

Ser médico no Brasil na concepção de graduandos de Medicina
Being a doctor in Brazil in the conception of Medical students
Ser médico en Brasil en la concepción de estudiantes de Medicina

Recebido: 25/11/2020 | Revisado: 26/11/2020 | Aceito: 28/11/2020 | Publicado: 02/12/2020

Débora Alves dos Santos Fernandes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9544-5891>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: deboraurio@yahoo.com.br

Stella Regina Taquette

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7388-3025>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: stella.taquette@gmail.com

Resumo

Objetivo: Conhecer a percepção de estudantes de Medicina sobre o que é ser médico no Brasil. **Método:** Estudo qualitativo por meio de entrevista semiestruturada com estudantes dos ciclos básico, clínico e internato de uma instituição pública de ensino. O roteiro de entrevista respondido por escrito continha dados sociodemográficos e pergunta aberta sobre o que é ser médico, hoje, no Brasil. Foi realizada análise de conteúdo dos dados textuais, com apoio do software webQDA. **Resultados:** Participaram 210 estudantes, 107 do sexo feminino e 103 do sexo masculino, sendo 70 do ciclo básico (primeiro período), 83 do ciclo clínico (quarto e nono períodos) e 42 do internato (décimo segundo período). Os dados textuais deram origem a três categorias: concepção do que é ser médico; desafios da prática médica; e sofrimento procedente do aprendizado e exercício da Medicina. Em cada categoria foram observadas diferenças nas percepções dos estudantes à medida que avançam no curso. A concepção do que é ser médico no ciclo básico se aproxima do perfil do egresso preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e vai se afastando dela nos períodos mais avançados, assim como evidenciam maiores desafios nos últimos anos e quanto mais adiantado o período, mais frequentemente externado o sofrimento inerente ao ambiente educacional e ao exercício da medicina. **Conclusões:** A percepção dos pesquisados evidencia a desilusão em relação ao que é ser médico hoje no Brasil e o desafio do exercício da profissão de acordo com o perfil do egresso preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais devido às barreiras enfrentadas.

Palavras-chave: Educação médica; Avaliação educacional; Papel do médico; Satisfação pessoal; Estudantes de medicina.

Abstract

Objective: To know the perception of medical students about what it is to be a doctor in Brazil. **Method:** Qualitative study through semi-structured interviews with students from the basic, clinical and boarding cycles of a public educational institution. The interview script answered in writing contained sociodemographic data and an open question about what it is like to be a doctor today in Brazil. Content analysis of the textual data was performed, with the support of the webQDA software. **Results:** 210 students participated, 107 female and 103 male, with 70 from the basic cycle (first period), 83 from the clinical cycle (fourth and ninth periods) and 42 from the boarding school (twelfth period). The textual data gave rise to three categories: conception of what it means to be a doctor; challenges of medical practice; and suffering from the learning and exercise of Medicine. In each category, differences in students' perceptions were observed as they progressed through the course. The conception of what it means to be a doctor in the basic cycle is close to the profile of the graduate recommended by the National Curricular Guidelines and moves away from it in more advanced periods, as well as showing greater challenges in recent years and the more advanced the period, the more frequently the student suffering inherent in the educational environment and the practice of medicine. **Conclusions:** The perception of the respondents shows the disillusionment with what it is to be a doctor today in Brazil and the challenge of exercising the profession according to the profile of the graduate recommended in the National Curriculum Guidelines due to the barriers faced.

Keywords: Medical education; Educational measurement; Physician's role; Personal satisfaction; Medical students.

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción de los estudiantes de medicina sobre lo que es ser médico en Brasil. **Método:** Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas con estudiantes de los ciclos básico, clínico y de internado de una institución educativa pública. El guión de la entrevista respondido por escrito contenía datos sociodemográficos y una pregunta abierta sobre cómo es ser médico hoy en Brasil. Se realizó análisis de contenido de los datos textuales, con el apoyo del software webQDA. **Resultados:** participaron 210 estudiantes, 107 mujeres y 103 hombres, con 70 del ciclo básico (primer período), 83 del ciclo clínico (cuarto

y noveno períodos) y 42 del internado (duodécimo período). Los datos textuales dieron lugar a tres categorías: concepción de lo que significa ser médico; desafíos de la práctica médica; y sufrir por el aprendizaje y ejercicio de la Medicina. En cada categoría, se observaron diferencias en las percepciones de los estudiantes a medida que avanzaban en el curso. La concepción de lo que significa ser médico en el ciclo básico se acerca al perfil de egreso que preconizan los Lineamientos Curriculares Nacionales y se aleja de él en períodos más avanzados, además de mostrar mayores desafíos en los últimos años y cuanto más avanzado el período, más frecuentemente se expresa sufrimiento inherente al entorno educativo y al ejercicio de la medicina. Conclusiones: La percepción de los encuestados muestra la desilusión con lo que es ser médico hoy en Brasil y el desafío de ejercer la profesión según el perfil de egresado recomendado en las Directrices Curriculares Nacionales debido a las barreras enfrentadas.

Palabras clave: Educación médica; Evaluación educacional; Rol del médico; Satisfacción personal; Estudiantes de medicina.

1. Introdução

A formação médica passou por três grandes reformas educacionais nos últimos cem anos, em termos mundiais. A primeira foi desencadeada pelo Relatório Flexner (1910), que orienta a graduação em Medicina privilegiando os ambientes hospitalares como principais cenários para o ensino e exercício da prática médica (Flexner, 1910). A segunda mudança introduziu alterações pedagógicas e metodologias ativas de aprendizagem como Problem-Based Learning (PBL), no final do século XX, tendo o aluno na posição central do ensino. A terceira e mais atual é orientada pelo conceito de “social accountability”, que se caracteriza pelo engajamento das instituições de ensino com formação de um profissional adaptado a cenários sociais específicos com foco na melhoria do atendimento nos sistemas de saúde da região onde estão inseridos (Frenk et al., 2010; Ferreira, 2019).

O ensino médico no Brasil iniciou-se com a chegada da Família Real Portuguesa na primeira metade do século XIX e com a fundação das duas primeiras escolas de medicina (Gonçalves & Benevides-Pereira, 2009; Ferreira, 2019). Em 1958 entrou em vigor o Currículo Mínimo, de acordo com a legislação vigente (Lei nº 5540, 1968) tendo por base o modelo de ensino flexneriano. Somente em 2001 foram publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina. Estas foram posteriormente aperfeiçoadas e relançadas em 2014, tendo como perfil do egresso um médico com formação generalista,

capacitado a atuar em diferentes níveis de atenção numa perspectiva de integralidade da assistência com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (Resolução CNE/CES 4, 2001; Gonçalves & Benevides-Pereira, 2009; Resolução CNE/CES 3, 2014; Ferreira, 2019).

Essas duas últimas grandes alterações ocorridas nos currículos médicos brasileiros visaram a atender aos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido a partir da Constituição Brasileira sancionada em 1988 (Ciuffo & Ribeiro, 2008; Gonçalves & Benevides-Pereira, 2009). O SUS se configura como orientador dos recursos humanos na área da saúde, o que impulsionou a reestruturação curricular nos cursos médicos do país, em acordo com a terceira grande reforma no sistema educacional mundial. Essa reestruturação perpassa o poder público, os gestores dos serviços, a comunidade assistida e as instituições formadoras (Gonçalves & Benevides-Pereira, 2009; Paim et al., 2011; Ferreira, 2019; Veras et al., 2020). As escolas de Medicina vêm, desde então, promovendo mudanças em seus currículos, em seus processos pedagógicos e em seus cenários de ensino a fim de formar médicos de acordo com essas diretrizes (Maeno, 2011).

Apesar do preconizado nas diretrizes ser o médico com formação generalista, existe ainda um imaginário liberal e privatista quanto à atuação profissional no processo de formação acadêmica em saúde. Os estudantes de Medicina parecem ter a percepção de trabalhar no setor público apenas para obterem uma segurança financeira e no setor privado para o sucesso profissional. O processo de formação e de trabalho centrado na multiplicidade de especialidades produz um esvaziamento na função dos médicos generalistas e das especialidades-raiz (pediatria, cirurgia geral, clínica médica, gineco-obstetrícia e saúde pública) (Ferreira, 2019; Cândido & Batista, 2019).

Estudos recentes demonstram grandes diferenças entre o perfil do médico preconizado pelas diretrizes e o perfil idealizado e vivenciado pelos estudantes. No treinamento profissional, há uma quebra dessa idealização quando se deparam com a dificuldade psicológica em lidar com o sofrimento do paciente e a desilusão referente aos desejos de reconhecimento e boa qualidade de vida financeira e emocional (Grossemann & Stoll, 2008; Vizzaccaro, Mota & Alves, 2011; Rotenstein et al., 2016; Guedes et al., 2019). O sofrimento psicológico procedente do aprendizado e do exercício da Medicina é vivenciado de maneiras diferentes ao longo do curso médico e da vida profissional. Entretanto, esse sentimento é uma das causas das altas taxas de distúrbios psicológicos e psiquiátricos, entre eles os transtornos depressivos e ansiosos, e a alta taxa de ideações suicidas e suicídios entre estudantes e profissionais (Rotenstein et al., 2016; Guedes et al., 2019; Shanafelt et al., 2011).

Além disso, existem desigualdades crescentes entre o perfil de profissional preconizado pela DCN e o mercado de trabalho disponível ao médico quando se forma. Isso pode ser observado na constante desvalorização do SUS por parte da maioria dos gestores em saúde e na falta de estímulo para que o recém-formado, que realizou seu treinamento médico no sistema público, permaneça nesse sistema (Maeno, 2011).

Nos últimos anos, o governo brasileiro desenvolveu estratégias de reestruturação do SUS, com objetivo de priorizar a Atenção Básica e permitir que o egresso formado sob as DCN seja plenamente aproveitado na rede pública. Entretanto, tanto o Brasil quanto outros países, como EUA e Austrália, que buscaram a universalização do acesso à saúde, encontraram dificuldades semelhantes em fixar profissionais em áreas mais remotas e distantes dos grandes centros urbanos (Oliveira et al, 2015; Lehmann, Dieleman & Martineau, 2008; Wiese et al., 2011).

Nos últimos quinze anos, tomou forma um movimento denominado “pejotização”, a partir da publicação do artigo 129 da Lei nº 11.196 de 2005. Esta lei viabilizou a contratação de serviços por meio da constituição de pessoas jurídicas, inclusive os médicos por causa da natureza de sua atuação (Lei nº 11.196, 2005). Diversos empregadores, constituídos nos serviços hospitalares privados, com o intuito de fraudar o contrato de emprego, exigem do profissional a constituição de pessoa jurídica para a contratação e fragilizam a proteção laboral conferida ao trabalhador (Maeno, 2011; Jannuzzi, 2013). Esse movimento provocou uma grande perda de direitos trabalhistas dos médicos do sistema privado e aumento de custo junto aos conselhos de classe pela exigência de pagamento de anuidades como pessoa física e como pessoa jurídica, causando grandes tensões entre os médicos, os conselhos que os representam e os sistemas de saúde privados (Maeno, 2011; Jannuzzi, 2013; Lewin et al., 2019; Wahba & Lotufo, 2018).

Diante deste contexto, esta pesquisa foi realizada a partir das inquietações sobre a concepção do estudante de Medicina a respeito do seu futuro exercício profissional tendo em vista o perfil do egresso recomendado nas DCN. O objetivo da presente investigação, portanto, é conhecer a percepção de estudantes de Medicina de uma instituição pública de ensino sobre o que é ser médico tendo como base o que é preconizado nas DCN.

2. Metodologia

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior sobre percepção do estudante de Medicina a respeito do Ambiente Educacional (AE), realizado em 2018 com alunos de uma instituição

pública de ensino do Rio de Janeiro, no qual a primeira etapa foi quantitativa, efetivada em estudo de corte transversal com o emprego do instrumento DREEM, questionário auto-aplicado de avaliação dos estudantes sobre o ambiente educacional (Fernandes & Taquette, 2019). Na segunda etapa utilizou-se método qualitativo, tendo em vista o objetivo de compreender o que os estudantes pensam sobre o ser médico hoje. O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada, adequada para conhecer o ponto de vista dos atores, ou seja, o sentido que atribuem às suas ações (Taquete & Borges, 2020). Segundo Minayo (2013), cientista social, as pesquisas compreensivas buscam se aproximar do conhecimento possível de ser verificado através do significado que os sujeitos expressam sobre a realidade em que vivem (Minayo, 2013). A entrevista foi individual e respondida por escrito. Participaram estudantes do primeiro, quarto, nono e décimo-segundo períodos letivos. Estes quatro períodos representam fases do curso de Medicina de diferentes complexidades e demandam comprometimento cada vez mais intenso do estudante nas situações práticas. O roteiro da entrevista continha dados sociodemográficos como sexo, idade, cor e período letivo em curso e a pergunta aberta “O que é ser médico para você, hoje, no Brasil?”. Os dados foram coletados no segundo semestre de 2017. No primeiro período (classificado como ciclo básico), a pesquisa foi realizada em sala de aula antes de uma prova prática com a presença de 100% da turma. Nos períodos quarto e nono (classificados como ciclo clínico), a coleta de dados foi realizada durante uma aula teórica, com presença de 80% da turma. No internato, os estudantes foram abordados em grupos pequenos nas enfermarias e ambulatórios do hospital universitário quinze dias antes da formatura e aqueles que não estavam presentes foram contactados por e-mail e completaram a participação de 100% da turma. Todos os estudantes abordados demonstraram interesse e participaram do estudo, não havendo recusas.

Foi feita análise de conteúdo dos dados textuais, do tipo temática-categorial com o apoio do software webQDA de análise qualitativa de dados (Costa & Amado, 2018), balizada teoricamente por Taquette & Borges (2020) e Minayo (2013). As transcrições foram lidas e relidas compreensivamente para se ter noção do todo e das particularidades. Em seguida foram identificadas as ideias centrais dos relatos com recorte e colagem das falas e leitura transversal para a elaboração das categorias temáticas. Ao final procurou-se articular os dados empíricos com a literatura em busca de responder as questões da pesquisa e o desenvolveu-se uma síntese interpretativa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 01/12/2016 sob nº CAAE: 60942116.4.0000.5258 e parecer nº 1.845.082, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. Resultados

Participaram da pesquisa 210 estudantes, sendo 80 do primeiro período letivo (ciclo básico), 87 do quarto e do nono período letivos (ciclo clínico) e 43 do décimo segundo período letivo (internato). Estes que compreendiam 26,5% de todos os discentes matriculados na instituição à época (800 no total) e 51% do total de alunos eram do sexo feminino (107 alunos).

Quanto a cor autodeclarada, de acordo com a classificação do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (IBGE, 2010), 59% se consideraram brancos e 39% compõem o estrato pardos e pretos. Os 02% restantes compreenderam os amarelos. Não houve alunos indígenas. Do total, 80 estudantes cursavam o ciclo básico, 87 o ciclo clínico e 43 o internato (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes e de acordo com ciclo letivo.

	Total		Ciclo básico		Ciclo clínico		Internato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Feminino	107	51%	36	45%	43	49%	28	65%
Masculino	103	49%	44	55%	40	51%	15	35%
Raça/cor autorreferida								
Branco	124	59%	41	52%	51	59%	32	74%
Pardos e pretos	83	39%	38	47,5%	35	40%	10	23%
Amarelos	03	02%	01	0,5%	01	01%	01	03%
Indígena	00	0%	00	0%	00	0%	00	0%
Idade								
< 20 anos	44	21%	40	50%	04	05%	0	0%
20-25 anos	106	51%	31	39%	67	77%	8	10%
>25 anos	59	28%	09	11%	16	18%	35	81%
Total de participantes	210		80		87		43	

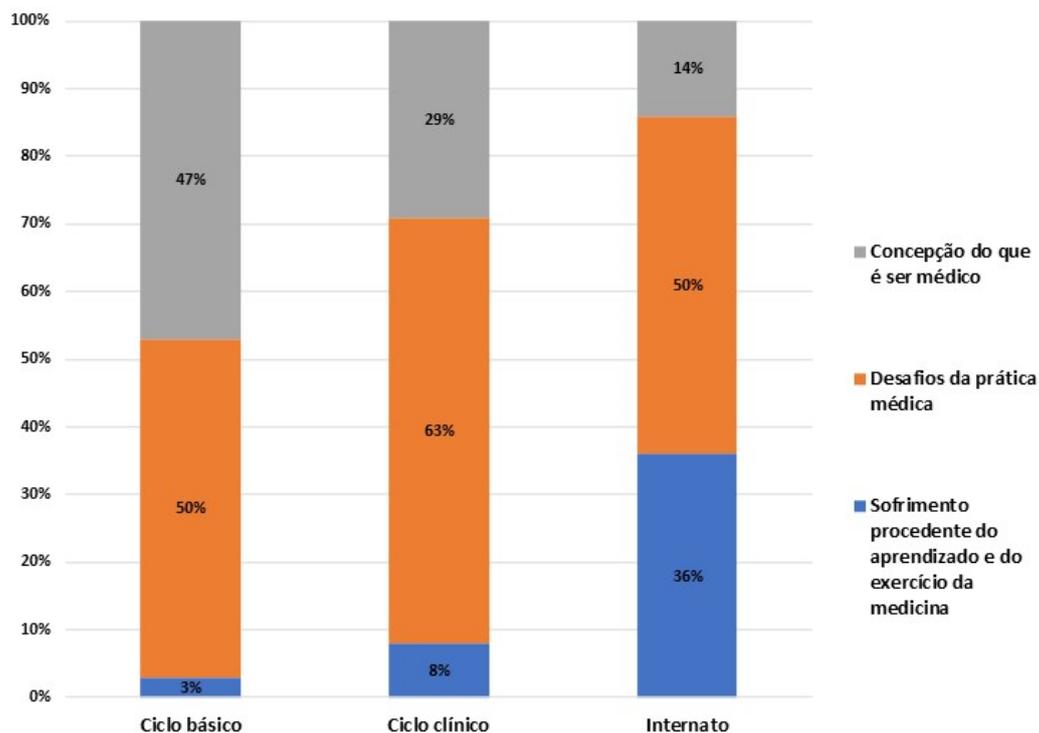
Fonte: Autores, (2020).

Na Tabela 1 é possível visualizar o número de participantes de acordo com ciclo de formação, sexo, cor autodeclarada e idade. Enquanto o Internato possui marcante maioria de mulheres e pessoas brancas, no Ciclo básico essa proporção diminui e a proporção de pardos e pretos aumenta.

As respostas à pergunta aberta deram origem a três categorias com base na análise temática: 1) concepção do que é ser médico; 2) desafios da prática médica; e 3) Sofrimento procedente do aprendizado e do exercício da Medicina.

Em termos quantitativos, observou-se que a maioria das narrativas dos estudantes de todos os ciclos referiram-se aos desafios da prática contemplados na segunda categoria temática (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos relatos segundo a categoria classificada e o período do curso.



Fonte: Autores, (2020).

Vale destacar, no Gráfico 1, a maior quantidade de relatos a respeito do sofrimento estudantil no aprendizado e exercício médicos (terceira categoria) entre os alunos do internato, comparado com os ciclos anteriores. Por meio do gráfico podemos constatar também como a percepção do que é ser médico diminui ao longo do curso médico, enquanto o sofrimento aumenta. As diferenças nas percepções dos estudantes de acordo com o ciclo letivo cursado estão relatadas na apresentação nos resultados de cada categoria temática abaixo descrita.

Concepção do que é ser médico

As respostas classificadas nesta categoria dizem respeito à percepção dos alunos sobre as características do perfil psicológico e técnico que o médico deve apresentar, figurando uma identidade profissional comum e necessária aos indivíduos que escolhem ser médicos. Estudantes ciclo básico e do ciclo clínico demonstraram uma visão de que o médico no Brasil deva ser, em sua essência, generalista e humanista, em consonância com o perfil preconizado pelas DCN e pelo SUS (Resolução CNE/CES 3, 2014; Ferreira et al., 2019), como pode ser visualizado nos exemplos abaixo.

Ser médico no Brasil representa a necessidade de olhar para a população com o olhar além do aspecto clínico, mas perceber as necessidades diferenciadas de cada um e tratar as pessoas a partir do princípio de equidade. (E30 – 1ºp – sexo feminino).

Hoje, o médico deve ser capaz de avaliar não só a saúde do paciente como também o território onde ele vive, como ele interage e trabalha na sua comunidade, como é a relação com a família, onde mora, como sustenta, quais problemas enfrenta (E23 – 9ºperíodo – sexo feminino).

No ciclo clínico e no internato destaca-se nos relatos a concepção sobre a especialização do médico como caminho natural para os formandos, em dissonância com as DCN e os princípios do SUS.

No Brasil, é só uma forma de ascensão social e monetária esquecendo a essência da Medicina que é um curso muito humano no qual o indivíduo deve ter vocação e amor à profissão e ao próximo. O ser médico, hoje, no Brasil, também vejo como ser um especialista e não um generalista (E10 – 9ºperíodo – sexo masculino).

Percebo que a prática médica está excessivamente focada na doença, na especialidade, na tecnologia. Há pouco cuidado integral com as pessoas que buscam os serviços de saúde (E22 – 12ºperíodo – sexo feminino).

A possibilidade de alcançar boa qualidade de vida e status social e financeiro ao escolher a carreira médica também foi uma temática recorrente nas declarações de todos os

estudantes, especialmente os do ciclo básico. No internato, foi evidenciada a percepção do ser médico distante do ideal humanista previsto nas DCN.

Ser médico é adquirir estabilidade financeira e assumir uma forte função social, de se dispor em qualquer situação a favor do outro e de sua saúde (E49 – 1º período – sexo masculino).

Ser médico no Brasil, hoje, traz benesses como o prestígio social e a garantia de emprego. (E23 – 1º período – sexo masculino).

É uma profissão, infelizmente, altamente focada na comercialização da saúde. Profissionais que trabalham excessivamente para bancar um estilo de vida que nos é vendido como o melhor. Qualidade de vida falsa, para uma conta bancária que só pode ser utilizada para carros e roupas, já que não tem tempo nem para compartilhar momentos com família e amigos (E35 – 12º período – sexo masculino).

Desafios da prática médica

Nesta categoria encontram-se os relatos referentes à percepção que os estudantes têm dos desafios que esperam o médico ao se formar com relação à infraestrutura dos ambientes de trabalho e à escassez de recursos financeiros para custeio dos tratamentos necessários aos pacientes. As narrativas estão presentes nos três ciclos letivos, porém com enfoques diferentes.

No ciclo básico, os estudantes demonstram preocupação com a infraestrutura e com o receio de perderem sua ‘humanidade’ durante o exercício profissional.

Acredito que seja um desafio exercer a profissão sem as devidas condições ofertadas pelo SUS, onde almejo exercer majoritariamente. Lidar com a dor do outro e com as mazelas da saúde pública são essenciais e, infelizmente, não faz parte da formação médica. (E44 – 1º período – sexo feminino).

Trabalhar em função da saúde da população, tendo ciência das dificuldades estruturais e culturais encontradas (...). Dessa forma, o médico precisa saber que seu sacrifício pessoal é importante para amenizar as dificuldades daqueles que dependem do sistema de saúde em que trabalhamos (E03 – 1º período – sexo masculino).

No ciclo clínico, os estudantes expressam frustração e angústia por não poderem atingir o ideal de médico com formação generalista, capacitado a atuar em diferentes níveis de atenção com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania como nas DCN, dando destaque às precárias condições de trabalho diante dos sistemas de saúde atuais, seja o SUS ou sejam os sistemas privados de saúde (planos e seguros).

Exercer uma profissão impossível, utópica, subordinada aos planos de saúde ou ao SUS, e que se vê incapaz de ajudar o paciente. (E3 – 4ºp – sexo feminino)

Exercer o ato de cuidar do outro em meio a um sistema falido. (E7 – 9ºperíodo – sexo masculino)

No internado, os estudantes expressaram insegurança para o exercício profissional e sensação de despreparo técnico-científico. Relataram receio de lidarem com a carga emocional de cuidar dos pacientes e com o sofrimento alheio, assim como o medo de que, para sobreviver ao mercado de trabalho, seja necessário se tornar insensível e desumano.

Encarar o desmantelamento da saúde pública para proporcionar o mínimo de cuidado para os mais pobres. Saber improvisar quando os recursos estão escassos, ficar estagnado quando eles não existem e ter uma posição de destaque medíocre. (E38 – 12ºperíodo – sexo masculino).

O médico deveria ser responsável, ético, coerente, interessado, empático, estudioso, paciente e humano, mas o ambiente brasileiro desfavorece sermos assim (E41 – 12ºperíodo – sexo feminino).

As narrativas dos alunos do internato refletem as adversidades da prática médica que vivenciam durante o treinamento nos serviços de assistência à população, e, ao contrário dos ciclos básico e clínico, declararam a falta de reconhecimento e valorização do profissional diante da sociedade. Apesar de se mostrarem mais realistas no último período do curso médico, os desafios da prática médica, como exposto anteriormente, representaram a maioria das respostas dos estudantes de todos os ciclos letivos.

Sofrimento procedente do aprendizado e do exercício da Medicina

Nesta categoria foram agrupadas as falas cuja temática refere-se ao sofrimento psíquico vivenciado pelos estudantes durante o curso médico, seja concernente ao processo ensino-aprendizado, seja nos ambientes de aprendizado prático nos serviços de assistência. O impacto negativo da formação biomédica atrelada à insatisfação com modelo de ensino está presente, em maioria, nas falas dos estudantes do ciclo clínico e do internato, como nos exemplos abaixo.

Por anos, somos testados no limite do estresse e na faculdade aprendemos que só quem “aguenta pressão” ou vive no limite da exaustão é um bom profissional. (E25 – 9º período – sexo masculino).

Lutar para ser médico apesar da faculdade fazer de tudo para que você não consiga (E12 – 12º período – sexo feminino).

Os modelos profissionais aos quais os estudantes são expostos (professores, preceptores, tutores e colegas médicos mais experientes) parecem influenciar de maneira importante na forma como enxergam a Medicina e seu futuro enquanto profissionais.

É tão raro encontrar médicos em que se espelhar que nem dá vontade de concluir a faculdade (E22 – 9º período – sexo feminino).

É fazer tudo para não perder meu lado humano. Observo preceptores sem paciência e que não deixam o paciente falar, e temo, todos os dias, terminar desse jeito (E17 – 12º período – sexo feminino).

A dificuldade em cuidar da própria saúde e a preocupação com a qualidade de vida são vivenciadas desde o ciclo básico e se destacaram à medida que os estudantes avançam no curso médico.

Ajudar pessoas sem deixar de se ajudar. (E24 – 1º período – sexo masculino).

É abdicar de sua própria saúde, em muitos casos, para conseguir uma boa formação. (E21 – 4º período – sexo feminino).

Desafio; entrega; sacrifício; oportunidade de sobrevivência. Espero conseguir um emprego bom, com uma mínima qualidade de vida. (E18 – 9º período – sexo feminino).

Diferente do ciclo básico, os estudantes do ciclo clínico (especialmente os do nono período) e do internato percebem a Medicina como uma profissão pouco rentável que não se exerce sem grandes sacrifícios pessoais e que não é valorizada atualmente no cenário brasileiro.

Ser médico no Brasil é ter que ter três ou mais empregos para poder se manter de forma digna. É ter que atender vários pacientes por hora, por conta dos péssimos valores que são repassados pelo plano de saúde. (E24 – 9º período – sexo masculino)

Pouco gratificante em muitas situações. Carga horária de trabalho muito alta, salários baixos, pouco reconhecimento por parte da sociedade e até por alguns pacientes. (E40 – 12º período – sexo feminino)

É lutar contra um sistema que só busca prejudicá-lo. (E23 – 12º período – sexo feminino)

Os estudantes relatam, inclusive, a falta de investimentos governamentais em pesquisa nas universidades e a necessidade de ser capaz de se adaptar à escassez de recursos nos serviços públicos.

Aturar as dificuldades e a falta de incentivo financeiro e científico em meio a uma demanda enorme dos pacientes (E36 – 12º período – sexo masculino).

É ser o MacGyver (E03 – 12º período – sexo masculino).

4. Discussão

Dado o perfil sociodemográfico dos participantes, vale destacar que, no Brasil, há um processo de aumento marcante de integrantes do sexo feminino na profissão médica com 45,6% do total de médicos já formados em 2017 assim como em outros países como Portugal, Reino Unido, Espanha e Holanda (Scheffer et al., 2018; Oliven & Bello, 2017). Quanto à raça/cor, apesar de mais da metade da população brasileira ser formada por pretos e pardos, as universidades, principalmente as públicas, sempre foram um reduto quase exclusivamente de brancos, especialmente nos cursos de Medicina, Engenharia e Direito (Oliven & Bello, 2017), o que evidencia, possivelmente, condições desiguais de acesso à universidade. O número maior de negros entre os alunos do ciclo básico quando comparados aos do internato evidencia que esse perfil de desigualdade está se modificando, provavelmente devido as ações afirmativas como o sistema de cotas para a população negra (Scheffer et al., 2018; ANDIFES, 2016).

Com relação à idade, o Brasil possui, em semelhança ao Chile e ao Reino Unido, quase um terço de médicos com menos de 35 anos dentre a sua massa de profissionais ativos. A média de idade dos participantes da pesquisa encontra-se próxima da média nacional de 24,5 anos segundo a pesquisa do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis em 2014 (ANDIFES, 2016). Um importante estudo sobre a demografia médica no Brasil, publicado em 2018, evidenciou o rejuvenescimento da Medicina no Brasil, com a média de idade dos profissionais caindo ao longo dos anos. Essa tendência é atribuída a entrada no mercado de trabalho de novos médicos em consequência da abertura de novos cursos nos últimos anos (Scheffer et al., 2018; ANDIFES, 2016).

A categoria “concepção do que é ser médico” revela que os estudantes do ciclo básico têm uma visão de profissional semelhante ao preconizado pelas DCN de 2001 e 2014 e de acordo com os princípios do SUS. Os estudantes objetivavam se tornar médicos generalistas resolutivos na promoção e redução dos riscos em saúde, críticos, reflexivos e éticos, prontos para atuar em todos os níveis de atenção em saúde e capazes de praticar ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, respeitando sempre o direito do paciente à cidadania e à dignidade, com foco em atuar profissionalmente no serviço público e no SUS. (Resolução CNE/CES 3, 2014; Dini & Batista, 2004; Almeida, 2008; Meireles et al., 2019). Entretanto, ao longo da formação, para a maioria dos participantes desta pesquisa, especialmente no internato, esses objetivos mudam para a formação de um profissional altamente especializado com foco em atuar nos serviços privados de saúde. Essa mudança de foco ocorrida ao longo

do curso parece estar relacionada às metodologias tradicionais flexnerianas de ensino e à própria característica da geração “Millennial” da qual fazem parte a maioria destes estudantes (Barone, Vercio C & Jirasevijinda, 2019).

Metodologias ativas, incluindo Problem-Based Learning (PBL), estão relacionadas à formação de profissionais com melhor direcionamento para o perfil preconizado pelas DCN (Fernando & Consedine, 2017). Mudanças curriculares com metodologias inovadoras implementadas no curso médico acontecem especialmente nos primeiros quatro anos, sendo de mais difícil implementação nos dois últimos anos e nos cenários de prática em serviço, o que pode explicar essa mudança de perspectiva entre o ciclo básico e o internato (Fernando & Consedine, 2017; Barone, Vercio C & Jirasevijinda, 2019; Bollela & Machado, 2010).

Esses estudantes dos primeiros quatro anos, inclusive, possuem uma visão do médico como um profissional com uma carreira estável, com segurança financeira, que usufrui de uma boa qualidade de vida e de um ótimo status social. Essa percepção não é expressa pelos estudantes dos últimos anos, por estarem mais em contato com a prática e com a realidade da profissão médica no mercado de trabalho (Ciuffo & Ribeiro, 2008; Bollela & Machado, 2010; Barreto et al., 2009). O estereótipo do médico de jaleco branco, tecnicamente talentoso e onipotente, é preponderante entre a população em geral e entre os próprios estudantes de Medicina. Embora essa imagem seja parte de uma memória de outros tempos, ela influencia as expectativas dos pacientes e dos jovens médicos. A substituição das representações, do médico-herói para o médico-real necessária ao médico recém-formado e transmitida durante o curso, não parece ser suficiente para uma formação nos moldes preconizados pelas DCN e orientados pelo SUS (Resolução CNE/CES 3, 2014; Logghe et al., 2018; Barreto et al., 2009).

Na categoria “desafios da prática médica” destaca-se a percepção dos estudantes com a progressiva diminuição da oferta de mercado de trabalho da área de saúde, com a constante desvalorização e com o gradativo aumento da precariedade do sistema público de saúde. O efeito da “pejotização” dos médicos no sistema privado de saúde e a perda de direitos trabalhistas como registro em carteira de trabalho, férias remuneradas, FGTS (Fundo de Garantia do Tempo de Serviço) e 13º salário são percebidos desde os ciclos iniciais do curso médico e, principalmente, pelos formandos. A insuficiência de recursos e a dificuldade de integração entre os serviços se afiguram como fatores de insegurança para o exercício profissional, além da sensação de despreparo técnico-científico e psicológico (Maeno, 2011; Jannuzzi, 2013; Albuquerque et al., 2017; Lewin et al., 2019; Wahba & Lotufo, 2018). Entretanto, estas questões não podem ser resolvidas somente pela implementação das DCN nos cursos médicos. Superar o paradigma biomédico e realizar a transição para um paradigma

centrado na pessoa não parece ser, ainda, consenso na prática profissional nem na literatura científica. O paradigma centrado no médico ainda é considerado um elemento de poder quando a relação médico-paciente não se constrói de maneira horizontal e compartilhada, no que diz respeito às particularidades e desejos do paciente, da família ou da comunidade sob os cuidados médicos. É fundamental reconhecer o papel de cada sujeito para que exista sucesso do plano terapêutico instituído, de cuja construção o usuário deve ser participante ativo (Resolução CNE/CES 3, 2014; Frenk et al., 2010; Ferreira et al., 2019).

Na terceira categoria, os estudantes de todos os períodos letivos pesquisados relataram sofrimento psicológico, mais intenso quanto mais avançado o período letivo no curso médico. Evidências confirmam uma relação entre o excesso de horas trabalhadas, a ausência de sono reparador, a falta de estímulos gratificantes, a falta de perspectivas e o nível de estresse experimentado e a diminuição da qualidade de vida do médico (Shanafelt et al., 2011, Guedes et al., 2019).

A visão negativa em relação à prática médica que estes estudantes demonstram, às portas da formatura, refletem o que vivenciam no treinamento em serviço e uma expectativa negativa quanto ao futuro mercado de serviços de grande parte da força de trabalho médica no país, com grande diferença entre o que se espera da profissão médica e o que realmente é a vivência médica cotidiana no país (Rotenstein et al., 2016; Guedes et al., 2019; Firth-Cozens & Moss F, 1998). Estudos mostram que os altos níveis de estresse, inclusive, afetam a capacidade de apreender conhecimentos e o treinamento prático em Medicina. Esse estresse é intensificado nos dias atuais onde a tecnologia permite simultaneamente acesso rápido a artigos recém-publicados, mas também a um número gigantesco de informação de difícil filtro e aplicação na prática clínica cotidiana. Além disso, a falta de investimentos governamentais nos serviços públicos em saúde desestimula esses jovens profissionais a se dedicarem ao SUS, investindo seus recursos em especializações e no servido privado de saúde (Guedes et al., 2019; Wall et al., 1997; Baldwin et al., 1997).

O sofrimento psicológico dos estudantes de Medicina é evidente nos relatos de todos os períodos letivos pesquisados e, de maneira marcante, nos estudantes do décimo segundo período (internato). Esse sofrimento é multifatorial e presente em alunos de ambos os sexos, apesar de transtornos psíquicos como depressão acometerem mais pessoas do sexo feminino na população em geral (Frenk et al., 2010; Shanafelt et al., 2011; Noronha Júnior et al., 2015). Entre os fatores externos e ambientais, se pode elencar a pressão social a que estes estudantes são submetidos, a falta de apoio familiar, a sobrecarga de responsabilidades e a pressão excessiva do curso médico, a comum mudança de cidade e hábitos, e exaustão por excesso de

atividades curriculares e extracurriculares. Como consequência destes, o isolamento social, comum entre os acadêmicos, pode acarretar transtornos ansiosos, depressivos, abuso de substâncias lícitas e não lícitas, e ideações suicidas. A incidência de suicídios entre estudantes de Medicina é quase cinco vezes maior à média da população em geral da mesma faixa etária (Shanafelt et al., 2011; Rotenstein et al., 2016; Guedes et al., 2019). Diante disso, é fundamental incentivar que sejam implementados, desde o primeiro período, programas de apoio psicopedagógico com o objetivo de mitigar esse sofrimento relatado pelos acadêmicos. Instituições com modelos de ensino baseados em metodologias ativas parecem oferecer um ambiente que propicia maior motivação, menores fontes de estresse e menor sofrimento psíquico. Oferecem, ademais, uma maior aproximação entre o professor e o estudante, o que é relatado como benéfico para ambos, corpo docente e corpo discente (Frenk et al., 2010; Wahba & Lotufo, 2018; Tenorio et al., 2016).

5. Considerações Finais

A percepção dos estudantes de medicina pesquisados demonstra desilusão em relação ao que é ser médico hoje no Brasil e distanciamento do indicado pelas DCN, além de destacar a visão de insuficiência na formação acadêmica, de grandes obstáculos psicológicos a serem enfrentados na faculdade e na prática médica, e para a precariedade da infraestrutura onde irão exercer a profissão. Os acadêmicos percebem claramente, durante a progressão do curso, que precisarão vencer inúmeros desafios e vivenciar muito sofrimento para se tornarem médicos. Esse estudo, apesar de limitado à percepção de estudantes de uma universidade pública, evidencia uma situação que é comum às demais instituições de ensino de Medicina no Brasil que vêm promovendo mudanças estruturais no processo de ensino-aprendizagem com vistas a atender as DCN. Ele destaca pontos fundamentais para os quais deve ser dedicada atenção especial no processo de aperfeiçoamento da formação médica considerando os limites e as possibilidades que as escolas dispõem, principalmente no que diz respeito ao ambiente educacional. Por outro lado, fica clara a necessidade de investimentos públicos no setor saúde para aperfeiçoamento da oferta de atendimento de qualidade para a população e de campo de treinamento de futuros médicos com segurança para todos, pacientes e estudantes. Sugerem-se trabalhos futuros para aprofundamento da temática da educação médica a partir da autoidentificação do estudante e do jovem médico que privilegie a abordagem da formação da identidade profissional durante o curso em Medicina.

Referências

Albuquerque, M. V., Viana, A. L. A., Lima, L. D., Ferreira, M. P., Fusaro, E. R., & Iozzi, F. L. (2017). Desigualdades regionais na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22:1055-64. Doi: 10.1590/1413-81232017224.26862016.

Almeida, M. (2008). Gestão da escola médica: crítica e autocrítica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(2):202-9. Doi: 10.1590/S0100-55022008000200008.

ANDIFES (2016). Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior. IV Pesquisa do perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das Instituições Federais de Ensino Superior brasileiras. Recuperado de http://www.andifes.org.br/wp-content/uploads/2017/11/Pesquisa-de-Perfil-dos-Graduanso-das-IFES_2014.pdf

Baldwin, P. J., Newton, R. W., Buckley, G., Roberts, M. A., & Dodd, M. (1997). Senior house officers in medicine: postal survey of training and work experience. *British Medical Journal*, 314:740-3. PMID: 9116556.

Barone, M. A., Vercio, C., & Jirasevijinda T. Supporting the Development of Professional Identity in the Millennial Learner. *Pediatrics*, 143(3): e20183988. Doi: 10.1590/S0100-55022006000100007.

Barreto, M. A. M., Reis, C. N., Miranda, I. B., Jardim, L. C. R., & Teixeira, M. P. (2009). Ser médico: o imaginário coletivo de estudantes de medicina acerca da profissão de médico. *Cadernos UniFOA*, 11, 73-6.

Bollela, V. R., & Machado, J. L. M. (2010). O Currículo por competências e sua relação com as diretrizes curriculares nacionais para a graduação em medicina. *Science in Health*, 1(2), 126-42.

Cândido, P.T.S., & Batista, N.A. (2019). O Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um Estudo em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro. *Revista*

Brasileira de Educação Médica, 43(3), 36-45. Doi: 10.1590/1981-52712015v43n3rb20180149.

Ciuffo, R. S., & Ribeiro, V. M. B. (2008). Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface comunicação, saúde e educação*, 12(24),125-40. Doi: 10.1590/S1414-32832008000100010.

Costa, A. P., & Amado J. (2018) A análise de conteúdo suportada por software. *Revista Lusófona de Educação*, 41(41). Doi: 10.24140/issn.1645-7250.rle41.16.

De Oliveira, F. P., Vanni, T., Pinto, H. A., Dos Santos, J. T. R., De Figueiredo, A. M., De Araújo, S. Q., Matos, M. F. M., & Cyrino, E. G. (2015). Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 623-634. Doi: 10.1590/1807-57622014.1142

Dini, O. S., & Batista, N. A. (2004). Graduação e prática médica: expectativas e concepções de estudantes de Medicina do 1º ao 6º ano. *Revista Brasileira de Educação Médica [online]*, 28(3):198-203. Doi: 10.1590/1981-5271v28.3-026.

Fernandes, D. A. S., & Taquette, S. R. (2019). The educational environment of a traditional public school of medicine in Brazil with the DREEM questionnaire. *AMEE MedEdPublish*, 8(2), 31. Doi: 10.15694/mep.2019.000101.1.

Fernando, A. T., & Consedine, N. S. (2017) Barriers to Medical Compassion as a Function of Experience and Specialization: Psychiatry, Pediatrics, Internal Medicine, Surgery, and General Practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(6):979–987. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.324.

Ferreira, M. J. M., Ribeiro, K. G., Almeida, M. M., Sousa, M. S., Ribeiro, M. T. A. M., & Machado, M. M. T. (2019). Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. *Interface – comunicação, saúde e educação*, 23(supl.1), e170920. Doi: 10.1590/Interface.170920.

Ferreira, R. A., Peret Filho, L. A., Goulart, E. M. A., & Valadão, M. M. A. (2000). O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 46(3), 224-31. Doi: 10.1590/S0104-42302000000300007.

Firth-Cozens, J., & Moss, F. (1998) Hours, sleep, teamwork and stress. Sleep and teamwork matters as much as hours in reducing doctor's stress. *British Medical Journal*, 317(7169):1335-6. Doi: 10.1136/bmj.317.7169.1335.

Flexner A. (2002). Medical education in the United States and Canada. From the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number Four, 1910. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(7), 594–602. PMID: 12163926.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Zurayk, H. (2010) Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 4;376(9756):1923-58. Doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.

Gonçalves, M. B., & Benevides-Pereira, A. M. T. (2009) Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3):493–504. Doi: 10.1590/S0100-55022009000300020.

Grossemann, S., & Stoll, C. (2008). O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3):301-8. Doi: 10.1590/S0100-55022008000300004.

Guedes, A. F., Rodrigues, V. R., Pereira, C. O., De Souza, M. N. A. (2019). Prevalência e correlatos da depressão com características de saúde e demográficas de universitários de medicina. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 26(1):47-50. Doi: 10.17696/2318-3691.26.1.2019.1039.

IBGE (2016). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE. ISBN: 978-85-240-4479-3.

Jannuzzi, A. M. (2013) Pejotização e parassubordinação: o direito do trabalho frente a esta nova realidade e os passivos trabalhistas, previdenciários pela caracterização da relação de emprego. *Revista Ltr: legislação do trabalho*, 77(1):55-67. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12178/158510>.

Lehmann, U., Dieleman, M., & Martineau, T. (2008) Staffing remote rural areas in middle - and lowincome countries: a literature review of attraction and retention. *BMC health services research*, 8:19. Doi: 10.1186/1472-6963-8-19.

Lei nº 11.196 da Subchefia para Assuntos Jurídicos da Casa Civil da Presidência da República (2005). Diário Oficial da União do Brasil (2005) Recuperado de www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11196compilado.htm

Lei nº 5540 da Subchefia para Assuntos Jurídicos da Casa Civil da Presidência da República (1968). Diário Oficial da União do Brasil. Recuperado de www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5540.htm

Lewin, L. O., McManamon, A., Stein, M. T. O. & Chen, D. T. (2019) Minding the Form That Transforms: Using Kegan's Model of Adult Development to Understand Personal and Professional Identity Formation in Medicine. *Academic medicine*, 94(9), 1299-304. Doi: 10.1097/ACM.0000000000002741.

Lima, M. C. P., Domingues, M. S., & Cerqueira, A. T. A. R. (2006) Prevalence and risk factors of common mental disorders among medical students. *Revista de Saúde Pública*, 40(6), 1035-41. Doi: 10.1590/S0034-89102006000700011.

Logghe, H. J., Rouse, T., Beekley, A., & Aggarwal, R. (2018) The Evolving Surgeon Image. *AMA Journal of Ethics*, 20(5), 492-500. Doi: 10.1001/journalofethics.2018.20.5.mhst1-1805.

Maeno, M. (2011) Ser Médico. In: Vizzaccaro, A. L., Mota, D. P., & Alves, G. (org). Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no Século XXI. São Paulo: Editora LTr.

Meireles, M. A. C., Fernandes, C. C. P., & E Silva, L. S. (2019). 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*, 43(2), 67-78. Doi: 10.1590/1981-52712015v43n2rb20180178

Minayo, M. C. S. (2014) O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. (13a ed.) São Paulo: Hucitec. ISBN: 978-8527101813.

Noronha Júnior, M. A. G., Braga, Y. A., Marques, T. G., Silva, R. T., Vieira, S. D., Coelho, V. A. F., Regazzoni L. A. A. (2015). Depressão em estudantes de medicina. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(4):526-7. Doi: 10.5935/2238-3182.20150123.

Oliven, A. C., & Bello, L. (2017) Negros e indígenas ocupam o templo branco: ações afirmativas na UFRGS. *Horizontes Antropológicos*, 23(49):339-74. Doi: 10.1590/s0104-71832017000300013.

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L. M. J., & Macinko J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*, 377(9779):1778-97. Doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

Resolução nº 3 Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (2014). Diário Oficial da União do Brasil. Recuperado de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192

Resolução nº 4 Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (2001). Diário Oficial da União do Brasil. Recuperado de <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>

Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., Mata, D. A. (2016) Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 316(21), 2214-36. Doi: 10.1001/jama.2016.17324.

Scheffer, M., Cassenote, A., Guilloux, A. G. A., Biancarelli, A., Miotto, B. A., & Mainardi, G. M. (2018) Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp.

Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Dyrbye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D Oreskovich, M. R. Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Archives of Surger*, 146(1), 54-62. doi: 10.1001/archsurg.2010.292.

Taquette, S. R., Borges, L. (2020). Pesquisa qualitativa para todos. Petrópolis: Vozes. ISBN: 9788532662934.

Tenorio, L. P., Argolo, V. A., Sá, H. P., Melo, E., Costa, E. F. O. (2016) Saúde mental de estudantes de Escolas Médicas com diferentes modelos de ensino. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(4), 574-82. Doi: 10.1590/1981-52712015v40n4e00192015.

Veras, R. M., Fernandez, C. C., Feitosa, C. C. M., Fernandes, S. (2020) Perfil Socioeconômico e Expectativa de Carreira dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44(2):e056. Doi: 10.1590/1981-5271v44.2-20190208.

Vizzaccaro, A. L., Mota, D. P., & Alves, G. (org) (2011). Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no Século XXI. São Paulo: Editora LTr.

Wahba, L., & Lotufo, F. (2018). Houve uma mudança na percepção de estudantes de medicina do que significa ser um bom médico e de como educá-lo em um período de 14 anos? Um método de estudo misto. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(3):201-13. Doi: 10.1590/1981-52712015v42n2rb20160112.

Wall, T. D., Bolden, R. I., Borrill, C. S., Carter, A. J., Golya, D. A., Hardy, G. E., West, M. A. (1997). Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. *British Journal of Psychiatry*, 171, 519-23. Doi: 10.1192/bjp.171.6.519.

Wiese, M., Jolley, G., Baum, F., Freeman, T., Kidd, M. (2011). Australia's systems of primary healthcare - the need for improved coordination and implications for Medicare Locals. *Australian Family Physician*, 40(12), 995-9. PMID: 22146330.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Débora Alves dos Santos Fernandes – 50%

Stella Regina Taquette – 50%