo é o diálogo buscando compreender os fenômenos e suas diversas variáveis incluindo as políticas e econômicas. Em seguida vem a fase da codificação, onde são apontadas as contradições e as representações das vivências. Nesta fase utiliza-se de recurso audiovisuais e o diálogo. Depois vem a fase da descodificação, é o momento de construir um pensamento mais abstrato sobre o que foi codificado, contextualizando em um momento dialético de reflexão sobre suas práticas e vivências. E por último chega-se ao desvelamento crítico em que pessoa desenvolve a capacidade de compreender a importância da ação concreta, cultural, política e social de situações limites com o enfrentamento de contradições (HEIDMANN, et al., 2017).

Figura 3: Esquema do Itinerário da Pesquisa de Paulo Freire.



Fonte: (p. 4/8) (HEIDMANN, et al. 2017)

A utilização teórico-metodológica de Paulo Freire nos estudos da saúde não é uma ideia nova no Brasil, o Laboratório de Pesquisa de Enfermagem e Promoção da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina vem desenvolvendo pesquisas neste sentido desde sua fundação em 1994. Por meio dessa abordagem metodológica pode-se identificar os conflitos, as contradições, as diversidades e positivities que representam uma situação existencial de saúde na realidade e a concepção dialógica de Freire amplia as fronteiras das intervenções profissionais com melhor resolubilidade e maior impacto nos indicadores de saúde de uma dada população. (HEIDMANN, et al., 2017).

Segundo SOUZA (et al., 2020), em seu estudo do itinerário de pesquisa de Paulo Freire há uma adaptação deste método, para dialogar e refletir sobre a prática profissional, a pesquisa e o ensino da enfermagem. Para tanto construiu uma árvore reflexiva, onde a raiz é a investigação temática; o caule é a codificação e descodificação; a folha é o desvelamento crítico. Os participantes desse processo apontaram que esse método além de propiciar a pesquisa em saúde também contribui para a mudança da realidade através da participação de todos os envolvidos.

A utilização do itinerário de pesquisa de Paulo Freire para a saúde já é uma realidade. Segundo HEIDMANN (et al., 2017) este método tem sido utilizado em pesquisa na área da saúde e na prática profissional, bem como por docentes na formação

profissional visto que significam um caminho para promover o cuidado crítico e criativo. Esse itinerário de pesquisa de Paulo Freire operacionaliza-se através dos Círculos de Cultura.

Aqui defende-se que o Círculo de Cultura é um método que pode ser utilizado em qualquer processo formativo para que o diálogo e a conscientização promovam importantes transformações sociais. Portanto, indica-se este método para ser desenvolvido na formação médica para promover uma educação mais significativa e transformadora da profissão, através do desenvolvimento da criticidade em educadores e educandos na graduação e pós-graduação.

Pode-se utilizar o Círculo de Cultura na educação médica como uma metodologia transversal em todo o programa de graduação e pós-graduação, onde em cada semestre pelo menos uma disciplina obrigatória utilize o método. A título de exemplificação, analisando o curso de graduação em medicina da Universidade Federal do Ceará, pode-se sugerir a introdução desta metodologia nas seguintes disciplinas: Educação e Medicina / Assistência Básica à Saúde da I a VIII / Desenvolvimento Pessoal da I a VIII / e nos Internatos. Bem como acredita-se ser fundamental a introdução desta metodologia nas preceptorias das Residências Médicas e Multiprofissionais da Saúde.

Como já exposto, a consciência e o afeto são categorias que mediam o desenvolvimento das estruturas psíquicas superiores dos indivíduos e do social dialeticamente, daí a importância neste momento de fomentar a discussão sobre as emoções e os sentimentos envolvidos nos processos da escolha por especialidades médicas e as possibilidades de mapeamento e intervenção na educação médica a partir da categoria afetividade.

## OS AFETOS E SUA MEDIAÇÃO NOS PROCESSOS DE ESCOLHA POR ESPECIALIDADES MÉDICAS

Ao logo da Tese (RIBEIRO, 2020) e de alguns artigos percebe-se a necessidade dos médicos de se sentirem pertencentes a uma classe de especialistas bem-sucedida (ALI, et al. 2019). Quando FEITOSA (et al. 2018), em sua pesquisa discute os ambientes institucionalizados como possíveis espaços potencializadores da estima de lugar, ela afirma que lugares associados a sentimentos agradáveis, de segurança, lazer, sentimentos de pertencimento, revelam uma estima de lugar que potencializa a ação dos sujeitos se

tornando, assim, mais implicados com o lugar, desenvolvendo uma consciência cidadã sobre as problemáticas deste lugar.

Entendendo a estima de lugar como potencializadora ou despotencializadora, BOMFIM (2010), afirma que ela pode ser explicada pelos sentimentos orientativos da teoria de Heller, como disposições negativas ou positivas que guiam os gostos dos indivíduos que pertencem a uma sociedade, nação, comunidade, cidade ou extrato social e que este conhecimento é internalizado pela vivência.

Vários autores como Heller, Wallon, Leontiev e Vygotsky reforçam a constatação da natureza mediadora das emoções na constituição do psiquismo humano. Estando presentes nas ações, na consciência e na identidade do indivíduo, diferenciando-se social e historicamente por meio da linguagem (LANE e SAWAIA, 1995). Portanto, pode-se inferir que na realidade da educação médica não é diferente, a identidade, as ações, a cognição e a linguagem dos médicos são mediadas pela afetividade, mesmo sendo uma profissão que prima pela técnica e o saber científico, todos seus processos de escolha na atuação profissional e formação são mediados por afetos que precisam ser identificados e considerados.

A vivência entendida como a dimensão pré-reflexiva do ser, possibilita o contato sensorial do indivíduo com o real em sua essência (GÓIS, 1994). Indicando um aspecto da afetividade e fator motivador da escolha pela especialidade aparece no artigo de BISSOTO (et al. 2019), a respeito das escolhas pela especialidade de acupuntura. Percebe-se esse mesmo aspecto se repetir em outros artigos (tabela 1) reforçando indícios da importância da promoção de experiências afetivas dos alunos com seu processo de formação a fim de motivá-los para suas práticas mais conscientes no futuro.

No artigo de MIRANDA (et al. 2021), percebe-se que o fator determinante para uma escolha contra hegemônica está diretamente ligada as vivências exitosas na graduação. Apresentando indícios de que maior investimento para propiciar experiências qualitativamente ricas que trabalhem a afetividade com as especialidades mais generalistas, durante a graduação em Medicina, pode ser o caminho para a transformação do julgamento de valor sobre as especialidades mais necessárias à população em geral.

O cuidado de si é um outro aspecto da afetividade que aparece em sete artigos (tabela 2), principalmente quando vinculam a escolha da especialidade a fatores tais

como: o lucro material, qualidade de vida e tempo livre. Como o caso da cirurgia geral sendo preterida enquanto as cirurgias mais especializadas que possuem um caráter mais eletivo e lucrativo, sendo as com maior concorrência.

Esse fenômeno também é encontrado em outros estudos pesquisados, havendo indícios que o cuidado de si e a qualidade de vida destes profissionais estão intrinsecamente vinculados com a visão mercadológica e liberal da medicina, fazendo com que as escolhas por determinadas especialidades que não atendem a maioria das necessidades de saúde pública sejam as mais concorridas, as com demandas de formação reprimida e as que possuem menor taxa de vagas ociosas na residência.

Percebe-se a importância do sentimento de pertencimento como mediador da escolha (tabela 3) quando estudos apontam o prestígio ligado ao sentimento de pertencer ao um grupo seleto de especialistas como motivação principal da escolha, apresentando indícios que o sentimento de vaidade pode direcionar o mercado médico para movimentos corporativistas provocando a diminuição das vagas para a especialização e a consequente demanda reprimida em uma dada especialidade, gerando competitividade e aumento de valor dentro da lógica econômica liberal.

Segundo Sawaia, sentir é estar implicado, é avaliar o significado dos objetos e das pessoas, aproximando-se ou afastando-se dos mesmos. Portanto, os sentimentos são orientadores da vida humana, eles guiam os contatos humanos, ao mesmo tempo em que são orientados por estes (LANE e SAWAIA, 1995). Ciente de que há uma condição complexa e dialética nos processos de manutenção ou transformação social, na educação médica não é diferente.

Observa-se que há indícios de que os afetos, manifestados por emoções e sentimentos, são determinantes nos processos das escolhas dos alunos e profissionais médicos quando se fala de especialização e práticas profissionais. Em todos os estudos a busca de qualidade de vida, status, retorno financeiro, interação social etc. tem por princípio motivacional os afetos e como estes são mediadores das escolhas por especialidades e consequentemente do mercado de trabalho da saúde.

Percebe-se que a afetividade é um conceito fundamental para a psicologia sócio-histórica e que pode ser desenvolvido na educação médica para promover conscientização, comprometimento e sensibilização dos médicos para a escolha de

especialidades mais generalistas e condizentes com as atuais necessidades da saúde coletiva.

Portanto, BOMFIM (2010) criou o Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos (IGMA) como um método de apreensão dos afetos em relação ao ambiente, utilizando a expressão afetiva dos indivíduos através de desenhos e da escrita sobre estes. Aqui o que se propõe é a utilização desta metodologia para colaborar com a análise dos sentimentos e emoções sobre a formação médica, principalmente nos anos iniciais da graduação, internatos e residências.

VASCONCELOS (et al. 2021), apresenta a utilização deste método na educação para analisar a representação social dos estudantes a partir do seu ambiente escolar. Mostrando que esse método pode ser utilizado para a criação de um espaço de diálogo entre alunos e pesquisadores auxiliando o processo de compreensão das associações afetivas dos alunos em relação ao seu ambiente escolar. Em tese, acredita-se que o mesmo possa ocorrer ao utilizar essa metodologia para mapear as emoções e sentimentos dos médicos sobre suas práticas e escolhas profissionais em seus processos formativos.

Importante destacar que esse método vem sendo utilizado para analisar a mediação dos afetos do indivíduo com o ambiente vivido. Aqui propõe-se que a Residência Médica do Ceará seja identificada como o ambiental de contexto a ser investigado junto aos estudantes e preceptores.

A composição original do instrumento, direcionada a abordar os afetos dos sujeitos em relação à cidade, abrange o Desenho elaborado pelo respondente; o Significado do desenho atribuído também pelo participante; os Sentimentos; as Palavras-síntese; O que pensa da cidade; Categorias da Escala de tipo Likert; Comparação da cidade; Caminhos percorridos; Participação em associação; Participação eventual em movimentos sociais; e as Características sociodemográficas (AUGUSTO, FEITOSA e BOMFIM, 2016).

O primeiro passo é o desenho elaborado pelo respondente, para facilitar a expressão das emoções e sua interpretação fica a cargo do próprio respondente que relatará em um segundo momento o significado que ele atribui ao desenho. Posteriormente o respondente descreve os sentimentos a respeito do desenho. Em seguida é solicitada que se expresse de 1 a 6 palavras sínteses dos sentimentos provocados pelo desenho. Desta forma, pretende-se uma saturação das respostas anteriores dando maior clareza e precisão ao sentimento expresso. No próximo passo é solicitado que o

respondente expresse *o que pensa da cidade* falando o que pensa a mais sobre a cidade deixando aparente o que é figura das significações de seus sentimentos em uma construção textual. Posteriormente, aplica-se o questionário com as categorias da Escala Likert em uma escala de 0 a 10. Em seguida há solicitação da descrição dos seguintes itens: comparação da cidade, caminhos percorridos, participação em associação, participação eventual em movimentos sociais e por fim o último item características sociodemográficas (BOMFIM, 2010).

Na coleta das informações o instrumento pode ser autoadministrado com aplicação diversificada podendo ser aplicada em grupo ou individualmente com o pesquisador. O desenho fica em uma face do papel e na outra face expressa-se as respostas as perguntas sobre o desenho. A análise de conteúdo categorial é a abordagem qualitativa escolhida para o tratamento das informações e síntese.

A proposta é realizar pesquisas futuras para uma adaptação deste instrumento para ser introduzido nas disciplinas iniciais e finais da graduação e pós-graduação em Medicina e assim analisar os afetos mediadores dos estudantes para com a Residência Médica e suas escolhas de especialidades, visando aprimorar os conteúdos e metodologias dos cursos para corresponder de forma significativa na transformação da realidade posta e ampliar o comprometimento com a saúde pública de qualidade.

A seguir apresentar-se-á as possibilidades de intervenção da psicologia sócio-histórica na RM no Ceará a partir das sugestões de adaptação do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos e da aplicabilidade dos Círculos de Cultura nas disciplinas da graduação e preceptorias.

## POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DA PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA NA RESIDÊNCIA MÉDICA NO CEARÁ

O Círculo de Cultura é instrumento utilizado pela psicologia sócio-histórica há décadas nas comunidades brasileiras, juntamente com outros instrumentais para o desenvolvimento do método de facilitação do modo de vida comunitária, respeitando a metodologia histórica e dialética da análise e vivência da atividade comunitária (GÓIS, 1994).

Já o Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos - IGMA (BOMFIM, 2010) é um instrumento que tem a mesma perspectiva dialética, porém nasce da interseção metodológica da psicologia sócio-histórica com a psicologia ambiental e vem sendo utilizado para a compreensão e apreensão dos afetos na interação ser humano – ambiente.

Neste momento, trata-se de uma sugestão de ampliação da aplicabilidade desses instrumentais afim de desenvolver um processo educacional que venha a atender as demandas levantadas por esta pesquisa na RM cearense. Para tanto, se faz necessária realizar uma adaptação desses instrumentos a realidade da educação médica com seus contextos e atores, sendo imprescindível um aprofundamento futuro do sugerido em novas pesquisas e testes metodológicos.

### **Adaptando o IGMA para a Residência Médica no Ceará**

Iniciando pela ideia de o IGMA ser adaptado a realidade da RM cearense, pois se encaixa na proposta de conhecer mais os afetos que mediam os processos educacionais e profissionais dos médicos durante sua formação. Já que, neste estudo percebe-se através de toda a revisão bibliográfica realizada que há fortes indícios da importância das emoções e sentimentos na escolha das especialidades médicas.

A sugestão é que o IGMA seja utilizado no primeiro e no último semestre da graduação em medicina, com o mesmo público acadêmico, bem como seja utilizado com os residentes no momento de sua primeira matrícula na pós-graduação. Desta forma espera-se obter um mapeamento afetivo a respeito da formação em medicina mostrando caminhos que poderão ser trilhados para alinhar melhor as necessidades, desejos e motivações individuais dos alunos com as principais demandas de saúde pública do Estado nos processos formativos, sendo esta a principal fonte de informações a serem utilizadas pelos Círculos de Cultura na RM.

A primeira adaptação sugerida é a de compreender a realidade do Programa de Residência Médica do Ceará (PRM), com todo seu contexto histórico, econômico e social como um ambiente educacional e profissional no qual os médicos estão imersos e interagem conscientemente e afetivamente por alguns anos e que possui uma comunidade própria, com pensamento, linguagem e atividades particulares que são constituídos e construtores de uma historicidade e cultura própria.

Diferente da proposta original do IGMA, não será estudada as relações de afeto entre o indivíduo e sua cidade ou bairro de moradia, mas sim a relação do indivíduo e seus afetos em interação com o ambiente de vivência educacional e de atividade laboral: a Residência Médica no Ceará.

Cada item do instrumento original será respeitado: o desenho, o significado do desenho, os sentimentos, as palavras-síntese (BOMFIM, 2010), porém no item “*o que pensa da cidade*”, haverá a seguinte adaptação: o que pensa do Programa de Residência Médica do Ceará, podendo também acrescentar outro item: o que pensa da especialidade médica que escolheu estudar. No último item da Escala Likert a ideia de substituição da cidade pelo PRM continuaria presente em todo o questionário e nos demais itens do IGMA que se seguem.

Ao aplicar esse instrumento no início da RM o objetivo é traçar um diagnóstico dos sentimentos e emoções envolvidos neste processo educacional obtendo um mapa afetivo do que realmente tem significado e sentido neste processo de ensino-aprendizagem para seus atores. Desta forma poder-se-á planejar melhor as atividades de preceptoria para desenvolver relações dialógicas professor-aluno, programa-aluno, programa-professor-aluno, que propiciem não somente o atingimento de expectativas individuais e coletivas deste processo educacional, mas também problematizar e desenvolver sínteses críticas sobre a formação e a prática profissional ocasionando aos poucos transformações significativas no PRM.

Um outro objetivo é fomentar os conteúdos para os Círculos de Cultura a serem desenvolvidos na preceptoria e em Jornadas Médicas sobre Especialidades e Saúde Pública a serem desenvolvidas ao longo dos anos da RM.

A aplicação deste instrumento no último ano de residência se faz importante como uma forma de avaliar como os anos de formação modificaram ou não as estruturas psíquicas superiores do afeto e da consciência em relação a sua prática médica. Pois toda alteração ocorrida implicará na atividade profissional destes novos especialistas no mercado. Esses dados também podem subsidiar o planejamento dos processos seletivos e formativos do programa.

Esta proposta pode se estender a graduação, aliás já foi introduzido neste estudo em que disciplinas e como poderia ser produtivo iniciar essas estratégias nos anos iniciais dos alunos de medicina e ao longo de toda a formação na Universidade Federal do Ceará.

Importante perceber que esse instrumento tem baixo custo e demanda pouco tempo de envolvimento dos respondentes. Porém necessitará de psicólogos sociais com conhecimento em educação médica e habilidades para aplicar o instrumento, analisar e sintetizar as informações, bem como treinar preceptores colaborando no planejamento das atividades transversais que surgirem a partir deste processo.

### **Adaptando os Círculos de Cultura Freiriano para o Programa de Residência Médica no Ceará**

O Círculo de Cultura é um método de promoção da ação-reflexão, a “*práxis*”, através do diálogo contextualizado, visa desenvolver a estrutura psíquica superior principalmente os níveis da consciência (FREIRE, 1980) que já foram explicitados no capítulo anterior.

A partir da compreensão freireana que o desenvolvimento dos níveis de consciência independe da educação formal e depende das “*práxis*” do indivíduo no mundo. Aqui defende-se que a Residência Médica por ser um processo educativo que se estabelece primordialmente em serviço, é um ambiente propício para a utilização dos Círculos de Cultura com a finalidade de desenvolver o nível mais elevado da consciência humana (a consciência crítica) nos profissionais médicos.

Desta forma o que se propõe é uma adaptação desta metodologia para a educação médica, especificamente no PRM do Ceará. Pois esta já é aplicada em comunidades, na educação de jovens e adultos, no ensino e pesquisa da enfermagem, vários processos pedagógicos nacionais e internacionais demonstrando sua versatilidade e eficiência.

A ideia é modificar, através deste método, a forma de ensinar e aprender na preceptoria e fomentar mais momentos de diálogos sistemáticos ao longo dos anos de RM com a realização de Círculos de Cultura Médica discutindo os mais diversos temas clínicos, técnicos, administrativos etc., porém contextualizando sócio historicamente, problematizando, analisando as contradições existentes e chegando a uma síntese crítica e transformadora para educadores e educandos a respeito da temática.

Nesta proposta as fases originais do Círculo de Cultura permanecem as mesmas com algumas adaptações para a realidade do PRM. Na fase da investigação temática, onde se identifica os temas geradores, estes serão extraídos a partir dos resultados do IGMA realizado no ato da matrícula dos residentes e da realidade vivenciada no serviço em sua especialidade escolhida a partir do olhar do preceptor.

Desta forma garante-se que os temas geradores reflitam a realidade do educando e do educador bem como todas as necessidades de aprendizado para a especialidade específica. Assim na fase seguinte: a problematização todos os aspectos sócio-históricos e culturais sejam respeitados e que através do diálogo se busque compreender os fenômenos e suas diversas variáveis incluindo as políticas e econômicas.

Exemplificando, a turma de RM1 em pediatria em seu primeiro Círculo de Cultura Médica com o tema gerador *UTI pediátrica*, inicia o processo de problematização deste tema, sugerindo várias discussões de ordem técnica, relatos de casos clínicos, dificuldades de leitos, dúvidas sobre fármacos e procedimentos análise e diagnósticos, dificuldades com familiares, violência doméstica etc.

Em seguida vem a fase da codificação, onde são apontadas as contradições e as representações das vivências. Nesta fase vai ser o momento que a turma pode utilizar recursos audiovisuais e o preceptor tem um papel fundamental de facilitar o diálogo esclarecedor das questões contraditórias a partir de suas vivências. Neste momento as respostas aos problemas são mais teóricas e todos os sentimentos são expressos.

Depois vem a fase da decodificação, é o momento de construir um pensamento mais abstrato sobre o que foi codificado, é o momento de contextualizar o material codificado e abstrair para questões mais complexas que envolvem os conceitos. Por exemplo: a criança está na UTI com traumatismo craniano porque caiu da escada, após codificar todos os conceitos técnicos do trauma, diagnóstico e prognóstico neste momento de decodificação vem novas reflexões: sobre como a criança caiu, foi violência ou acidente, qual o papel do médico em um caso de violência doméstica, quais os percentuais de trauma ocasionados por violência doméstica no Estado ...

As reflexões seguem até chegar na última fase do Círculo que é o desvelamento crítico em que a pessoa desenvolve a capacidade de compreender a importância da ação concreta, cultural, política e social de situações limites com o enfrentamento de

contradições. Seguindo o exemplo: após o fechamento do Círculo de Cultura Médica sobre UTI pediátrica o aluno de pediatria aprende aspectos da vida concreta das crianças que utilizam a UTI: desde questões clínicas, a questões de cidadania do papel do pediatra na prevenção de acidentes domésticos e nos casos de violência doméstica, a epidemiologia da violência contra crianças e adolescentes no Estado, bem como aspectos da política pública da gestão das UTIs pediátricas etc.

A proposta é que em todo encontro de preceptoria a metodologia possa ser utilizada de forma contínua e sistemática. Na adaptação para educação médica, como os temas são complexos sugere-se distribuir cada tema em três momentos de preceptoria, o primeiro momento de uma hora/ aula para a problematização; o segundo momento de duas horas/aula para a codificação e decodificação; e um terceiro momento de duas horas/aula para o desvelamento crítico.

Esta proposta necessita ser aplicada e pesquisada através de um projeto piloto na RM no Ceará, para que desta forma seja feita a análise do seu impacto de viabilidade e efetividade para o Programa.

## CAPÍTULO 6: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que se pode aprimorar os processos educacionais da residência médica no Estado a partir da introdução de estratégias psicológicas, para tanto sugere-se a introdução de conteúdos e práticas transversais contemplando o desenvolvimento das estruturas psíquicas superiores Identidade, Consciência e Afetividade no decorrer da formação médica.

Há indícios de que a realidade mercantil pressiona a formação para algumas especialidades mais específicas com maiores recompensas, o que aqui se propõem, é que através de uma educação médica mais crítica possa haver a transformação social de mercado. Onde as especialidades que correspondam melhor à promoção, prevenção e reabilitação da saúde coletiva ganhe maior valor de mercado do que a que corresponde a uma parcela economicamente privilegiada da sociedade.

Acredita-se que isso só será possível se for construída uma nova história que rompa com paradigmas hegemônicos de mercado através da educação crítica. Portanto, sugere-se maiores estudos de teorias e métodos que inclua as estruturas psíquicas superiores de Identidade, Consciência e Afetividade no processo de ensino-aprendizagem dos médicos, sendo uma das perspectivas teóricas, aqui introduzida, a inserção da Educação Libertadora de Paulo Freire como estratégia para este fim educacional, tendo em vista ela ser reconhecidamente facilitadora de processos de conscientização e de transformação social e fomentadora de metodologias ativas que trabalha transversalmente a afetividade e a identidade nos processos formativos.

Por fim, este estudo pensa a educação médica na pós-graduação sob o olhar da psicologia sócio-histórica e convida a refletir sobre os possíveis caminhos para uma atuação profissional mais humanizada, equânime, transformadora de vidas e sintonizada com as reais necessidades e desejos dos indivíduos e da coletividade, sendo assim mais significativa, apesar das pressões conflitivas geradas pelo mercado da saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALI A, RASHEED A, ZAIDI S, ALSAANI S, NAIM H, HAMID H, FARRUKH S. Recent Trend in Specialty Choices of Medical Students and House Officers from Public Sector Medical Universities, Karachi. **J Pak Med Assoc.** 2019 April; 69 (4): 489-493.
- ALJERIAN K. Factors Influencing Residents' Specialty Choices and Satisfaction: Impact of Gender, Career Motivation and Life Goals. **Journal of Surgical Education.** 2022, March / April; 79 (2): 302-308.
- ALVES M, LEITE J, FILGUEIRA N. Fatores associados à escolha da segunda especialidade entre concluintes da residência em clínica médica. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 2021; 45 (4): e209.
- AUGUSTO, Diego M., FEITOSA, Maria Zelfa de S. e BOMFIM, Zulmira A. C. A utilização dos mapas afetivos como possibilidade de leitura do território no CRAS. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia.** Londrina, jun. 2016 v. 7, n. 1, p. 145-158.
- BARRETO, Elcides Hellen F. L. Estima de lugar e implicações com a saúde: as perspectivas dos usuários de um centro de saúde do Nordeste do Brasil. **Dissertação de Mestrado UFC.** Fortaleza, 2017. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/24228>.
- BATISTA N.A., **Educação Médica no Brasil.** São Paulo: Cortez; 2015.
- BISSOTO J, GALLIAN D. A Busca pela Residência Médica em Acupuntura na EPM-Unifesp. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 2019; 43 (3): 27-35.
- BRASIL, **Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981.** Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 de julho de 1981.
- BRASIL. **Lei nº 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001.** Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução 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, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. ISBN 978-85-334-1490-7

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução nº 03 de 16 de setembro de 2011**. Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manuais para o fortalecimento das residências em saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BOMFIM, Zulmira A. C. **Cidade e Afetividade: estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo**. Fortaleza: Edições UFC, 2010.

CAMPOS, Regina H. de F. (org.). **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1996.

CIAMPA, Antônio da C. **A Estória do Severino e A História da Severina: um ensaio de Psicologia Social**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1987.

COURTIS-PEIRETTI, 2021, *apud* CORREA, Sílvio Marcus de Souza. História da medicina: racismo, feminismo e colonialismo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro. v.29, n.1, jan.- mar. 2022, p.295-297.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2001. 200 p.

FARIAS, Lina, e SANTOS, Luiz A. de Castro. Influências do modelo de educação e prática médicas no Brasil: o desenvolvimento da saúde global. **Revista História, Debates e Tendências**, Passo Fundo, V.21, N.3, set. – dez. 2021, p. 80-98.

FARR, Roberto M. **As Raízes da Psicologia Social Moderna (1872-1954)**. Tradução de: GUARESCHI, P. e MAYA, P. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

FERREIRA, Maria Cristina. A Psicologia Social Contemporânea: principais tendências e perspectivas nacionais e internacionais. **Psicologia: teoria e pesquisa**, V.26, nº especial, 2010, p. 51-64.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Tradução de: MACHADO, R. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 7 ed., 2011.

FRANCISCO, C. Metodologias ativas do ensino contemporâneo: aprendizagem baseada em problemas e pensamento crítico. **Absolute Review**, V.10, nº 01, maio de 2022. ISSN: 2674-662X.

- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 15ª edição, 1979.
- FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Centauro editora, 3ª edição, 1980.
- GIRARDI, Sabado N. [et al.] (Organizadores). **Especialidades médicas no Brasil: formação e mercado de trabalho**. Rio de Janeiro: Cebes, 2022.
- GÓIS C. **Noções de Psicologia Comunitária**. 2ª. edição, Fortaleza: Editora Viver, 1994.
- HAMMOUD, Maya M., ANDREWS, John, SKOCHELAK, Susan E. Improving the Residency Application and Selection Process: An Optional Early Result Acceptance Program. **JAMA**. 2020;323(6):503-504. doi:10.1001/jama.2019.21212
- HEIDEMANN, Ivonete T. S. B., DALMOLIN, Idiana S., RUMOR, Pamela C. F., CYPRIANO, Camila C., COSTA, Maria Fernanda B. N. A. e DURAND, Michelle K. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, 2017; 26(4):e0680017.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença** (traduzido por Claudia Buchweitz e Pedro Garcez). 4ª edição, Porto Alegre, Artmed, 2003.
- HILAIRE C, KOPILOVA T, GAUVIN J. Attracting the Best Students to a Surgical Career. **Surg Clin N Am: surgical. theclinics. com**. 2021; 101: 653–665.
- HIPÓCRATES. **Conhecer, Cuidar e Amar: o juramento e outros textos** (organizado por Jean Salem), São Paulo, Landy editora, 2002.
- LADHA F, PETTINATO A, PERRIN A. Medical student residency preferences and motivational factors: a longitudinal, single-institution perspective. **BMC Medical Education**. 2022; 22:187.
- LANE, S. T. M. e SAWAIA, B. B. (organizadoras). **Novas Veredas da Psicologia Social**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1995.
- LANE, S. T. M. e CODO, W. (org.) **Psicologia Social o Homem em Movimento**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2001.
- LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, V. 20, N. 4, 2011, p.867-874.
- LEFEBVRE C, HARTMAN N, TOOZE J, MANTHEY D. Determinants of medical specialty competitiveness. **Postgrad Med J**. 2020; 96: 511–514.
- LEONTIEV, Alexis. **O Desenvolvimento do Psiquismo**. Tradução de: DUARTE, Manoel D. Lisboa: Horizonte Universitário, 1978.

- MACHADO, Clarisse D. B., WUO, Andrea e HEINZLE, Marcia. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 42(4):66-73;2018.
- MAEYAMA M e ROS M. Estilos de Pensamento na Escolha da Especialidade Médica e Sua Correlação com as Políticas de Provimento para a Atenção Básica à Saúde – Um Estudo de Caso. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2018; 42 (2): 89-99.
- MARTINS J, RODRIGUEZ F, COELHO I, SILVA E. Fatores que Influenciam a Escolha da Especialização Médica pelos Estudantes de Medicina em uma Instituição de Ensino de Curitiba (PR). **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2019; 43 (2): 152-158.
- MÉDICA, Associação Brasileira de Educação. **Cadernos da ABEM: Residência Médica**, Rio de Janeiro, V. 7, outubro 2011.
- MEIRELES, M. A. DE C.; FERNANDES, C. DO C. P.; SILVA, L. S. E. 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**, v. 43, n. 2, p. 67–78, abr. 2019.
- MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, 12 (3), mai. – jun. 2004, p. 447-8.
- MICHEL, Jean L. Marlene., OLIVEIRA, Ricardo A. Batista de, e NUNES, Maria do Patrocínio T. Residência Médica no Brasil. **Cadernos da ABEM**, Vol.7, Rio de Janeiro, 2011, p.7-13.
- MINAYO, M. C. S. (Org) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. (Temas sociais).
- MIRANDA C, SANTOS F, PERTILE K, COSTA S, CALDEIRA A, BARBOSA M. Fatores associados à intenção de carreira na atenção primária à saúde entre estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2021; 45 (3): e146.
- MOHOS A, FRESE T, KOLOZSVÁRI L, RINFEL J, VARGA A, HARGITTAY C, CSATLÓS D, TORZSA P. Earning opportunities and informal payment as influencing factors in medical students' speciality choice. **BMC Family Practice**. 2021; 22: 258.
- PAGLIOSA, F. L., e ROS, Marco A. da. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32 (4), 2008, p. 492-499.
- PARIJA S, GUPTA A, NAYAK S, BANERJEE A, PODDAR C. Ophthalmology as a career choice among medical students in Eastern India – A cross-sectional study. **Indian Journal of Ophthalmology**. 2022; 70 (10): 3661-3668.

- PEIFFER-SMADJA N, ARDELLIER F, THILL P, BEAUMONT A, CATHO G, OSEI L, DUBÉE V, BLEIBTREU A, LEMAIGNEN A, THY M. How and why do French medical students choose the specialty of infectious and tropical diseases? A national cross-sectional study. **BMC Medical Education**. 2020; 20: 397.
- RASSLAN S, ARAKAKI M, RASSLAN R, UTIYAMA E. Perfil do residente de Cirurgia Geral: quais as mudanças no Século XXI? **Rev Col Bras Cir**. 2018; 45(2): e1706.
- REGO, S. Educação Médica: história e questões. In: **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p.21-44. ISBN 978-85-7541-324-1.
- RIBAS F., J. M., MALAFAIA, O. e CZECHCO, N. G. A realidade do mercado médico brasileiro. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, 36 (3), 2009, 185-186.
- RIBEIRO, M. T. A. M. Perfil sociodemográfico, formativo e das escolhas por especialidades dos candidatos à seleção de residência médica no Estado do Ceará (SURDE/ARES) de 2012 a 2018. **Tese [Doutorado em Saúde Pública]** – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.
- RODRIGUES L, DUQUE T, SILVA R. Fatores Associados à Escolha da Especialidade de Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2020; 44 (3): e078.
- RUSSO G, CASSENOTE A, GUILLOUX A, SCHEFFER M. The role of private education in the selection of primary care careers in low and middle-income countries. Findings from a representative survey of medical residents in Brazil. **Human Resources for Health**. 2020; 18:11.
- OLINTO, M. T. A. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. **Rev. Bras. Epidemiologia**, Pelotas, Vol.1, N° 2: 1998.
- SANTOS, J. S., MARTINS, E. M. L. R., ALMEIDA, T. C. de. Formação médica no SUS em Pernambuco: oferta de vagas de residência médica (2012 – 2017). **Revista Espaço para a Saúde**, 2018 Dez.;19(2):8-19.
- SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.
- SCLIAR, Moacyr... [et al.]. **Saúde Pública: histórias, políticas e revolta**. São Paulo, Scipione, 2002.
- SERAPIONE, M. Métodos quantitativos e qualitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1): 187-192, 2000.

- SOUSA, Evandro G. de. A Residência Médica no Brasil. **Revista Brasileira de Residência Médica**, Rio de Janeiro, 9 (2) maio-ago., 1985, p. 112-114.
- SOUZA, Jeane B. de, BARBOSA, Maria Helena P. A., SCHMITT, Helen B. B. e HEIDEMANN, Ivonete T. S. B. Círculo de cultura de Paulo Freire: contribuições para pesquisa, ensino e prática profissional da enfermagem. **Rev Bras Enferm.** 2021;74(1): e20190626.
- SPINK, Mare Jane P. **Psicologia Social em Saúde: práticas, saberes e sentidos.** Petrópolis, 2ª edição, Editora Vozes, 2004.
- STUMPO V, LATOUR K, TRAYLOR J, STAARTJES V, GIORDANO M, CACCAVELLA V, OLIVI A, RICCIARDI L, SIGNORELLI F. Medical Student Interest and Recruitment in Neurosurgery. **World Neurosurgery.** 2021 September; 141: 448-454.
- TOFFOLI, S. F. L., FILHO, O. F. F., ANDRADE, D. F. de. Proposta de seleção unificada aos Programas de Residência. **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, 2013;5 9(6):583–588.
- VASCONCELOS, Francisca D. S., SILVA, Luana P. da, TEIXEIRA, Jorge S. de S., SALES, Bárbara E. V., SEVERIANO, Gracymara M. e MOTA, Juliana M. do N. Representações sociais e mapas afetivos: vivências juvenis na escola pública. *Comunicações Piracicaba* | v. 28 | n. 1 | p. 153-170| jan.-abr. 2021
- VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e Linguagem.** Traduzido por: CAMARGO, Jefferson L. São Paulo: Martins Fontes, 2ª edição, 1998.
- WACHOWICZ L. A. A Dialética na Pesquisa em Educação. **Revista Diálogo Educacional** [on-line]. 2001, 2(3), 1-11. ISSN: 1518-3483.
- WEISZ G. **Divide and Conquer: a comparative History of Medical Specialization.** Oxford: University Press; 2006.
- YEN A, WEBB E, JORDAN E, KALLIANOS K, NAEGER D. The Stability of Factors Influencing the Choice of Medical Specialty Among Medical Students and Postgraduate Radiology Trainees. **Journal of the American College of Radiology.** 2018 June; 15 (6): 886-891.