

O Olhar do Estudante de Medicina sobre o Sistema Único de Saúde: a Influência de Sua Formação

The Medical Student's view about the Unified Health System: the influence of education

Guilherme Antoniacomi Pereira¹
Amanda Mayumi Umezawa Stadler¹
Kátia Yumi Uchimura¹

RESUMO

Após o fim do regime militar e a conseqüente democratização do País, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), passam a surgir propostas de mudanças para o ensino médico no intuito de adaptá-lo a esse novo sistema. Nesse processo, destaca-se a formação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), em 1991, com a proposta de realizar, em diferentes fases, uma autoavaliação do ensino médico àquela época, o que culminou, em 2001, na elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina. Entendendo que a educação médica proposta pelas DCN visa formar profissionais de perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, que contemplem o sistema de saúde vigente e cuja formação deve se dar por meio do vínculo com as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, este trabalho buscou identificar, mediante uma análise qualitativa, a influência exercida pela formação em Medicina em uma instituição de ensino sobre as percepções de seus acadêmicos e egressos acerca do SUS. Os dados foram coletados em grupos focais, compostos por alunos do terceiro ao décimo segundo período de Medicina, seguindo um roteiro norteador flexível. A leitura transversal e horizontal dos dados, baseada na metodologia de "Estrutura, Processo e Resultados" de Donabedian²⁴, permitiu identificar os seguintes temas centrais presentes nas narrativas, sobre os quais foi construída a discussão: corpo docente, adequação teórica e prática, e saúde coletiva. Por fim, foi compreendida a visão que os estudantes têm do SUS, suas intenções de utilização e inserção profissional no sistema e algumas evidências de currículo oculto. O estudo concluiu que a formação médica tem forte influência sobre estes fatores. Grande parte dos estudantes não tem interesse em trabalhar no SUS nem em sua utilização, motivada pelas experiências práticas, pelo discurso e pelo exemplo dos docentes.

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação Médica.
- Saúde Pública.
- Sistema Único de Saúde.
- Currículo.

KEY-WORDS:

- Medical Education.
- Public Health.
- Unified Health System.
- Curriculum.

ABSTRACT

From the context of the end of the military regime and the consequent democratization of the country, with the accomplishment of the VIII National Conference of Health and the creation of the Unified Health System (SUS), proposals for changes to medical education begin to emerge in order to adapt it to this new system. Within this process, the formation of the National Interinstitutional Commission for the Evaluation of Medical Education (Cinaem) was highlighted in 1991, with the proposal to carry out a self-assessment of medical education at that time in different phases, which culminated in 2001, with the elaboration of the National Curricular Guidelines (DCN) for the medical education. Understanding that the medical education proposed by the DCN aims to train professionals with a generalist, humanist, critical and reflective profile, which contemplate the current health system, and whose formation must take place through the link with the social needs of health, with emphasis on SUS, this work aimed to identify, through a qualitative analysis, the influence exerted by the medical education in a teaching institution on the perceptions of its students and excipients about the Unified Health System. Data were collected from focus groups, carried out with students from the third to the twelfth medical period, following a flexible guiding script. The cross-sectional and horizontal reading of data based on Donabedian's²⁴ "Structure, Process and Results" methodology allowed the identification of central themes present in the narratives, on which the discussion was built. Among them, the following themes were highlighted: faculty, theoretical and practical adequacy and public health. Finally, the students' vision about the SUS system, their intentions of utilization and professional insertion in it, and some evidence of a hidden curriculum were understood. The study brought to the conclusion that medical training has a strong influence on these factors. Most of the students do not have the interest of working in the SUS nor of its use, motivated by practical experiences, by the discourse and example of the teachers.

Recebido em: 24/1/2018

Aceito em: 26/2/2018

INTRODUÇÃO

Mesmo após completar cem anos de publicação, o Relatório Flexner ainda é considerado um marco na história da educação médica. Afinal, as reformas dele decorrentes possibilitaram reorganizar e regulamentar a formação médica nos Estados Unidos – sem qualquer organização e regulação até então –, como também foram implantadas em diversos países do mundo ocidental, consolidando o paradigma biomédico de saúde^{1,2}. Esse modelo delegou o ensino das áreas básicas de saúde aos laboratórios e às salas de aula das universidades, e o aprendizado da prática médica aos hospitais, onde se manteve durante todo o século XX. Segundo Flexner, o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta². À época de publicação do relatório, existiam no Brasil apenas quatro escolas médicas, localizadas na Bahia, no Rio de Janeiro, em São Paulo e no Rio Grande do Sul, e todas as atividades acadêmicas eram realizadas em ambiente hospitalar. Os cursos abertos após 1910 mantiveram o modelo hospitalocêntrico como base para o aprendizado².

Esse modelo de formação médica experimentou grande crise na década de 1960. A chamada "crise da medicina" ocorreu por evidenciar, em todo o mundo, a falta de compromisso dessa formação para com as necessidades de saúde das populações³, o que levou a uma intensa movimentação nas instituições internacionais de saúde, governos, meios acadêmicos, fundações internacionais, instituições representativas de classe e na sociedade em geral⁴. O que ocorreu em seguida foram processos de reforma do setor saúde, diferentes em cada país, de acordo com as distintas conjunturas políticas e socioeconômicas².

No Brasil, durante a ditadura militar, essas transformações se deram num contexto de intensa privatização⁵. Mesmo após a criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, as intervenções eram centralizadoras e objetivavam o controle vertical de doenças como hanseníase, tuberculose e câncer, ampliando as críticas de diversos setores da sociedade civil⁶. E, nesse cenário desmobilizador, em meados de 1975, começou a se consolidar a ideia de uma reforma sanitária⁵ com a criação do Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (Cebes) e da Associação Bra-

sileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)⁶, que assumiram importantes papéis no movimento sanitário, cuja expressividade se revelaria na década seguinte.

Com a redemocratização do País⁶, foi realizada, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que reuniu cerca de 5 mil participantes, representando diversos setores da sociedade civil organizada⁷. Seu relatório serviu de referência para a elaboração da Constituição Brasileira de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando o reconhecimento da saúde como direito social a ser contemplado por políticas públicas⁸.

Com a criação de um novo sistema de saúde, o desafio que se apresentava era a formação de novos profissionais para nele atuarem. Desse modo, as propostas de mudanças para o ensino médico se multiplicavam e também envolviam a redefinição das relações e papéis profissionais no setor saúde⁶. Por isso, entidades representativas de médicos, de professores universitários e estudantes de Medicina reuniram-se para formar a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), em 1991. Entre as diversas análises das duas primeiras fases da Cinaem, concluiu-se que o modelo pedagógico do ensino médico era anacrônico, fragmentado e compartimentado; que as escolas assumiam tímido papel no que dizia respeito à pesquisa e extensão, formando médicos inadequados às demandas sociais; que a transferência de conhecimentos se dava de maneira unidirecional e fragmentada; que as avaliações de aprendizagem tinham caráter terminal, centrado na memória, sem valorizar conhecimento aplicado, habilidades e atitudes; que a docência era tomada como atividade secundária no exercício profissional do médico, sendo raro o nível de pós-graduação *stricto sensu* entre os professores; e que estes eram remunerados abaixo da realidade do mercado médico⁹.

Com base nesses resultados e no avanço de diversas políticas públicas para o setor da educação, foram formuladas, em 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. Esse documento descreve um profissional “com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”¹⁰. Torna-se claro que o modelo biomédico flexneriano não cabe mais no contexto da formação de profissionais de saúde no Brasil. O que passa a vigorar é um modelo que compreende determinantes em saúde expressos por três

tipos de fatores: materiais, como habitação, alimentação, trabalho, saneamento e outros; psicossociais e comportamentais; e biológicos¹¹.

Esse texto, de caráter facultativo às instituições de ensino superior, foi integrado ao Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada em Curitiba, Paraná, em 2014, como em tantas outras escolas médicas do Brasil. A instituição propõe, portanto, o perfil do egresso traçado pelas DCN, devendo prepará-lo para entender e trabalhar no sistema de saúde vigente no País, enfatizando seu aprendizado nas cinco grandes áreas médicas: Pediatria, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia-Obstetrícia e Saúde Coletiva¹².

O ensino da Saúde Coletiva baseado no SUS, de fato, permeia toda a formação do acadêmico de Medicina dessa IES, assim como o faz na quase totalidade dos cursos de Medicina ofertados no Brasil. Desta forma, Oliveira e Alves¹³ realizaram um estudo com 1.004 acadêmicos internos de 13 diferentes escolas médicas e demonstram que, apesar da integralização das DCN aos currículos, o quadro apresentado pela Cinaem ainda faz parte da realidade dos cursos de Medicina, com práticas centradas no âmbito hospitalar e no professor, com pouca integração multidisciplinar, resultando em 64% de estudantes que almejam ser médicos especialistas. Para tentar explicar esse fenômeno, Cutolo e Delizoicov¹⁴ sustentam que diversos fatores ainda afastam o ensino médico da formação generalista voltada ao SUS, como a superespecialização do corpo docente, a abordagem tecnicista da medicina, a prática empirista em sala de aula, a aprendizagem desenvolvida fundamentalmente em ambiente hospitalar, a desarticulação entre ciclo básico e clínico, a organização por disciplinas, a desconexão entre os conteúdos e a realidade epidemiológica brasileira e a própria concepção de saúde.

Assim, no cenário brasileiro, o desafio atual é superar estas barreiras para que possamos consolidar, de fato, um sistema de saúde que atenda às demandas da população, composto por profissionais preparados para nele atuarem. Problematizar a escola médica, identificando e caracterizando a materialidade de um Projeto Pedagógico de Curso (PPC) e sua operacionalização segundo a ótica dos acadêmicos, nos pareceu uma boa resposta a este desafio. Portanto, o objetivo central deste estudo foi avaliar a influência exercida pela formação em Medicina de uma IES sobre as percepções dos acadêmicos e egressos acerca do Sistema Único de Saúde.

Em 2014, foram aprovadas novas DCN, dessa vez de caráter obrigatório às instituições¹⁵. Até o momento da elaboração deste estudo, não havia sido iniciada a reforma cur-

ricular para adequação do currículo de Medicina dessa IES às novas diretrizes.

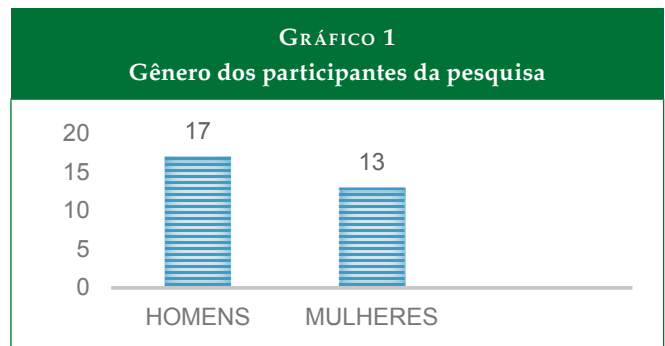
PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo compreendeu a realização de quatro grupos focais, com duração aproximada de 35 minutos, dos quais participaram 30 acadêmicos de um curso de Medicina, do terceiro ao décimo segundo períodos de formação. Todas as entrevistas foram realizadas na própria IES e tiveram seu conteúdo gravado e transcrito pelos pesquisadores. Os participantes, assim como a totalidade dos alunos e alunas, foram convidados pelos pesquisadores e aceitaram tomar parte do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Período	Número de alunos
3º	3
4º	4
5º	5
6º	2
7º	4
8º	5
9º	4
10º	-
11º	2
12º	1
Total	3

O primeiro grupo compreendeu dez entrevistados, sendo cinco do quinto período, dois do sexto e três do sétimo. O segundo foi composto por seis alunos: quatro do nono, um do décimo primeiro e um do décimo segundo período. O terceiro, sete: três do terceiro período e quatro do quarto. Por fim, o último grupo foi formado por sete estudantes: um do sétimo período, cinco do oitavo e um do décimo primeiro. A Tabela 1 apresenta a distribuição global dos estudantes, enquanto o Gráfico 1, a proporção entre os gêneros dos alunos. Por estarem no período de estágio eletivo, nenhum acadêmico do décimo período participou dos grupos focais.

Na tradição qualitativa, não há relevância de validação numérica da amostra¹⁶⁻¹⁸. Assim sendo, a seleção das falas alinha-se à proposta de “amostra teórica”¹⁹. Destituída de lógica probabilística, a amostra foi dimensionada de modo a permitir a exaustão, ou seja, a recorrência das categorias no material coletado²⁰, ou sua saturação teórica^{19,21}.



Seguindo o princípio da não diretividade²², foi utilizado um roteiro norteador flexível, contendo as questões “Me fale sobre seu processo de formação. O que você aprendeu sobre o SUS no seu tempo de curso? De que forma esse aprendizado influencia seu olhar sobre o SUS como paciente/usuário? De que forma esse aprendizado influencia seu olhar sobre o SUS como futuro profissional?”, oportunamente desdobradas em novas perguntas conforme o conteúdo emergente nas entrevistas.

Após a transcrição, leituras transversal e horizontal permitiram a impregnação pelo sentido do “todo” a cada depoimento e a identificação de temas centrais e dimensões presentes, que constituíram os eixos de significação da análise²³. O processo inicial compilou as informações por temas, tomando-se o cuidado para que todas as manifestações fossem incluídas. Posteriormente, foram analisadas

interconexões entre os temas e dimensões, resultando na construção da rede de significados²⁰. As categorias analíticas não foram, portanto, estabelecidas *a priori*, mas construídas com base nos discursos emergentes no material empírico.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

A exposição e análise de grupos focais consiste na apresentação das falas mais evocativas, reiteradas na quase totalidade dos casos. Os discursos aqui foram codificados de acordo com seu autor: “Ex/Py”, sendo x a posição sequencial do autor nos grupos focais e y o período de graduação em que se encontrava. Na IES de nosso estudo, os períodos da graduação são semestrais e totalizam 12.

Nossa estratégia de exposição implica apresentação do material discursivo ora agrupado por aproximações semânticas, ora independente. Três temas centrais construíram nossa Rede de Significados: estrutura, processo e resultados. Essa trilogia é defendida por Donabedian²⁴ e, apesar

de ter sido inicialmente proposta para análise de qualidade de serviços de saúde, mostrou-se flexível, podendo ser adaptada sem perder sua classificação fundamental ou significância conceitual.

Processo é a mais direta forma de avaliação e constitui-se das relações entre profissionais e pacientes, aqui interpretados como profissionais da formação médica e acadêmicos. Estrutura e resultados caracterizam formas menos diretas de avaliação. A primeira envolve características relativamente estáveis, abarcando recursos humanos, físicos e financeiros; e a segunda se refere às mudanças na saúde do paciente decorrentes do cuidado recebido. Neste caso, resultados se referem à influência exercida pela formação em Medicina de uma IES sobre as percepções dos acadêmicos e egressos acerca do SUS, o objetivo central de nosso estudo.

Estrutura e processo

Inicialmente analisados em separado, estrutura e processo estão aqui apresentados conjuntamente pela possibilidade de traçar paralelos e identificar divergências entre ambos. *Estrutura* é relacionada com aspectos do Projeto Pedagógico de Curso (PPC)¹² pertinentes aos discursos identificados. *Processo*, por sua vez, se relaciona com a vivência dos acadêmicos.

Na instituição em estudo, os estudantes são expostos ao Sistema Único de Saúde em toda a sua formação, contando principalmente com seu próprio hospital universitário (90% SUS), onde são realizadas atividades práticas da maioria das disciplinas do ciclo clínico (quinto ao oitavo período), bem como os estágios supervisionados do internato médico, por se tratar de um hospital de referência e de alta complexidade. Destacamos, na Tabela 2, os cenários de aprendizagem das disciplinas que compõem o eixo de Saúde Coletiva, sendo a maioria deles externos ao hospital.

TABELA 2
Cenários de aprendizagem do eixo curricular Saúde Coletiva

Período	Disciplina	Estratégias e cenários de aprendizagem
1º	Processo Saúde-Doença e Seus Determinantes	Visitação à UBS
2º	Políticas Públicas de Educação e Saúde	Visitação à UBS
3º	Saúde da Família I	Visitação à UBS
4º	Saúde da Família II	Visitação à UBS
5º	Saúde e Trabalho	-
5º	Saúde da Mulher	Hospital Universitário
6º	Saúde do Adulto e do Idoso	-
7º	Saúde da Criança e do Adolescente	Visitação em UBS, Maternidade
8º	Saúde Mental	UBS, CAPS, NASF
9º-12º	Saúde Coletiva (internato médico)	Atendimento em UBS, UPA e Samu

Currículo formal e currículo vivo

Apesar do proposto pelo PPC¹² e pelas DCN¹⁰ para o curso, o discurso dos acadêmicos demonstra que a prática, muitas vezes, não respeita a teoria, caminhando o currículo vivo de maneira dissociada do currículo formal:

Falta a questão da determinação social, que não é trazida de maneira nenhuma [...], porque a maioria dos professores ainda tem uma visão pré-Reforma Sanitária. (E29/P7)

Da mesma forma, identificamos a predominância do paradigma flexneriano, que supõe que a medicina deva ser estudada como ciência de laboratório, limitada ao estudo das doenças e à transmissão de conhecimento por meio de aulas expositivas e avaliações teóricas, de forma fragmentada e pouco produtora, afastando o estudante da visão prática¹: “A gente aprende doença, doença, doença. A gente não aprende o paciente” (E27/P8)

Corpo docente

“Unidade livre e dinâmica, capaz de atuar nos limites de sua área de conhecimento, sem prescindir da inter-relação com os demais que contextualiza o ensino”. Essa é a definição do docente pelo PPC, encarado como um dos principais itens a serem adequados para sua implementação e aperfeiçoamento¹².

Durante as entrevistas, revelou-se a importância e a relevância da prática docente de uma IES. A transversalidade do ensino e a abordagem técnica pelos professores foram temas muito explorados. Ainda que o PPC discorra sobre “uso predominantemente de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que privilegiam a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos”¹², é possível perceber que o acadêmico se entende como espectador de sua formação:

[...] nossa passividade dentro de sala de aula [...]. A gente, zerado de conteúdo, zerado de conhecimento, tendo que ficar sentado numa sala, ali, três horas, ouvindo a mesma coisa que, no fim das contas, acaba filtrando e aprendendo mesmo 5%. (E19/P4)

Esta postura alimenta o modelo hegemônico, que não estimula a autonomia, a capacidade de análise, o raciocínio crítico, investigativo e criativo²⁵. O mesmo pode ser dito sobre os processos avaliativos, compatíveis com o modelo tradicional de ensino, fortemente criticado pelos alunos, que afirmam que esse modelo de cobrança os desestimula:

[...] tem várias matérias que tem extensa quantidade de informação e a prova tem cinco questões [...] e depois não tem a discussão dessas cinco questões. (E04/P7)

Frente a essas reflexões, concluem que “Falta capacitação [docente]” (E26/P11) e questionam a inserção de seus professores no Sistema Único de Saúde:

A gente trabalha mais com profissionais que têm carreira no sistema privado do que no sistema público. Então, falta a gente ter aula, por exemplo, com um médico de família e comunidade que trabalhe 40 horas [semanais]. (E16/P9)

Tais falas refletem a frágil integração entre academia e serviço, com resistências de toda ordem, financiamento escasso para adequação curricular integrada ao SUS e pouca sensibilidade dos docentes às mudanças²⁶, reforçando a necessidade de vencer a resistência dos educadores, notadamente docentes de referência tradicional, para a consolidação de um novo modelo de formação em saúde²⁷.

Adequação teórica e prática

O PPC defende ainda a indissociabilidade teoria-prática, buscando manter um diálogo permanente entre conhecimentos em processo de retroalimentação baseado na vinculação educação-trabalho-práticas sociais¹². A qualidade das aulas práticas foi tema relevante nos discursos, evidenciando o distanciamento entre esta prática e aquela necessária à aquisição de competências:

A gente tem aulas práticas, que muitas vezes viram teórico-práticas que praticamente são só teóricas. (E26/P11)

[...] [a prática] poderia ser usada para sentar e ver como é o atendimento de um médico. Como um médico conversa com um paciente? [...] Como você trata ele? Como você espera ele na porta? A gente não tem isso na faculdade. Deveria ter.” (E25/P8)

Importante também para a efetividade do ensino, a estrutura ofertada para o aprendizado dos alunos foi tema de destaque:

Realmente fica difícil nesse aspecto, [...] não tem estrutura, aquela coisa que todo mundo já sabe. (E11/P12)

Saúde Coletiva

Sem dúvida, um dos temas mais expressivos, o ensino em Saúde Coletiva, sob a ótica dos estudantes de períodos mais avançados, é demasiadamente fragmentado e, influenciado pelos docentes e sua didática, anteriormente apresentados, consolida o aprendizado tardiamente:

[...] eles jogam um pouquinho aqui, um pouquinho no segundo, um pouquinho no terceiro, você vai começar a juntar as pecinhas [...] e só vai entender no segundo ano do internato, que aí você põe em prática. Acho que a fragmentação do conhecimento nesse sentido é que não é boa. (E11/P12).

Reforça-se a necessidade de uma inserção precoce do estudante na prática, em vez de supervalorizar a construção teórica na Saúde Coletiva²⁸. Contudo, é importante lembrar que a prática rapidamente se esgota se forem mantidas apenas atividades de observação e levantamento de problemas, e a recepção do estudante tende a perder a qualidade²⁹. Da mesma forma, ficou evidente a necessidade de tornar a metodologia mais objetiva:

Porque a gente não vai ser inserido no SUS direto como gestor. A gente vai ser inserido no SUS como médicos. (E22/P4).

Campos e Foster³⁰ descreveram importância e a contribuição da prática de Saúde Coletiva para a formação do aluno: dá acesso a conhecimento e atuação em atenção primária, contato com questões socioeconômicas e familiares, e proporciona a prática de uma medicina integral. Isto é consoante com o que foi observado, exemplificado pelo depoimento de um estudante no final do curso:

[...] Eu entrei na faculdade com um preconceito tremendo quanto à Saúde Coletiva [...], que com o passar do tempo foi desconstruído pelos profissionais [...]. A gente teve a vivência do médico de família, a gente vê os caras fazendo tudo pelo paciente e um esforço tremendo para tentar melhorar a qualidade de vida das pessoas. (E11/P12).

Além disso, não poderíamos deixar de mencionar a influência positiva de experiências externas, marcadamente no movimento estudantil de Medicina, espaço privilegiado para a problematização da sociedade entre os estudantes de Medicina³¹:

[...] no movimento estudantil, a gente vê o quanto eles estão querendo inserir na política de saúde temas que a gente não vê na faculdade: saúde LGBT, saúde rural. [...] [é preciso] ir além, aonde esse sistema único nosso tem que chegar. (E19/P4).

RESULTADOS

Este tema contempla a consolidação da intenção de inserção profissional no SUS, bem como sua utilização. Além disso, discutimos alguns aspectos do currículo oculto, presente em qualquer processo formativo.

O SUS sob a visão dos estudantes

Os grupos focais, marcadamente, relataram uma surpresa com a transição de uma visão negativa, muitas vezes influenciada pela mídia, para uma visão mais positiva.

[...] [uma diferença] bem nítida é assim: o SUS midiático e o SUS que a gente vê na prática. O SUS midiático não funciona. O SUS que a gente vê na prática funciona. [...] E acho que isso foi o que mudou bastante meu conceito" (E23/P3).

Sobre a esfera midiática, Oliveira³² postula que o SUS, num contexto político-comunicacional, ainda não conseguiu criar uma imagem pública melhor, principalmente pela dificuldade de desconstruir o discurso corrosivo conduzido por grupos contrários a ele. Ao longo do curso, porém, essa imagem positiva decresce, especialmente no ciclo clínico:

Quando a gente vai pra prática, desanima, porque a gente vê que a teoria não funciona tão bem assim na prática. (E13/P9).

SUS: um lugar (apenas) para trabalhar?

Entre todos os participantes, apenas quatro dos 30 declararam preferência por trabalhar no SUS. Estes estudantes estavam em diferentes períodos da graduação. Suas declarações foram convictas e de caráter pessoal:

[...] trabalhar no SUS pra mim é algo quase certo. (E23/P3).
Eu acho que só os alunos que [...] têm essa visão mais social [...], mas a maioria acha que está bem distante disso. [...] Eu acho que a maioria dos casos é uma questão individual. (E20/P4).

O restante dos estudantes declarou abertamente não desejar se inserir profissionalmente no sistema. Para entender o porquê, necessitamos analisar seus discursos, que têm início num conceito de carreira distante do SUS:

Eu acho que é criado em nós, até mesmo antes da faculdade, daqueles que têm pais, tios como médicos, que o sucesso de você como médico é conseguir ter um consultório particular. (E28/P8).

Os bons e ótimos profissionais que todos nós queremos ser estão bem longe do SUS, bem longe de atender uma população mais carente. (E20/P4).

Entre os estudantes dos primeiros períodos, a preocupação tinha foco na autorrealização profissional, possivelmente prejudicada pelas deficiências do Sistema:

O problema é a estrutura mesmo.[...] A volta pra casa com o sentido de "não cumpri minha missão". (E17/P4).

De outro lado, alunos mais adiantados no curso consideraram as práticas clínicas desestimulantes:

[...] você vai vendo nas práticas, contando as experiências e tudo mais, que não vale a pena trabalhar no SUS. (E08/P7).

Apesar disso, todos concordaram em que "trabalhar com o SUS [...] é uma realidade pra todos" (E18/P3),

Seja durante a residência médica, logo após a formatura, ou em algum serviço de emergência, os estudantes percebem o Sistema como um "[...] ritual de passagem, um lugar de aprendizado" (E20/P4), ou um "estepe" (E26/P11).

Essa visão transparece na seguinte fala:

Privilegiados são aqueles que podem sair da faculdade e ir direto para o consultório, trabalhar particular. (E08/P7).

Ao se direcionar a discussão para a atenção primária, todos concordaram em que a formação direcionada às especialidades médicas desestimula esta prática.

[...] nossa formação faz com que a gente pense muito mais como especialista do que como médico da atenção primária. Isso faz, obviamente, que se desestime o acadêmico a seguir carreira no SUS. (E26/P11).

Esses resultados dialogam com um grande estudo realizado por Oliveira e Alves¹³, que concluíram que a relação ensino-serviço de saúde na comunidade faz com que as instâncias do ensino médico sejam vistas como campos de estágio (objetos), em vez de partes integrantes (sujeitos) da construção de um novo paradigma de formação médica e sistema de saúde.

Sobre a utilização do sistema, as respostas convergiram com a intenção de inserção profissional, inclusive sob influência dos mesmos fatores. Os estudantes afirmam que "[...] depende do tipo de problema" (E17/P4).

Mas, por fim, um estudante afirmou que "[...] fica bem claro que a maioria das pessoas, se tiver outra opção, não usaria o SUS" (E26/P11).

O currículo oculto

O currículo oculto está presente no cotidiano do estudante, em aprendizagens não planejadas que resultam das interações interpessoais, da relação com o conhecimento e da hierarquização entre administradores, professores e alunos. São saberes passados por meio da rotina³³.

Perrenoud³⁴ define a existência de três currículos: o formal, que compreende a cultura digna de ser transmitida; o real, que é desenvolvido e planejado pelo docente; e o oculto, feito de aprendizagens regulares não programadas. Devemos, pois, distinguir o que se ensina aos estudantes daquilo que eles realmente aprendem³⁵.

Discutir currículo oculto traz à tona o significado de práticas e rotinas que ensinam a interiorizar formas acríticas e inflexíveis de viver no modelo atual de sociedade³⁶.

Durante a realização dos grupos focais, falas evocaram a influência dessas vivências não curriculares, destacando-se o discurso dos professores.

[...] eles falam “estou aqui por amor”, mas nas entrelinhas estão passando outra mensagem: [...] “gente, o SUS não é legal, não queiram trabalhar no SUS, porque vocês não vão ter a aquisição profissional que vocês esperam” (E16/P9).

Compreendendo o currículo oculto como fenômeno perpetuador de valores e práticas, podemos identificar que as mensagens podem conflitar com o que se ensina formalmente, resultando num processo educacional estruturado sobre inconsistências, contradições e duplas mensagens³⁷.

Um estudante relata que a vivência é uma realidade diferente da teoria:

[...] a Saúde Coletiva no internato, [...] acredito que foi bom para a gente ver vários exemplos do que não fazer: como não se portar, como não agir, como não tratar as pessoas... (E13/P9)

O resultado dessas interações é um ambiente educativo desconcertante, onde se ensina uma coisa e se faz outra, e potencialmente agressivo à formação de valores humanísticos nos cuidados em saúde³⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes mesmo de entrarem na graduação, os estudantes trazem uma concepção negativa do sistema, muito influenciada pela mídia e dissociada do desejo de uma carreira bem-sucedida. Estas concepções são desconstruídas quando os alunos recebem exposições teóricas positivas logo no início do curso ou quando são inseridos na Estratégia de Saúde da Família. Contudo, no ciclo clínico, majoritariamente hospitalocêntrico, encontramos a resistência do docente, geralmente médico, não inserido exclusivamente no SUS, em geral formado num antigo paradigma. Esta é uma das principais oposições encontradas em nossa análise, caracterizando uma marcante influência do currículo oculto durante a graduação.

Podemos dizer, assim, que existe uma nítida influência da formação no que tange à inserção profissional e à utilização do SUS pelos futuros médicos, seja de forma positiva ou negativa, que depende do estágio de graduação e da vivência do estudante. A partir deste nosso estudo, torna-se necessário pesquisar caminhos para combater o antagonismo à consolidação deste novo paradigma de formação, centrado no indivíduo e voltado à comunidade.

Também sugerimos a criação de novas estratégias para capacitação docente e a elaboração de um PPC decorrente de uma sólida problematização da IES, para aumentar a eficácia da aplicabilidade do mesmo. Ainda que fora dos objetivos da nossa análise, pareceu-nos necessário aprofundar a discussão acerca da apropriação de uma política pública de propaganda pelo próprio sistema e um detalhamento maior do perfil do estudante que tem acesso ao curso de Medicina no Brasil hoje.

A ideia de analisar o contexto universitário e a sua influência para a formação de novos profissionais para o SUS nos pareceu uma excelente alternativa para fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade. O Brasil representa, ainda hoje, um cenário de transição e implementação das mudanças trazidas pela reforma sanitária, passando pela criação do SUS, até a criação de um novo paradigma de formação em saúde. Há um grande esforço de todos os níveis da esfera nacional para a consolidação deste, desde a formulação das DCN até a criação de um PPC, como no caso da IES de nosso estudo, com o objetivo central de formar profissionais para o SUS, fato que se repete na imensa maioria das escolas médicas brasileiras. Porém, ainda existe uma longa distância a percorrida e diversas resistências contrárias a vencer para que os propósitos da nova concepção em saúde atinjam estudantes e profissionais.

REFERÊNCIAS

- Almeida Filho N de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad Saude Publica* [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2010 Dec;26(12):2234–49. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. Associação Brasileira de Educação Médica; 2008 Dec;32(4):492–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Bates V. Yesterday's Doctors: The Human Aspects of Medical Education in Britain, 1957–93. *Med Hist* [Internet].

- Cambridge University Press; 2017 Jan 21;61(1):48–65. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0025727316001009
4. Osório A, Schraiber LB, Osório A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Soc* [Internet]. *Saúde e Sociedade*; 2015 Jun;24:205–18. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500205&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
 5. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2014 Mar;21(1):15–35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
 6. Menicucci TMG, Menicucci TMG. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. Casa de Oswaldo Cruz; 2014 Mar;21(1):77–92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100077&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
 7. Paim JS. Reforma sanitária brasileira : contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; 2008. 355 p.
 8. Rodrigues PH de A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. Casa de Oswaldo Cruz; 2014 Mar;21(1):37–59. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 9. Machado JLM. A participação da ANDES-SN na Cinaem: o processo de transformação das escolas médicas brasileiras. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*; 1999 Aug;3(5):177–80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831999000200025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 10. 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.
 11. Zioni F, Westphal MF. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. *Saúde e Soc* [Internet]. *Saúde e Sociedade*; 2007 Dec;16(3):26–34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 12. Faculdade Evangélica do Paraná. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Curitiba; 2014.
 13. Oliveira NA de, Alves LA. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? *Rev Bras Educ Med* [Internet]. Associação Brasileira de Educação Médica; 2011 Mar;35(1):26–36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 14. Cutolo LRA, Delizoicov D. Caracterizando a Escola Médica Brasileira. *ACM arq catarin med*. 2003;32(4):24–34.
 15. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº3 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.
 16. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2000. 269 p.
 17. Patton MQ. How to use qualitative methods in evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1987. 176 p.
 18. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais : a pesquisa qualitativa em educação : o positivismo, a fenomenologia, o Marxismo. São Paulo: Atlas; 1987. 175 p.
 19. Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks: Sage Publications; 2008. 431 p.
 20. Bosi MLM. Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão. São Paulo: Hucitec; 1996.
 21. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica* [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2011;27(2):388–94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 22. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 16 ed. São Paulo: Cortez; 2008.
 23. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
 24. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press; 1980.
 25. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? *Rev Bras Educ Med* [Internet]. Associação Brasileira de Educação Médica; 2011;35(4):557–66. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400055&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

- www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400016&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
26. Oliveira NA de, Meirelles RMS de, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. Associação Brasileira de Educação Médica; 2008 Sep;32(3):333–46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 27. Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. Associação Brasileira de Educação Médica; 2010 Jun [cited 2015 May 4];34(2):207–15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 28. Gonçalves MB, Moraes AMSM de. Inserção dos alunos da primeira série do curso de medicina em serviços de saúde. *Rev bras educ méd.* 2003;83–90.
 29. Neumann CR, Miranda CZ de. Ensino de atenção primária à saúde na graduação: fatores que influenciam a satisfação do aluno. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. Associação Brasileira de Educação Médica; 2012 Mar;36(1):42–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 30. Campos MA de F, Forster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. Associação Brasileira de Educação Médica; 2008 Mar;32(1):83–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 31. Balarotti B. O movimento estudantil de medicina e a criação do SUS: Uma História na Luta pela Saúde. Florianópolis; 2010. Trabalho de Graduação [Medicina] - Universidade Federal de Santa Catarina;
 32. Oliveira V de C. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*; 2000 Aug [cited 2015 May 7];4(7):71–80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 33. Witman Y. What do we transfer in case discussions? The hidden curriculum in medicine.... *Perspect Med Educ* [Internet]. 2014 Apr 24;3(2):113–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24366760>
 34. Perrenoud P, Manzano P. La construcción del éxito y del fracaso escolar : hacia un análisis del éxito, del fracaso y de las desigualdades como realidades construidas por el sistema escolar. Madrid: Fundación Paideia; 1990.
 35. Sanchotene MU, Neto VM. Habitus profissional, currículo oculto e cultura docente: perspectivas para a análise da prática pedagógica dos professores de Educação Física. *Pensar a Prática.* 2006;9(2):267–80.
 36. Bandini J, Mitchell C, Epstein-Peterson ZD, Amobi A, Cahill J, Peteet J, et al. Student and Faculty Reflections of the Hidden Curriculum: How Does the Hidden Curriculum Shape Students' Medical Training and Professionalization? *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2015;34(1):57–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26566929>
 37. Hill E, Bowman K, Stalmeijer R, Hart J. You've got to know the rules to play the game: how medical students negotiate the hidden curriculum of surgical careers. *Med Educ* [Internet]. 2014;48(9):884–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25113115>
 38. Martimianakis MA (Tina), Michalec B, Lam J, Cartmill C, Taylor JS, Hafferty FW. Humanism, the Hidden Curriculum, and Educational Reform. *Acad Med* [Internet]. 2015 Nov;90(11 Suppl):S5–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26505101>

COLABORAÇÃO DOS AUTORES:

Guilherme Antoniacomi Pereira e Amanda Mayumi Umezawa Stadler são os autores principais, responsáveis pela revisão bibliográfica prévia, pela elaboração do projeto, além de execução, redação e estruturação do artigo. Kátia Yumi Uchimura é doutora em Saúde Coletiva, professora orientadora, a qual auxiliou na escolha do tema, direcionou leituras e referências, delineou a metodologia, além de supervisionar e redirecionar o trabalho dos acadêmicos.

CONFLITO DE INTERESSES:

Os pesquisadores afirmam que não há conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Faculdade Evangélica do Paraná: Rua Padre Anchieta, 2770 - Bigorrrilho CEP: 80730-000 - Curitiba / PR



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.