

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

ENDERSON LUIZ DIOLINDO CARVALHO

**A ESCOLHA DA PROFISSÃO:  
UM ESTUDO SOBRE VOCAÇÃO MÉDICA**

Recife

2017

ENDERSON LUIZ DIOLINDO CARVALHO

**A ESCOLHA DA PROFISSÃO: UM ESTUDO SOBRE VOCAÇÃO MÉDICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Linha de Pesquisa: Organizações, Espacialidade e Sociabilidade

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>a</sup>. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi.

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Maria Monteiro da Fonte

Recife

2017

Catálogo na fonte  
Bibliotecária: Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

C331e Carvalho, Enderson Luiz Diolindo.  
A escolha da profissão : um estudo sobre vocação médica / Enderson  
Luiz Diolindo Carvalho. – 2017.  
103 f. : il. ; 30 cm.

Orientador : Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi.  
Coorientadora : Profª. Drª. Eliane Maria Monteiro da Fonte.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.  
Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Recife, 2017.  
Inclui referências e apêndices.

1. Sociologia. 2. Medicina – Orientação profissional. 3. Profissões. 4.  
Estudantes de medicina. 5. Vocação. 6. Identidade. I. Perrusi, Artur  
Fragoso de Albuquerque (Orientador). II. Fonte, Eliane Maria Monteiro da  
(Coorientadora). III. Título.

301 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2018-175)

ENDERSON LUIZ DIOLINDO CARVALHO

**A ESCOLHA DA PROFISSÃO: UM ESTUDO SOBRE VOCAÇÃO MÉDICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Aprovada em: 14/09/2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Maria Monteiro da Fonte (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Camila Pimentel Lopes de Melo (Examinadora Externa)  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE

---

Dr<sup>a</sup>. Clarissa Galvão Cavalcanti Borba (Examinadora Externa)  
Universidade Federal de Pernambuco

## AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Ao meu orientador Artur Perrusi e coorientadora Eliane da Fonte, que me ajudaram de forma decisiva a tornar esse trabalho possível. É um privilégio tê-los como referência profissional (e de vida).

Aos professores e funcionários da pós-graduação em Sociologia.

Aos estudantes entrevistados, pela disposição e boa vontade de realizar as entrevistas.

Aos meus colegas de turma pelas contribuições e apoio

À Ju, Lud e Vitor.

À Él que é meu exemplo.

À Mari, por tanta coisa.

À minha família por possibilitar condições concretas e emotivas para concluir esta etapa, me dando apoio e dedicação, especialmente, à minha mãe, tia Cristina, Junior, meu avô, meu pai, tia Sissi, João e Ederson.

À João, por ser meu refúgio e companheiro.

Aos meus amigos por deixarem a vida mais fácil, Iago, Maga, Paula, Gi, Vi, Renato.

À Leila que é uma inspiração de vida

Aos meus colegas de trabalho do HUOC/HCP pelo apoio e paciência em um momento decisivo.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que tornou essa pesquisa viável.

Agradeço a todos que, de algum modo, contribuíram na longa trajetória acadêmica dessa jornada.

## RESUMO

Este trabalho se propõe analisar a construção das identidades vocacionais de estudantes de medicina. Tivemos como objetivo identificar as percepções dos estudantes sobre vocação médica, com base no entendimento sobre a profissão, na formação médica e nas expectativas sobre o mercado de trabalho na área da saúde. Para isso, realizamos um estudo qualitativo com uso de entrevistas semiestruturadas com estudantes de Medicina, do primeiro e do último período, em duas universidades (uma pública e outra privada) na cidade do Recife. Orientamo-nos a partir do referencial teórico da Sociologia das Profissões, conjuntamente com as contribuições dos Estudos sobre Identidade. A partir dessas perspectivas, tivemos o intuito de melhor compreender a problemática da pesquisa apresentada para, então, elucidar nossa abordagem teórica em relação a análise dos dados empíricos. Por fim, discutimos os processos de construção identitário, com foco na identidade vocacional, para elucidar múltiplas formas vocacionais, elaboradas a partir de trajetórias individuais socialmente construídas. À guisa de conclusão, os resultados obtidos demonstraram que os estudantes norteiam suas ações em um discurso de “escolha livre” com base em suas afinidades, mas que, de modo geral, tomam como referência o prestígio e a ascensão social que a Medicina pode lhes trazer.

**Palavras-chave:** Medicina. Identidade. Vocação. Profissões. Estudantes.

## **ABSTRACT**

This work intends to analyze the construction of the vocational identities of medical students. We aimed to identify the students' perceptions about medical vocation, based on the understanding of the profession, medical training and expectations about the health work market. For this, we conducted a qualitative study using semi-structured interviews with medical students, first and last period, in two universities (one public and one private) in the city of Recife. We orient ourselves from the theoretical framework of the Sociology of Professions, together with the contributions of the Studies on Identity. From these perspectives, we aimed to better understand the research problem presented and then elucidate our theoretical approach in relation to empirical data analysis. Finally, we discuss the processes of identity construction, focusing on vocational identity, to elucidate multiple vocational forms, elaborated from socially constructed individual trajectories. By way of conclusion, the results show that students orient their actions in a "free choice" discourse based on their affinities, but that, in general, they take as a reference the prestige and social ascension that Medicine can give them bring.

**Keywords:** Medicine. Identity. Vocation. Professions. Students.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	12
<b>2.1</b>	<b>Descrição do campo</b> .....	12
<b>2.2</b>	<b>Perfil das faculdades</b> .....	12
<i>2.2.1</i>	<i>FCM/UPE</i> .....	12
<i>2.2.2</i>	<i>FPS/IMIP</i> .....	13
<b>2.3</b>	<b>Métodos de Pesquisa</b> .....	14
<b>2.4</b>	<b>Pressupostos interacionistas que nortearam a pesquisa</b> .....	16
<b>2.5</b>	<b>Estrutura dos capítulos</b> .....	17
<b>3</b>	<b>IDENTIDADE, SOCIALIZAÇÃO E VOCAÇÃO</b> .....	19
<b>3.1</b>	<b>Problematizando o conceito de identidade</b> .....	19
<b>3.2</b>	<b>Processos de socialização na construção identitária</b> .....	23
<b>3.3</b>	<b>Algumas considerações sobre a identidade profissional</b> .....	26
<b>3.4</b>	<b>Crise e identidade: questões contemporâneas</b> .....	28
<b>3.5</b>	<b>Entendendo a construção da identidade vocacional</b> .....	30
<b>3.6</b>	<b>Profissão e crise vocacional</b> .....	33
<b>3.7</b>	<b>Trajetórias de uma vocação</b> .....	34
<b>4</b>	<b>A PROFISSÃO MÉDICA E A PROBLEMÁTICA DO CONCEITO DE PROFISSÃO NOS ESTUDOS DE SOCIOLOGIA</b> .....	40
<b>4.1</b>	<b>A busca por um conceito de profissão na perspectiva sociológica</b> .....	40
<b>4.2</b>	<b>Entendendo o campo da Medicina no contexto profissional</b> .....	47
<i>4.2.1</i>	<i>Poder e controle no campo da saúde: características definidoras da Medicina como profissão</i> .....	47
<i>4.2.2</i>	<i>Breve apanhado histórico da Medicina nos EUA: mudanças da configuração do trabalho médico</i> .....	48
<i>4.2.3</i>	<i>Questões históricas da profissão médica no Brasil e novos arranjos profissionais</i> .....	50
<i>4.2.4</i>	<i>Tecendo um breve perfil do profissional de Medicina no Brasil</i> .....	54
<b>4.3</b>	<b>O Ato Médico e a dominação da Medicina Moderna</b> .....	56
<b>5</b>	<b>MEDICINA COMO VOCAÇÃO: CASOS EMPÍRICOS</b> .....	63
<b>5.1</b>	<b>Narrativas da vocação: “Por que escolhi Medicina?”</b> .....	64

<b>5.2 Ser estudante de Medicina: O que se aprende na faculdade médica?.....</b>	<b>74</b>
<b>5.3 Expectativas de um mercado profissional: O que fazer depois da graduação?.....</b>	<b>83</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS .....</b>	<b>102</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho analisou a ideia de vocação a partir das considerações sobre a escolha profissional por Medicina. Temos como objetivo, entender os processos de escolha de uma profissão, mais especificamente na escolha pela profissão médica, quais as questões decisivas para esta escolha, como a formação profissional influencia na visão sobre o que é Medicina, como se configura suas perspectivas profissionais, quais os entendimentos sobre o que é *ser médico* e como isto reflete em sua decisão.

Na busca de entender como se dá a construção vocacional dos estudantes, com base na sua percepção sobre a profissão, a formação médica e as expectativas sobre o mercado de trabalho na área da saúde, entrevistamos estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco (FCM) e da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Em um estudo empírico anterior (CARVALHO, 2014), analisamos o trabalho em equipe do Programa Saúde da Família (PSF), no qual podemos identificar a baixa interação do médico no programa. Foi comum das equipes pesquisadas a reclamação do pouco envolvimento do médico no planejamento junto às equipes. Além disso, os profissionais de Medicina mostraram-se os com maior rotatividade no serviço e com menor número de estudantes que aderem a esta área, causando uma enorme carência de profissionais. Foi comum o relato de médicos que entendiam a Atenção Primária em Saúde (APS) apenas como um “início de carreira”.

Observamos que a profissão médica se desarticula em um projeto maior de construção pública da saúde. Se por um lado, no serviço público de saúde, o médico se mostra menos presente na execução e planejamento da atenção primária; por outro, na própria formação universitária, os estudantes já sinalizaram a construção de uma carreira pouco interessada no projeto de desenvolvimento das políticas e práticas de saúde.

No Brasil, até 2015, havia 268 escolas de Medicina responsáveis pela formação médica no país. Sendo que 54,48% eram no âmbito privado e 45,52% no âmbito público. Estas escolas ofereciam 24.401 vagas por ano (EMB, 2016). No caso do Recife, há cinco escolas responsáveis pela formação em Medicina, oferecendo um total de 540 vagas por ano na graduação.

Houve um aumento considerável, nas últimas décadas, de escolas médicas no Brasil. Esse aumento da oferta de médicos no mercado vem trazendo mudanças nas configurações da profissão, acarretando intensos debates sobre o futuro desses profissionais.

Tradicionalmente no Brasil, o curso de Medicina vem se mantendo entre um dos cursos mais concorridos no ingresso à universidade. Muitas vezes a aprovação nesse curso requer anos de dedicação aos estudos e vai além de uma decisão individual. Trata-se de um projeto que engloba uma série de fatores, passando desde a família e escola à projetos individuais, no intuito de fazer parte de uma profissão tão cobiçada.

Nesse aspecto, as contribuições da Sociologia das Profissões são caras para entender, dentre outros fatores, como uma profissão se estabelece na sociedade e como essa se torna sinônimo de status e poder. Os projetos individuais de construção da identidade vocacional se ligam tanto a posição dessas profissões no campo de trabalho (poder), como ao valor social que a profissão adquiriu na sociedade (status).

A noção de identidade se ressalta a partir da prática profissional e seu reconhecimento nela, gerando um processo de identificação baseado em representações assumidas pelo sujeito. Para isso, precisamos confrontar como se encontra a profissão nos dias atuais, de modo geral; e como essa configuração está representada nos futuros médicos, de modo específico.

Como a construção da identidade baseia-se em um processo de interação, no nosso caso, o contexto profissional médico produz e reproduz práticas e representações formadoras de uma identidade profissional (DUBAR, 2005). Com isso, acreditamos que a construção da identidade profissional passa por um processo dinâmico, no qual tanto é alimentado, como alimenta uma lógica presente no ideal de ser médico.

Entendemos, com base na Sociologia das Profissões, que a própria configuração da Medicina é responsável pela produção do saber e das representações sociais da profissão. Contudo, se a prática médica se divide entre diferentes esferas (público e privado) e estas possuem bases ideológicas distintas, saber o motivo da adesão de um profissional a esta ou aquela ideia de atuação é fundamental no entendimento da configuração da profissão e do envolvimento dessa no sistema público de saúde.

Acreditamos que, mesmo diante de entraves e de problemas evidentes do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) – como é o caso do financiamento público em saúde e da terceirização dos serviços básicos –, o SUS ainda se constitui como uma das mais importantes políticas inclusivas do País. De acordo com a constituição do SUS (BRASIL, 2000) e com sua regulamentação (BRASIL, 1990), a Política de Atenção Básica aparece como reorganizadora do sistema público de saúde e vem, assim, reorientar o modelo assistencial, tornando-se o contato primário entre as políticas de saúde pública e a população.

Entender a o ideal de Medicina, saúde e políticas públicas de saúde nos futuros profissionais da área é crucial na compreensão dos percursos e entraves da profissão nas de APS.

É diante desses parâmetros que percebemos a importância das novas formas de organização que ocorrem na formação médica e como estas se aliam no serviço público de saúde, dando efetividade aos princípios constitucionais da Atenção Básica em Saúde no Brasil. Esses princípios se desenvolveram com base na universalidade, na descentralização, na integralidade e na participação popular, como podemos observar na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica e que define ABS como:

(...) um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É *desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe*, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. [...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (BRASIL, 2006, p. 2488, grifo nosso)

Esse estudo teve a pretensão de responder algumas dessas problemáticas, trazendo casos empíricos que contribua com as discussões cada vez mais presente nas pesquisas atuais.

A seguir, abordaremos a metodologia empregada para a elaboração desta pesquisa. Tais como, a) a descrição do campo; b) o perfil das faculdades pesquisadas; c) os métodos de pesquisa e d) os pressupostos interacionistas que nortearas esse estudo.

## 2 METODOLOGIA

### 2.2 Descrição do campo

Atualmente, no Recife, há cinco cursos de graduação em Medicina, sendo dois oferecidos por universidades públicas e três oferecidos por faculdades particulares. São oferecidas, no total, 570 vagas por ano. Destas, 140 oferecidas pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE; 120 pela Universidade de Pernambuco – UPE; 120 pelo Centro Universitário Maurício de Nassau – UNINASSAU; 140 pela Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS e 50 pela Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP.

Os entrevistados foram selecionados a partir dos cursos de Medicina de uma universidade pública e uma universidade particular na cidade do Recife, mais especificamente, nas turmas de primeiro e último período dessas universidades.

Entrevistamos alunos da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco (FCM) da Universidade de Pernambuco (UPE) e da Faculdade Pernambucana de Saúde, afiliada ao Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e a Faculdade de Boa Viagem (FBV). A escolha pela Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, referida no texto como FCM/UPE, foi dada pela facilidade de acesso ao campo. A Faculdade Pernambucana de Saúde, referida como FPS/IMIP, se deu por ser única faculdade particular de Recife a ter turmas de último período na graduação em Medicina. A opção por duas universidades de perfis diferentes (de natureza pública e privada) se justifica pelo intuito de se diversificar os campos de investigação com vista a um diagnóstico plural.

Crê-se que os dados coletados nas entrevistas com os estudantes, onde procuramos, na seleção, atender o critério de periodização das turmas nas quais estavam matriculados – por meio da apuração dos resultados obtidos em cada uma – oferecem informações satisfatórias para se alcançar os objetivos propostos.

### 2.2 Perfil das faculdades

#### 2.2.1 FCM/UPE

A Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco foi criada em 28 de fevereiro de 1950, tendo o curso de medicina obtido seu primeiro reconhecimento através do Decreto nº 32.547 de 1953. Embora a Lei Estadual nº 10.518/90 tenha transformado a Fundação de

Ensino Superior de Pernambuco - FESP, antiga mantenedora da FCM, na Fundação Universidade de Pernambuco, a Faculdade de Ciências Médicas, ainda mantém a sua autonomia administrativa e financeira.

O curso de Medicina da Universidade de Pernambuco (UPE) foi criado em 28 de fevereiro de 1950, tendo obtido seu reconhecimento através do decreto nº 32.547 em 1953. Em 1990, a Fundação de Ensino Superior de Pernambuco (FESP), antiga mantenedora da FCM, passou a integrar a Universidade de Pernambuco.

O curso de Medicina tem duração de seis anos, ou seja, 12 semestres, totalizando uma carga horária de 8.508 horas. O curso tem matriz curricular de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001. A graduação é estruturada em três eixos: o Teórico-Demonstrativo, o Humanístico e o Prático Construtivista. O primeiro eixo, trata de embasar o conhecimento teórico necessário ao exercício da Medicina. O segundo eixo, se refere às relações interpessoais entre médicos e equipe de saúde, entre médicos e pacientes e entre médicos e sociedade. O terceiro eixo, compreende a vivência na associação da teoria com a prática dos estudantes, nos diversos espaços do trabalho médico ou campos de formação.

O objetivo do curso de graduação em Medicina dessa faculdade tem como objetivo: “formar profissionais éticos e responsáveis, com adequado embasamento teórico-metodológico e visão da realidade, com habilidade e competências, capazes de inovar, promover mudanças, trabalhar em equipe, atualizar-se constantemente e aplicar fundamentos, métodos e técnicas da medicina para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, para o progresso local, regional e nacional e para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde SUS” (PPI/UPE, 2006, p.14).

### 2.2.2 *FPS/IMIP*

A Faculdade pernambucana de Saúde foi criada em 2005, por meio de uma parceria entre o Grupo Educacional Boa Viagem e a Fundação Alice Figueira de Apoio ao IMIP. O curso de Medicina oferecido pela instituição foi reconhecido pela Portaria Nº 24, de 12 de março de 2012 – Publicada no Diário Oficial dia 16 de março de 2012. A graduação funciona de forma integral e tem a duração de seis anos.

O curso de Medicina da FPS/IMIP propõe quatro eixos temáticos:

- Ética da Vida e da Liberdade (Ética);
- Evolução Humana (Evolução);
- Atitudes e Relações Humanas (Atitudes);

- Desequilíbrios do Processo Saúde/Ambiente (Desequilíbrios).

O objetivo do curso é possibilitar “exercer a Medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas e reconhecer a saúde como direito, atuando de forma a garantir a integralidade da assistência nos diferentes níveis de atendimento à saúde” (FPS, 2016).

Atualmente a faculdade possui a mensalidade no valor integral de R\$ 4.677,46 para o curso de Medicina. Mantendo um valor dentro da média de outras faculdades (EMB, 2016).

A faculdade adota o método Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL<sup>1</sup>). Esse método é baseado no ensino por tutoria. Por essa metodologia o aluno estuda individualmente sobre determinado assunto antes da aula, e anota todas as suas dúvidas ou dificuldades. Na aula, acontecem discussões sobre os problemas apresentados, realizadas em grupos. Esses grupos são formados por no máximo 10 alunos. No curso de Medicina, o método foca nos sintomas referidos pelos pacientes e não na doença em si.

### **2.3 Métodos de Pesquisa**

Optamos por realizar a pesquisa a partir de uma abordagem qualitativa. A escolha pela análise qualitativa tornou-se a mais adequada para a nossa investigação, já que favorece uma análise mais aprofundada das relações estabelecidas entre identidade e escolhas profissional. Para tanto, foi feito uso ainda de entrevistas semi-estruturadas para ajudar na busca por estas relações.

Através de entrevistas semi-estruturadas, compreenderemos as noções identitárias construídas de maneira significativa pelos sujeitos ao relatarem suas experiências e convicções. A entrevista buscará esclarecer como determinadas ações são projetadas, executadas e retrospectivamente acessadas pelos indivíduos, e, ainda, compreender os motivos que os levaram a estas ações.

A escolha por entrevistas semi-estruturadas teve o propósito de dar ênfase a questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses relacionadas ao nosso problema de pesquisa. Desse modo, a forma semi-estruturada daria abertura para novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O andamento da entrevista foi posto pelo investigador-entrevistador, fornecendo não só uma descrição da questão colocada, mas também indícios para explicação e compreensão de novas questões surgidas nas entrevistas. A

---

<sup>1</sup> PBL é uma sigla que vem do inglês, *Problem Based Learning*.

entrevista semi-estruturada possibilita um roteiro mais livre e permite outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista (MANZINI, 2003).

O roteiro de entrevistas elaborado pelo investigador-entrevistador, com supervisão do orientador, teve como base questões principais, completadas por outras questões decorrentes da própria entrevista.

Com isso, realizamos entrevistas semi-estruturadas em profundidade – gravadas e posteriormente transcritas – prioritariamente com os estudantes das turmas selecionadas. Os trechos das transcrições apresentados no texto seguem da forma mais íntegra possível, houve pequenas alterações apenas na correção de palavras e de concordância gramatical, de modo a tornar mais inteligível o trecho destacado. Não houve qualquer mudança no conteúdo das falas.

Foram realizadas 17 entrevistas com estudantes das duas universidades. A distribuição dessas entrevistas está apresentada no quadro abaixo:

Tabela 1 – Divisão das entrevistas

	<b>FCM/UPE</b>	<b>FPS/IMIP</b>
<b>Calouros</b>	Quatro entrevistas	Três entrevistas
<b>Concluintes</b>	Seis entrevistas	Quatro entrevistas

A amostra foi constituída de nove estudantes do sexo feminino e oito estudantes do sexo masculino. Não houve uma predefinição enquanto gênero para composição da amostra, essas características ocorreram de forma aleatória. Não buscamos caracterizar os entrevistados enquanto raça e/ou etnia.

O acesso aos estudantes se deu pela técnica de amostragem não probabilística conhecida como *bola de neve* (*snowball sampling*). Essa técnica consiste em um acesso inicial à entrevistados e estes, por sua vez, indicam novos possíveis entrevistados, através de sua rede de contatos. Para assegurar o acesso contínuo aos indivíduos, pretendemos aplicar uma amostragem tipo *exponencial*, no qual o entrevistado indica dois ou mais contatos para que se obter um número maior de possibilidades. Entretanto, entendemos que esse tipo de amostragem tende a concentrar uma população pouco heterogênea, já que a indicação de novos entrevistados se dá no universo que a pessoa que indica convive.

As entrevistas foram realizadas com estudantes que se colocaram disponíveis mediante à um contato prévio (normalmente por telefone). O número de entrevistas se deu por aceitação

voluntária dos entrevistados, tendo em vista o prazo que nos era disponível. Não houve um limite mínimo de entrevistas, pois, na pesquisa qualitativa, não existe a exigência de um número pré-estabelecido. A maioria das entrevistas foram realizadas nas faculdades de Medicina dos respectivos alunos.

O roteiro das entrevistas teve três eixos condutores. Os eixos foram divididos de modo a dar um entendimento sobre a construção vocacional do estudante, estabelecendo uma trajetória desde o processo de escolha pelo curso, até suas aspirações futuras no mercado de trabalho.

O primeiro eixo abordou as questões referentes à *trajetória vocacional*, tais como: i) quais as motivações na escolha do curso de Medicina; ii) qual a relação da Medicina em seu contexto familiar; iii) desde quando se pensou cursar Medicina.

Já no segundo eixo condutor, abordaremos as questões relativas às relações com a *graduação em Medicina*, tais como: i) quais disciplinas exigiram mais empenho; ii) que tipos de disciplinas eles veem com mais frequência e quais as que mais os interessa; iii) quais suas práticas no âmbito do estudo sobre saúde fora da universidade; iv) como eles veem a relação entre Medicina e outros cursos de saúde.

Por fim, questões referentes ao *mercado de trabalho e campo de atuação*: i) o que eles entendem por “ser médico”; ii) quais suas expectativas e perspectivas sobre a inserção no mercado de trabalho; iii) Em qual tipo de setor (público/ privado) se pretende atuar; iv) quais as motivações na escolha de uma especialidade médica.

A categorização dos dados foi feita por análise de conteúdo através de eixos temáticos ancorados nos procedimentos descritos por Bardin (2011). Para análise de conteúdo os eixos foram divididos nas seguintes temáticas: elementos para escolha da profissão; entendimentos sobre Medicina; trajetória discente; projetos profissionais e pessoais com o curso. O objetivo da divisão é categorizar as fases de construção da identidade vocacional e, conseqüentemente, da vocação médica.

#### **2.4 Pressupostos Interacionistas que Nortearam A Pesquisa**

Este trabalho adotou preceitos interacionistas, com base nos postulados de George Mead e Everett Hughes, que privilegia o caráter simbólico da ação. Para nossa abordagem, representação são todas as atividades dos indivíduos, diante de outrem e em interação, que se

passa por sua presença contínua diante de um grupo ou outro indivíduo e que possa os influenciar.

Os indivíduos interagem, em determinada situação, de acordo com papéis estabelecidos que eles assumem. Pretendemos analisar os atores sociais em relação ao seu *self*, os quais primam por uma representação homogênea e coerente a todo tempo. Isto significa que os indivíduos vão recorrer a artifícios para representar a sua atividade social superior à sua maneira, de acordo com sua experiência como ser humano. Ou seja, a realidade social é construída de forma a moldar a experiência individual em critérios situacionais, que podem estar pré-estabelecidos, mas que surgem também a partir do momento de interação.

Para Mead, o *self* representa as concepções de si mesmo nas quais os indivíduos constroem sua personalidade, está em jogo nesta construção o papel esperado de acordo com a situação definida e com todos os arranjos representativos do indivíduo. De todo modo, devemos entender o *self*, não apenas como construtor das situações interativas, mas também como produto delas.

O *self* é constituído por componentes indissociáveis entre o *me* e o *eu*. O *me* consiste na internalização do *outro generalizado*, na reprodução de ações socialmente construídas e organizadas. O *eu* é a reação criativa e original do sujeito perante as ações, representa as novas configurações elaboradas pelos atores sociais.

Os atores sociais conduzirão o curso da interação, planejando as linhas de ação. Basicamente, adotando para si uma série de obrigações e expectativas, um conjunto de verdades operacionais sobre a situação, de modo que tal indivíduo será impelido a agir de acordo com essas obrigações e expectativas, e não a partir de outras possíveis.

## 2.5 Estrutura dos Capítulos

O trabalho que se segue foi organizado em três capítulos, além desta introdução e considerações finais. No primeiro capítulo abordaremos questões referentes à *identidade, socialização e vocação*. Iniciamos contextualizando a noção de identidade com base em sua perspectiva histórica e espacial. São apresentadas algumas características inerentes ao conceito e sua relação com os processos de socialização dos indivíduos. Prosseguimos de modo a perceber as características das individualidades na esfera profissional. Desse modo, a relação entre socialização e identidade profissional tornar-se evidente. Esse percurso se faz

necessário para apresentar vocação como parte de uma identidade profissional construída pela socialização. A noção de vocação é vista por uma perspectiva moderna: como realização e reconhecimento.

No capítulo seguinte, *A profissão médica e a problemática dos conceitos de profissão nos estudos de Sociologia*, buscamos debater o conceito de profissão pela perspectiva sociológica. Essa perspectiva nos ajuda a pensar a profissão médica no contexto profissional atual. As questões sobre a configuração do trabalho médico no Brasil apresentam características importantes sobre Medicina e a área profissional de saúde no país. No fim do capítulo, apresentamos uma análise sobre a Lei do Ato Médico, elucidando questões sobre a profissão já trazidas pelos estudos de Sociologia.

Por fim, no capítulo *Medicina como vocação: casos empíricos*, analisamos as entrevistas com os estudantes das duas faculdades médicas pesquisadas. O capítulo foi estruturado em três tópicos. O primeiro traz questões referentes à escolha pela profissão médica antes do ingresso na faculdade. O segundo apresenta a relação entre a formação médica e as construções sobre a profissão feitas pelos estudantes na graduação. No último tópico, buscamos apresentar as expectativas sobre a atuação no mercado profissional para os futuros médicos e como estas se relacionam com a vocação e as perspectivas desses estudantes.

No capítulo de *Considerações Finais*, será apresentada uma síntese dos principais resultados obtidos, na qual discutimos os processos de construção identitário, com foco na identidade vocacional, para elucidar múltiplas formas identitárias, elaboradas a partir de trajetórias individuais socialmente construídas.

### **3 IDENTIDADE, SOCIALIZAÇÃO E VOCAÇÃO**

Nesse trabalho, a importância dos conceitos da Sociologia das profissões vincula-se às discussões sobre identidade. Nossa questão é justamente saber como a partir do valor de uma profissão agregam-se critérios determinantes na construção da identidade vocacional, em especial a identidade médica. Interessa-nos saber como uma profissão se posiciona em seu meio profissional e como isso é apreendido no processo de construção identitária dos estudantes de Medicina. Este ponto é crucial para entender a profissão médica se projeta na Sociedade e, conseqüentemente, reflete no entendimento do estudante sobre si; com base tanto em uma projeção futura de si, quanto em uma trajetória individual socialmente construída.

#### **3.1 Problematizando o Conceito de Identidade**

A questão da identidade é uma discussão que advém conjuntamente com a modernidade, na qual se estabeleceu como mote central nas questões filosóficas. Há com ela, uma problemática ligada às questões de individualidade e subjetividade. A própria referência para o pensamento moderno, tem como perspectiva a consciência de si, baseando-se na dicotomia entre indivíduo e sociedade (PERRUSI, 2003).

Esta discussão é situada em determinado tempo e espaço. Se temos temporalmente a demarcação da questão da identidade no advento da modernidade; a gênese do indivíduo, como categoria dominante, acontece no ocidente (DUMMONT, 1985).

Em relação a subjetividade, a modernidade traz novos paradigmas. Estes têm a autonomia e a defesa da independência do sujeito, centrados na valorização da individualidade, como percebidos pela construção do indivíduo e não mais atrelados somente à valores tradicionais. A modernidade exacerba o indivíduo autônomo, dando ênfase nas performances individuais, as quais darão substrato às individualidades. Como esclarece Perrusi (2003, p. 34), “no plano da formação social da personalidade, a deriva individualista produzirá a dominação de uma noção de “pessoa’ separada e oposta a outras, as quais são percebidas como objetos isolados”.

Na modernidade, valores como liberdade, singularidade e autorresponsabilidade, tornam-se centrais e requisitos cruciais no foco das individualidades. Dummont (1985) esclarece como o fortalecimento das questões individuais se deu historicamente pela

contraposição às sociedades holísticas. Na modernidade, o indivíduo seria, então, algo além de “uma parte do todo” e representaria um “todo” em si.

O foco em uma concepção holística coloca ênfase nas condições gerais da sociedade, nos hábitos coletivos, nas leis e na causalidade dos fatos. Já pelo viés individualista, o cerne da questão encontra-se nas ações sociais, nas significações, nas motivações, na integração social e na compreensão dos fenômenos.

Entretanto, na oposição entre indivíduo e sociedade (questão chave do pensamento moderno), o indivíduo apresenta-se constituído historicamente por um modelo cultural, no qual a própria subjetividade apresenta-se como fruto de uma construção social que, por sua vez, culmina em uma identidade.

Refere-se a um processo histórico que desembocou no aumento da individuação da sociedade. Nesse percurso, “uma parte do todo” tornou-se progressivamente mais distinta e independente.

De modo sucinto, podemos elencar, com base em Dubar (2009), alguns pontos cruciais para a compreensão do aumento das individualidades na modernidade, são eles:

- A divisão social do trabalho fortalece a singularidade do indivíduo, que acompanha, por sua vez, a diversidade de papéis sociais.
- A partir do desenvolvimento da individualidade, ocorre um descentramento do sujeito em relação as suas objetivações materiais e simbólicas
- O desmembramento da socialização comunitária (com forte sentimento de pertença) para uma socialização societária (impregnada pelo campo da técnica, da racionalidade instrumental e dos papéis sociais).

É importante frisar o terceiro ponto posto por Dubar (Ibid.), no que diz respeito às características que culminaram a partir de uma socialização societária. Primeiro, esse tipo de socialização é vivenciado pelo sujeito em uma esfera laboral.

Devido a isso, há uma forte presença de uma racionalidade instrumental e incorporação de papéis no mundo do trabalho. Essa incorporação do papel social, advindo da esfera do trabalho, recai na representação social de uma profissão, fornecendo aos atores sociais uma série de características já socialmente construídas. A socialização secundária, então, se incumbiria de incorporar papéis sociais aos atores, que, por sua vez, adotam valores que se concretizam na ação.

Ainda a partir da passagem de uma socialização comunitária para uma societária, Dubar (2009) recorre à diversos autores da Sociologia para explicar a elaboração de formas identitárias no processo de transição entre “sociedades holísticas” e “sociedades individualistas”. O autor mostra como no processo civilizatório, elaborado por Norbert Elias (1994), há uma passagem das formas identitárias coletivas, para formas identitárias individuais através da transição do “nós-eu”. Nesse sentido, haveria, na modernidade, formas identitárias dominantes (identidade para outrem) orientadas para o acesso à uma posição estatutária em função, não mais do nascimento, mas da aprendizagem de um novo código simbólico, de novas maneiras de fazer, de dizer e de pensar. A identidade do “eu” em Elias encontra-se crucialmente vinculadas à identidade do “nós”.

Ao contrário de Elias, Weber (2000), não utiliza o termo identidade, mas parte da ação humana tendo em vista sua significação subjetiva. Com base na teoria weberiana, tendo em vista o processo de racionalização, temos duas formas de relação social, uma baseada em vínculos *comunitários* e outra em vínculos *societários*.

Nas formas comunitárias, as relações sociais são fundamentadas pelo sentimento subjetivo de pertencer à uma mesma coletividade. Weber foca no tipo de ação que implicariam os vínculos sociais (ação tradicional e ação afetiva). Nas formas societárias, os compromissos de interesses são motivados racionalmente, em relação a valor ou em relação a fins. Weber defende a existência de um processo histórico que culminaria na modernidade, na qual a forma societária se sobrepõe, mas não elimina, às formas comunitárias.

O que a contribuição dos dois autores implica é que a Modernidade traz consigo a noção de um sujeito baseado em uma ação apreendida histórico e socialmente. A identidade desse sujeito ao mesmo tempo que passaria por um processo reflexivo (baseado na ação), se ligaria à uma identidade construída socialmente (identidade do “nós”). Forma-se uma trama dual entre as ações individuais do sujeito e os significados dessa ação, que só tem sentido em sociedade.

Se temos, então, uma identidade apreendida socialmente que passa por uma esfera reflexiva do sujeito, a própria noção identitária encontra-se em permanente processo de constituição e “crise”. A noção de crise é algo a ser abordado adiante, entretanto, crise denota um estado de incerteza, tensão, algo não estabilizado totalmente. É uma identidade (identidade vocacional, no nosso caso) que está em jogo e precisa ser referida no campo da ação dos atores.

Para entendermos a questão identitária, temos em vista que esta acontece de forma múltipla e é resultante da socialização que compreende os processos *relacionais* e *biográficos* dos sujeitos. Dubar (2009) elabora concepções a respeito das formas identitárias e as divide em quatro grupo.

Um primeiro com caráter “biográfico para outrem” de tipo comunitário, na qual predominam as ideias geracionais e de pertencimento à um grupo local de cultura herdada (língua, religião etc.). Outro, como forma “racional para outrem”, este se constitui através da interação em um sistema hierarquizado, como família, escola e grupos profissionais (ego socializado pela função de “papeis”). Uma terceira forma, vista como “relacional para si”, caracterizada pela face do Eu que cada um deseja ser reconhecido, aplicasse à um engajamento num um projeto ideológico de pertencimento a grupo, em referência a outros “significativos”. Por fim, a forma “biográfica para si” que seria o questionamento da identidade atribuída a partir de um projeto de vida que se inscreve na duração. Fazer ser reconhecido não só pelo outro “significativo”, como pelo outro “generalizado”.

Dubar (2009), acredita q a identidade é resultado de um processo de socialização que compreende o cruzamento dos processos relacionais e biográficos. Entendemos, com isso, a identidade constituída em um sentido com base em referencias mais subjetivas, a partir das trajetórias de vida, e na interação com o outro, tendo em vista as noções de representação social e pertencimento.

Há de se ter sempre em vista a questão da dualidade na formação da identidade do sujeito moderno. Um momento individual, desenvolvido pela autoatribuição de valor e sentido; outro coletivo, baseado em papeis diante de expectativas em relação a outros, sejam grupos ou situações determinantes (PERRUSI, 2003).

A partir do eixo individual, a identidade é vista por um viés psicológico, no qual o sujeito constitui o eu de acordo com uma socialização vivenciada por ele, seja no âmbito familiar, escolar ou outro. Nesse momento, a identidade é apreendida pela noção de *ego*, com características individuais e baseadas em uma autoatribuição de valor e sentido.

Associadamente, tendo em vista o viés coletivo, a identidade é vista como pertença de um indivíduo a um grupo ou uma categoria social. Com vista nesse embate, a noção de identidade estabelece-se nesse limiar entre o eu e o nós. Nesse viés há a predominância de sistema de papeis que conformam as expectativas dos indivíduos em relação ao outro, a um grupo ou a uma situação determinada.

Abordamos a identidade profissional como um processo de constituição de si, no qual baseia-se em aspectos construídos subjetivamente, com base em representações sociais, e na interação a partir da relação entre indivíduos, grupos e contextos profissionais. Desse modo, tal processo refere-se à aspectos essenciais na construção da própria identidade: se fazer reconhecer e ser reconhecido (PERRUSI, 2009).

Com isso em vista, a partir de Perrusi (idem), algumas características da dimensão da identidade foram incorporadas e elencadas para melhor compreensão de nosso objeto. São elas:

- As identidades são vividas e percebidas pelos membros de um grupo.
- Elas são resultado dessa consciência, como pertencente à um grupo.
- São definidas pela relação com o outro.
- Podem ser apreendidas através de um conjunto de representações.
- As atitudes e imagens aparecem no discurso e revelam um sistema de ideias e de visão de mundo.

Temos a identidade como algo construído, vivido e percebido pelos sujeitos. Para isso, o processo de socialização torna-se o responsável na construção de individualidades, pois ao mesmo tempo que produz esferas de significados subjetivos para os atores em questão, reproduz formas objetivas de ideias e visões de mundo.

### **3.2 Processos de Socialização na Construção Identitária**

O conceito de socialização é abordado de diversas maneiras nas ciências sociais, e também na psicologia, desencadeando vários universos de significação. Dubar (2005) resgata distintos usos e entendimentos do termo para perceber os processos de socialização e, por conseguinte, a construção da identidade atrelada ao campo profissional.

Por muitas vezes, em uma discussão mais geral, socialização é vista por um viés negativo, no qual os indivíduos passam por uma “doutrinação” a fim de se enquadrar em

parâmetros normativos da sociedade. Entretanto, há outros posicionamentos diversos que tentaram entender os processos de internalização de “estruturas sociais”<sup>2</sup>.

Pela abordagem culturalista e funcionalista, o conceito remete uma característica essencial da formação do indivíduo. Esse processo, entendido através do conceito de socialização, seria a incorporação de *maneiras de sentir, de pensar e de agir*. Esse conjunto de aprendizado determinariam a visão de mundo, perspectivas de futuro, posturas corporais e crenças íntimas advindas de grupos e adotadas pelos indivíduos (DUBAR, 2005).

A socialização aparece, então, como interiorização de valores, normas e disposições que fazem do sujeito um ser socialmente identificável. Dubar (idem) resgatar o entendimento de Piaget com seus estudos sobre socialização na fase infantil. Piaget traz grande contribuição para a superação da oposição entre individualismo e holismo, na percepção sobre os processos de socialização, com a inclusão da perspectiva relacionista à teoria.

Nos estudos sociológicos, Parsons (1955), desenvolve um ponto de vista tipicamente funcionalista sobre os processos de socialização. Para uma sociedade sobreviver deve-se reproduzir ao mesmo tempo sua cultura e estrutura social através da Socialização, seja ela na família, nas escolas e, posteriormente, no mercado de trabalho. Já na vida adulta, esses indivíduos tomam o papel de socializadores, mantendo e reproduzindo as instituições sociais.

Entretanto, a perspectiva funcionalista sofre diversas críticas por sua concepção “hipersocializada” e pelo surgimento de novos quadros sociais advindos a partir de movimentos pela luta de direitos humanos. Tais movimentos questionaram o caráter natural e consensual das instituições tradicionais da sociedade. Esse quadro possibilitou o surgimento de teorias críticas à socialização, ancoradas pelas teorias marxistas e estruturalistas, como, por exemplo, a *teoria do habitus* de Bourdieu (DUBAR, 2005).

A partir da obra *A Construção Social da Realidade*, Berger & Luckmann (1985) apresentam o conceito de socialização como uma construção de um mundo vivido e não mais apenas um aprendizado da cultura, um desenvolvimento da fase infantil ou a incorporação de um *habitus*. Claude Dubar parte desse entendimento para seus estudos sobre identidades. Para o autor:

É ao estudar ações coletivas (ou organizadas) como elaborações sociais e ao reconstituir os “mundos” dos atores (simultaneamente suas visões do mundo e suas categorizações da ação) que se tem mais chance de reconstruir e compreender os processos de socialização que permitem a coordenação das ações e a negociação dos

---

<sup>2</sup> Ou da “realidade social” (BERGER & LUCKMANN, 1985)

“mundos” que sempre são mistos de interesses e valores. Esses processos de socialização produzem identidades de atores que não se reduzem nem a *habitus* de classe nem a esquemas culturais” (DUBAR, 2005, p. XVIII)

Entendendo a socialização como um mecanismo de “interiorização da realidade”<sup>3</sup>, Dubar (2005), ancorado em Berger e Luckmann (1985), apresenta o desenvolvimento desse processo por um duplo viés: *socialização primária* e *socialização secundária*.

A *primária* é a qual o indivíduo inicia a socialização logo nos primeiros anos da infância e tem a linguagem como principal mecanismo de consolidação. Já a *socialização secundária* é determinada pela “complexidade da divisão do trabalho e concomitante distribuição social do conhecimento” (BERGER & LUCKMANN, 1985, p.185).

Por sua vez, elaboradas simultaneamente ao processo de socialização, as identidades surgem, tanto como um resultado de tal processo, quanto como fator de ressignificação das experiências no decorrer da vida dos indivíduos.

A Socialização se torna um processo de construção, desconstrução e reconstrução da identidade ligada às diversas esferas de atividade (principalmente profissional) que cada um encontra durante sua vida e das quais deve aprender a tonar-se ator (DUBAR, 2005, p. XVII)

Dubar (2009, 2005) enfatiza as atividades profissionais na construção das identidades, pois é na socialização secundária que os atores interiorizariam subdivisões de mundos institucionais especializados. Dessa forma, o campo profissional seria capaz de produzir processos de identificação específicos de grupos durante a socialização, através da aquisição de saberes específicos e de papéis enraizados na divisão do trabalho.

Se, de forma efetiva, o processo de socialização ocorre na esfera laboral (tanto na formação, quanto pela experiência profissional), entender os contextos profissionais torna-se crucial no entendimento das identidades.

Por outro lado, a identidade do sujeito não é única e muito menos se esgota em apenas um contexto de interação. A identidade sendo um processo de sucessivas socializações, buscamos, de modo operacional, situa-las no contexto profissional para, então, identificá-las através de formas identitárias elaboradas no embate no qual os atores se definem.

Podemos, então, entender o processo de construção das identidades pela socialização em decorrência de dois eixos de identificação: um sincrônico e outro diacrônico. O primeiro

---

<sup>3</sup> Através de um movimento dialético de exteriorização, objetivação e interiorização das “estruturas sociais”.

de natureza objetiva ligado à um contexto de ação e de *definição de situação*<sup>4</sup>, situado em um determinado espaço e delimitado culturalmente (contextos profissionais). Já o segundo, de natureza subjetiva, liga-se às trajetórias individuais e à interpretação de uma história pessoal socialmente construída (trajetórias e projetos). De acordo com Vozniak et al. (2016):

A construção da identidade é um processo contínuo de socialização, onde a forma como o indivíduo se percebe no futuro, está intimamente relacionado com a forma como este é visto nas interações do seu cotidiano, seja no contexto pessoal, seja no laboral (p.282)

Assim, a identidade “para o outro” seria articulada na socialização *relacional* dos atores pela interação em um contexto de ação (construção de sua ação). Concomitantemente, a identidade “para si” emergiria em um contexto de socialização *biográfica* dos atores engajados em uma trajetória subjetiva (história de sua formação).

Pelo conceito de Socialização, toda identidade seria social, mesmo o sujeito não se esgotando no contexto. Segundo Perrusi (2003), há dois momentos de socialização, um no qual ocorre a interiorização, nem sempre estável, contínua e pacífica de valores e representações dados pela cultura; outro no qual ocorre uma exteriorização produzida pelo indivíduo, muitas vezes idiossincrática da interiorização de uma trajetória de vida.

### 3.3 Algumas Considerações sobre a Identidade Profissional

Como vimos, o processo de identificação possui uma estrutura cognitiva. Por isso, no mundo contemporâneo há uma pluralidade de identidades condicionadas por uma diversidade de papéis sociais.

Essa vinculação da identidade ao papel social, torna-se um imperativo categórico no espaço identitário profissional (PERRUSI, 2009). O campo trabalho fornece elementos simbólicos nos processos de identificação, a partir deles os indivíduos constroem *maneiras de sentir, pensar e agir* que moldam suas visões de mundo e de futuro.

Devido a interligação com o campo profissional, essa construção identitária está destinada a ajustes e convenções sucessivas. Pois, as dinâmicas em um contexto profissional podem ser alteradas em decorrência de transformações tecnológicas, mudanças organizacionais e de processos de gestão contínuos.

---

<sup>4</sup> Entende-se por interação face a face “a influência recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros, quando em presença física imediata” (GOFFMAN, 2007, p. 23).

Diante de cada contexto e das mudanças constantes na situação de trabalho, o indivíduo pode fazer uma escolha identitária, mudando de registro, adaptando o perfil, configurando atitudes e motivações, segundo as transformações do campo profissional (PERRUSI, 2009, p. 2)

Pensando a identidade como algo múltavel, a partir da construção do sujeito historicamente situado, os processos de construção de identidade são múltiplos e a identidade profissional representa apenas um deles. Este, encontra-se ancorado nos saberes, práticas e representações do contexto laboral.

Por mais que ocorra uma diversificada discussão da literatura de ciências sociais sobre a questão identitária, o que os autores concordam, via de regra, é que a identidade é considerada um elemento de natureza dinâmico, relacional e situacional que implica a criação de sentido e de (re)interpretação dos próprios valores e experiências (VOZNIAK et al., 2016).

Abordamos às identidades como múltiplas e decorrentes dos contextos espaciais e temporais socialmente construídos. Não foi nosso intuito nos atentar à uma construção da identidade pelo viés da intimidade, como amor, vida privada e afetividades em geral; mesmo compreendendo que muitos desses vínculos são fundamentais nas formas identitárias das sociedades modernas. Entretanto, as construções identitárias almejadas nessa pesquisa, focam nas construções sociais com ênfase na esfera profissional a partir da escolha pela profissão, dando ênfase ao seu contexto.

Assim sendo, buscamos na socialização secundária (elaboradas em esfera ocupacional) o entendimento da construção da imagem do sujeito “para si” e “para o outro”, que desemboca em processos inseparáveis e unidos de maneira problemática. Dubar (2009, p.57) circunscreve que:

O reconhecimento identitário é um processo cuja formação estrutura-se num espaço de identificação, o qual está inseparável de outros espaços, incluindo os de legitimação dos saberes e das competências associadas às identidades profissionais

Como dito anteriormente, mas relacionando à uma construção de si pelo campo do trabalho, essa identidade é resultado de um processo de socialização que compreende o cruzamento dos processos *relacionais* e *biográficos* do sujeito, representando o caráter duplo da identidade. É nessa relação dialética que se encontra a base das construções identitárias.

Por um lado, tem-se uma construção concatenada à processos de identificação individual, aprendido a partir de uma linguagem do tipo *biográfico*. Esse ponto diz respeito às diversas maneiras que os sujeitos tentam significar suas trajetórias, posicionando suas

histórias em um dado momento (família, escola, espaços profissionais) e antecipação de futuro (o que almeja ser).

Por outro lado, um caráter no qual se tem a construção identitária com base em quadros sociais de identificação *relacional*. Tendo os papéis sociais como aparato que permitem múltiplos desdobramentos da identidade com base no outro (quem sou e o que dizem que sou).

Para análise do objeto de pesquisa que abordamos, a identidade vocacional dos estudantes de Medicina é representada por uma trajetória que denota um aspecto íntimo em suas escolhas e uma construção tende em perspectiva uma referência socialmente construída.

Sendo a identidade uma categoria de pertencimento, a categoria de pertencimento socioprofissional é uma das mais importantes, pois produz (a luz de Durkheim) “maneiras de fazer, de sentir, de julgar” (são fatos sociais). Explicar esses fatos sociais é ligar a maneira de fazer, agir e pensar à pertencimentos considerados determinantes.

Devido a existência de múltiplos pertencimentos, a identidade social do sujeito é ampla. Desse modo, o desafio de sociólogos é entender a identidade nas sociedades modernas como pertencimento múltiplo e cambiante. Por outro lado, nos últimos 20 anos, tornou-se mais importantes representa a análise das relações “subjetivas” nas categorias de identificação e não uma gênese da identidade em si (VOZNIAK et al., 2016).

### **3.4 Crise e Identidade: questões contemporâneas**

A própria definição do indivíduo e de seu lugar no processo social muda progressivamente no decorrer da história. Por isso, segundo Dubar (2009), as identidades encontram-se em constante crise.

As crises identitárias podem ser pensadas como perturbações de relações relativamente estabilizadas entre elementos estruturantes da atividade (produção e consumação, investimentos e resultados etc). A atividade de que se trata aqui é a identidade, isto é, o fato de os indivíduos categorizar os outros e a si mesmo.

Dubar (2009) acredita que a Sociologia Funcionalista não logra êxito na análise das formas societárias de identidade, pois partem, para isso, do entendimento de formas comunitárias. A forma pensada por Durkheim de “maneira de fazer, de sentir e de pensar” pelo pertencimento social não pode mais bastar, tendo em vista as formulações de Weber

sobre formas “comunitárias” e formas “societárias”. Para Weber, as formas “societárias”, consistem em difundir uma nova lógica de pensamento e de ação, uma atividade fim-meios visando à otimização dos resultados – “domínio do futuro pela previsão”.

Por essa perspectiva, as identidades profissionais estariam mais relacionadas à uma otimização de “fim-meios”, que pautadas de características morais que impulsionam os indivíduos em suas ações.

A crise das identidades profissionais, são decorrentes das formas identitárias no sentido pelas configurações do *Eu-Nós*, referidas no campo das atividades remuneradas. Por isso o campo profissional fornece valores constituintes dessa identidade. Estas construções, como já referia, são tanto relacionais, das identidades dos atores em um sistema de ação, quanto biográficas, tendo em vista as trajetórias no decorrer da vida de trabalho.

Tendo o campo profissional norteado de valores como competitividade, maximização do lucro e burocratização das atividades, logo recaem sobre as identidades valores fornecidos nesses contextos.

Os interacionistas tentaram compreender que toda vida profissional, num contexto de mudanças permanentes, de reviravoltas de conjunturas ou de política, constituía um percurso (*career*) atravessado por crises, isto é, marcado por incertezas, reviravoltas (*turning points*) e provas, confrontado com problemas de definição de si e de reconhecimento pelos outros (DUBAR, 2009).

Nos últimos 30 anos deu-se a transformação do trabalho no sentido da responsabilidade individual, da valorização da competência pessoal e da “empregabilidade de cada um”. Dubar (2009) defende que esse quadro acabou por tornar-se a única forma identitária desejável no futuro, a única sucessível de reconhecimento temporário, a única a ser proposta a uma geração nova. Trata-se, segundo Dubar (2009) de um quadro que forneceu:

A última palavra do modelo da competência que supõe um indivíduo racional e autônomo que gera suas formações e seus períodos de trabalho segundo uma lógica empresarial de maximização de si (p.153)

Teríamos, com isso, uma forma identitária voltada para a “realização de si” para o desabrochar pessoal, num contexto de forte competição que coloca os indivíduos a enfrentar incertezas cada vez mais frequentes. A “precariedade” tentado dar-lhe um sentido, acarretando, por fim, um estado de crise permanente.

A crise proferida por Dubar (idem) diz respeito as transformações permanente de valores da sociedade que acabam por influenciar na formação da identidade dos indivíduos. Desse modo, estando a identidade vocacional em crise poderia recair sobre os atores um momento de busca inexequível por reconhecimento no campo do trabalho.

### **3.5 Entendendo a construção da identidade vocacional**

Na sociedade moderna, o significado de vocação tem na sua gênese uma vinculação a um conteúdo teológico do termo. Vocação é visto como um chamado de Deus, um atributo divino que recai sobre os indivíduos.

Tal concepção deu origem ao uso da palavra, tanto de modo corriqueiro, como em psicologia e linguagens científicas. Nos dias atuais, atrelou-se ao sentido de vocação um conteúdo laico, desmembrado do caráter cristão que se teve em outra época.

Vocação é um atributo da identidade. Cada um se define pelo que faz, pelo que realiza e não apenas por um ideal interior. O significado de suas ações e trajetórias ganham sentido por vias da identidade, que na esfera laboral, recorrem à vocação para a constituição de si.

A ideia de vocação organiza um plano de vida de uma identidade que se encarna em projetos profissionais e outros. Tem em sua base “a análise narrativa de uma vida” e não uma coerência reflexiva de uma intimidade. Ela está inseparável do ideal de autorrealização (DUBAR, 2009).

Clássicos da Sociologia, como Durkheim e Weber, foram essenciais na percepção das implicações do trabalho especializado, ideal vocacional e em seus sentidos subjetivos na formação das individualidades. Nos dois autores o ideal de vocação viria atrelado ao papel de *missão* no mundo e atuaria como condutor moral de uma sociedade.

Para Durkheim (1999), na modernidade, as personalidades teriam forte influência da divisão social do trabalho em sua formação. Pois, na medida em que os indivíduos ficam responsáveis por papéis diferentes em alto grau de especialização, eles tendem a diferenciarem-se um dos outros. O autor atribui a divisão do trabalho o sentido unificador da sociedade devido a interdependência dos papéis sociais entre os indivíduos.

O indivíduo moderno, em sua consciência individual<sup>5</sup>, tem através do trabalho, sua diferenciação primordial. A vocação exerceria um papel funcional entre realização individual e o funcionamento das instituições sociais. Para Durkheim, a vocação é percebida como uma fonte de valores moralizantes, civilizadores e restauradores de uma ética perdida<sup>6</sup>.

Já em Weber (2000), a concepção moral do trabalho, advinda do protestantismo ascético, transcorreu de modo a abarcar novas concepções de sentido em determinados sistemas de valores. Assim, perde-se, ao longo da história, a carga puramente subsistencial e pejorativa advinda da idade média para se delinearem novos arranjos entre trabalho e autorrealização.

A tese de Weber, baseada na ética puritana dos calvinistas, defende que vocação advém como realização divina e a especialização desse trabalho atuaria como potencializador dessa glorificação. Segundo a ética calvinista, o sucesso profissional seria um indício de salvação, pois o trabalho seria um exercício de exaltação divina.

A através do apelo à uma transcendência, a vocação projetasse a partir de uma lógica que se encontra no limiar entre a individualidade e a igualdade. Todos os indivíduos se encontram em igual posição diante Deus e são escolhidos por este para desempenhar determinado ofício para a glorificação divina.

Por essa perspectiva, o sentido da vocação não traria consigo um caráter elitista, já que todos estariam em igualdade diante a uma intermediação divina. A vocação teria um caráter de fórum íntimo a partir de suas melhores aptidões consagradas pelo divino. Entretanto, não se trata de uma escolha livre e sim de uma predestinação.

Tais concepções desencadearam preceitos morais que nos dias atuais, mesmo esvaziados da carga religiosa, recaem em uma autorrealização no trabalho, direcionando os indivíduos a “modos de viver” e ao seu próprio “sentido no mundo”. O domínio do futuro pela previsão é acompanhado de uma atitude interior que valoriza a realização de uma vocação no mundo, de uma autorrealização no trabalho.

As sociedades capitalistas modernas ainda vêm no trabalho o próprio reconhecimento do indivíduo. A autorrealização, neste sentido, parte da ideia de convicção no trabalho. Para Weber, não se trata de aspirações pelo trabalho apenas em um campo de satisfação, mas, sobretudo, deste agindo de forma normativa no sujeito como reconhecimento de sua dignidade.

---

<sup>5</sup> Em contraponto às consciências coletivas, que segundo Durkheim, predomina nas sociedades “primitivas”.

<sup>6</sup> Outrora exercida pela Solidariedade Mecânica.

A vocação atuaria como um elo que faz a intermediação entre a identidade do sujeito e o seu papel social no mundo. Ela reconstitui constantemente o sentido do trabalho. Ou seja, pela vocação se interrelaciona um conjunto psicológico de traços, aptidões, gostos e talentos conjuntamente com conjunto de interpelações socioeconômicas.

Esvaziado do sentido religioso, a construção vocacional orientasse pela lógica da ocupação produtiva e realização de si, na qual o indivíduo desempenha suas aptidões e afinidades em um exercício laboral útil. A máxima de “escolha um trabalho que você ama e você nunca terá que trabalhar um dia sequer na vida”<sup>7</sup> representa a esfera do trabalho como realização existencial do indivíduo. O trabalho torna-se uma extensão de uma intimidade através de sua ação, um espaço no qual você exerce suas potencialidades para um determinado fim (reconhecido socialmente).

Há, então, uma dupla face na questão vocacional. Uma de esfera privada, no qual está em jogo os sentimentos e a realização do ego, já outra de esfera pública, através do empenho de si na realização de um trabalho produtivo.

O trabalho torna-se um auge da realização de si, despreendido do sentido da vocação cristã atrelada ao designo de Deus. Trata-se agora de uma realização egoica do indivíduo consigo mesmo, um tipo novo de vocação — sem a antiga carga "sacra" — alicerçado na necessidade do saber especializado na divisão social do trabalho e legitimado por sua relação com o conhecimento científico (PERRUSI, 2003).

A possibilidade de exercer sua vocação transborda o exercício laboral. Trata-se de uma suprema liberdade do sujeito em poder empregar no trabalho produtivo suas verdadeiras aptidões. Pela vocação teríamos a liberdade de ser tudo o que “queremos” e “podemos”, tendo em vista nossas potencialidades. Como defende Perrusi (2003, p. 67), “vocação toma o sentido de papel e projeto de vida: a necessidade de desenvolver uma essência, guardada enquanto potência no coração da individualidade, que se realizará na trajetória profissional do sujeito”.

Como desenvolve Schlanger (1997), o que está implícito na questão vocacional é a privatização da realização de si através do trabalho. O indivíduo parte da possibilidade de escolha (exercício da liberdade) em busca de uma autorrealização intimista e privada. Com isso, o sujeito apresenta-se como forma aparentemente isolada, como único responsável pela escolha de “o que fazer” e “como viver”.

---

<sup>7</sup> Frase atribuída ao pensador chinês Confúcio (*Mestre Kong*), que deu origem ao *confucionismo*, base da *ética empresarial japonesa*.

Esse aparente isolamento traria ao drama da questão profissional na contemporaneidade, uma explosão de angústia diante da responsabilidade da escolha e do medo de um possível fracasso (PERRUSI, 2003).

Os princípios pregados no romantismo pela igualdade e liberdade recaem sobre o indivíduo moderno através da responsabilidade pelas suas escolhas. A vocação representaria essa liberdade atrelada a uma questão moral, agora cada um pode levar a vida como bem lhe prouver.

### **3.6 Profissão e crise vocacional**

Schlanger (1997) demonstra como Rousseau já criticava um sentido universalista e democrático da vocação. Para o autor iluminista, o que há por trás da escolha vocacional não é uma possibilidade de exercitar suas aptidões e potencialidades, mas sim, a possibilidade de manutenção ou ascensão social. A partir do mundo do trabalho os indivíduos conseguiriam uma mobilidade na estratificação social e seu empenho para chegar a uma profissão estaria ligado a esse interesse.

O tema da crise vocacional já é recorrente na atualidade, inclusive com grande repercussão na sociedade. Desemprego, miséria, flexibilidade no trabalho, reestruturação produtiva, tudo isso coloca em questão o sentido vocacional.

Perrusi (2003) sinaliza, concordando com Rousseau, que o sentido moderno da vocação<sup>8</sup> está desaparecendo. Talvez não tenha mais o sentido de uma representação dominante na escolha profissional. As escolhas vocacionais estariam, de fato, mais relacionadas com o desejo de ascensão social de que baseados em uma ética do trabalho.

Dessa forma, o sentido de crise vocacional (ou crise de sentido profissional) estaria ligado a falta de um sentido concreto na profissão. A reconfiguração do sentido vocacional estaria em uma definição clara do sentido do trabalho, o que não acontece na contemporaneidade. Estaríamos, então, diante de um novo individualismo que despreza o sentido vocacional (como atributo moral diante do desempenho de aptidões).

Se entendemos a construção identitária por um duplo viés (um individual e outro coletivo), novas mudanças nas configurações do trabalho produtivo intercedem nas concepções vocacionais desses indivíduos, desencadeando novos princípios norteadores das

---

<sup>8</sup> Como possibilidade de exercer suas aptidões e potencialidades através de trabalho.

condutas. Se assim for, a mediação fornecida pela vocação entre identidade e papel social se perderia dando lugar a novas configurações, ou a um novo sentido vocacional (falência moral da vocação?).

O fato é que temos como ideal de bom profissional aquele que obteve algum sucesso. Muitas vezes esse sucesso terá como critério qualificador o acesso ao mercado de serviços. No caso da Medicina, a escolha por uma especialidade que lhe dê garantias de acesso à um mercado pode ser um exemplo.

De toda via, a vocação profissional pode ser vista como um dos elementos mais gerais de um sistema ideológico que sustenta, principalmente, o imaginário das classes médias no capitalismo desenvolvido (PERRUSI, 2003). A referência imaginária da vocação continua e sobrevive e, pelo menos enquanto representação, guia as condutas das pessoas.

### **3.7 Trajetórias de uma vocação**

Como já mencionado, a construção da identidade profissional advém de múltiplas socializações. Estas podem ser exercidas tanto na escola, como na família, nos grupos profissionais etc. É um processo intercalado por vários âmbitos, desencadeando construções identitárias e momentos de reconhecimento do sujeito em si. Esta etapa da construção identitária se intercala, por muitas vezes, à um projeto que passa desde a identidade que se tem construída de si, com base em um presente repleto de passado, até suas aspirações de uma vida futura. Muitos fatores influenciam nesse processo, justamente por se tratar de uma esfera que engloba múltiplas formações e entendimento.

Os estudos sobre identidade vêm retomando essa problemática e trazendo um universo rico de análise. Dubar (2005) enfatiza a esfera profissional a partir dos processos de socialização, como determinantes na construção identitária. Ao mesmo tempo, não podemos perder de vista, que essa identidade que está sempre em formação, engloba outros fatores determinantes, seja na esfera íntima, política dentre outras.

O que pretendemos responder nesse estudo, é um processo dinâmico de formação identitária no campo profissional. Por se tratar de estudantes de graduação, podemos perceber um processo menos vinculado à prática profissional (a prática do ofício em si) e mais a construção com base em um projeto futuro de aspirações e ambições.

Nesse projeto, a trajetória subjetiva dá sentido à identidade, justamente por ser socialmente significativa. Desse modo, a vocação representa um momento da identidade profissional, no qual perpassa as primeiras impressões do indivíduo diante a profissão perante a imagem que se pretende construir de si. A escolha profissional pode ser vista como expressão da vocação, que, por sua vez prende e corrobora com a forma identitária. Podemos considerar vocação como:

(...) uma série de predisposições básicas, construídas socialmente, relacionadas a uma profissão determinada, e representando um conjunto de valores que interpelariam e legitimariam a finalidade e a ação de tipo profissional. A vocação constitui, via socialização profissional, um *medium* pelo qual o indivíduo interioriza os valores, as regras e as normas da profissão, incorporando-os ao seu mundo interior e tornando-os "pessoais" (PERRUSI, 2003, p.77)

A construção vocacional se dá por um apego à uma imagem, esta decorrente da interligação da trajetória subjetiva (socialmente construída), dos “aspectos objetivos”<sup>9</sup> do campo profissional e da projeção futura de suas aspirações. Se profissão é uma especialização ocupacional criteriosa e teoricamente fundamenta, a escolha da profissão médica passa por um projeto de formação técnica do indivíduo “leigo”. Concomitantemente, “no mundo profissional, quem garante o sentido do papel social da profissão é justamente a vocação” (DUBAR, 2009, p.58).

A autonomia da escolha, substituiria a heteronomia, fazendo da vocação um ápice de liberdade. O exercício dessa vocação, ausente de um comando extramundano, representa o próprio sentido da vida, a possibilidade de alcançar uma felicidade na realização de si através do trabalho e do papel social no mundo. Esse processo propõe uma democratização geral da vocação, já que estaria ligada a questões subjetivas presente em cada indivíduo.

Entretanto, muitas vezes, coloca-se profissionalismo e vocação como conceito não relacionáveis. O profissionalismo traria ao trabalho um aspecto esvaziado de sentido existenciais e de desenvolvimento subjetivo (PERRUSI, 2003). Nesse aspecto, as questões sobre trabalho especializado se intercalam para auxiliar a compreensão das identidades profissionais.

Através do profissionalismo a atividade laboral se caracterizaria por valores como competência técnica, universalismo, especificidade funcional e neutralidade afetiva, esvaziando o conteúdo existencialista de uma atividade ocupacional (PERRUSI, 2000).

---

<sup>9</sup> Entendidos por como uma profissão se projeta na sociedade, com base no “poder profissional”.

O grande trunfo da administração burocrática é o saber especializado (PERRUSI, 2000). A administração burocrática controla a partir de características técnicas e de produção de bens as formas de trabalho. Por isso, a busca por autonomia profissional se coloca como a possibilidade de uma profissão ter legitimidade de controle do próprio trabalho.

Por mais que de fato isso possa acontecer em um campo ocupacional, é a partir de uma análise tendo em vista o poder profissional que podemos perceber como a Medicina se encontra nesse campo.

No caso da profissão Médica, trata-se de um trabalho irredutível tecnicamente, controlado por um grupo social específico e valorizado socialmente (PERRUSI, 2003). Tais fatores garantem a autonomia profissional e possibilitam a coexistência das duas formas de controle: controle burocrático e autonomia profissional.

Assim, através da autonomia do saber especializado, a Medicina se mantém como profissão capaz de controlar seu próprio trabalho e ser irredutível a funções técnicas controlado por uma administração burocrática. Nesse ponto, é que o as ideias subjetivas da vocação podem ganhar mais espaço no campo da Medicina, fortalecendo a noção de projeto pessoal na trajetória vocacional.

A vocação como um engajamento subjetivo em um ofício, uma escolha de vida, um projeto pessoal de autorrealização diante de sua carreira, apesar das dificuldades encontradas ao longo de sua trajetória. Vocação seria um misto de motivação para uma profissão (pela representação social da profissão) e para uma autorrealização pessoal, na qual almejamos alcançar (alicerçada por um projeto).

A possibilidade de um projeto pessoal vem à tona graças a modernidade, que trouxe consigo a noção de que o indivíduo escolhe (ou podem escolher) (VELHO, 1981). Este é o ponto de partida basilar para se pensar um projeto. Em um projeto pessoal, coloca-se como problema a relação entre objetivos individuais e círculos sociais no qual os agentes se incluem e participam. Há vários campos que definem essa construção.

Buscamos focar, de modo geral, em como os agentes reforçam o discurso identitário durante as entrevistas através do percurso de um projeto. Nele a identidade pode ser vista como uma construção e se aplica a performance individual de um sujeito. A vocação supõe a existência, real ou não, de uma intimidade e de uma privacidade interior.

Usamos como base de entendimento as discussões de Velho (1981) nas quais acredita que não há um projeto individual sem referência a um outro ou/e a um social. Os projetos são

elaborados e construídos em função de experiências socioculturais, de um código, de vivência e interações interpretadas.

Essa apreensão pode ser problemática, pois parece insatisfatório deduzir as razões da conduta dos indivíduos, interpretar suas ações e especular sobre suas motivações apenas com base em um projeto. Para nós, todavia, o que interessa saber é como o resultado obtido, pelos indivíduos em pauta, realmente projeta e fortalece um sentido de identidade, passível de apreensão através de um discurso. Velho (1981) esclarece:

De qualquer forma, o projeto não é um fenômeno puramente interno, subjetivo. Formula-se e é elaborado dentro de um campo de possibilidades, circunscrito histórica e culturalmente, tanto em termos da própria noção de indivíduo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes. Em qualquer cultura há um repertório limitado de preocupações e problemas centrais ou dominantes. Há uma linguagem, um código através dos quais os projetos podem ser verbalizados com maior ou menor potencial de comunicação (p.27)

No caso pesquisado, além de uma trajetória e de aspirações subjetivas, socialmente significadas; o processo de formação profissional atua como socialização preponderante em um campo de conhecimento altamente especializado. O currículo de ensino é estabelecido, controlado e transmitido por membros da profissão que agem como corpo docente em tempo integral. O corpo docente serve como classe cognitiva da profissão, pois repassa um conhecimento minimamente “objetivo” para exercer a ocupação, com representações construídas e cristalizadas pelo campo profissional. Esse repasse de conhecimento e de representações, se dá de modo subjetivo, de forma geral, e igualmente a assimilação e reprodução pelos estudantes são construídos a partir de um universo simbólico de cada um.

Ao construírem imagens de si, constroem um discurso limitado que acaba delimitando as formas que a identidade possa tomar. Esse discurso, sem dúvida, se projeta ao longo do tempo e de diferentes momentos de socialização (infância, escola, família, formação, mercado etc). O fortalecimento substancia de uma identidade profissional em si, se dá no campo da ação, ou seja, no exercício da própria profissão médica, experimentado durante a formação, mas vivenciado de fato, depois dela.

Os relatos recolhidos a partir dos estudantes lançam luz a uma identidade em construção, mas dão ênfase à um momento dessa identidade: a vocação. A construção vocacional não está desmembrada de todo um processo, mas se apresenta como um tipo ideal de projeção futura a partir de suas escolhas.

Essas aspirações sofrem forte influência do campo profissional em si, já que na arena do próprio ambiente de trabalho, pela reivindicação simples para o controle de certos tipos de trabalho, o médico se posiciona no topo de uma escala hierárquica no campo da saúde.

Entretanto, pensar uma esfera de construção identidade ampla, múltipla e subjetiva é um desafio ao passo que objetivamos buscar categorias de formas identitárias vocacionais, ao qual pretendemos nortear esse estudo. Trata-se, todavia, de um recorte da identidade que pretendemos apreender nas entrevistas a partir do relato das diversas trajetória e entendimentos sobre vocação e Medicina.

Se a questão vocacional se encontra em xeque, a construção das trajetórias de vida profissão incorporam o termo mesmo em um sentido genérico, pois ainda representa uma realização de si pelo desenvolvimento produtivo de suas aptidões e afinidades, ainda que com base em uma ambição de ascensão ou manutenção econômica (ou de status).

Tais pretensões podem ser provenientes do próprio campo profissional, da própria famílias ou construídas em outra esfera. Entretanto, a família ainda exerce influência decisiva nesse processo (GONÇALVES & COMIBRA, 2007; WHISTON & KELLER, 2004).

Se a família foi o fator principal no processo de escolha profissional em uma época passada, podemos dizer que esta relação está cada vez mais diversificada (GONÇALVES & COIMBRA, 2007). Tradicionalmente a escolha profissional passa, quase que automaticamente, de pai para filho. Ou seja, os pais, mais que parte influenciadora na escolha profissional, eram agentes decisivos e a profissão era muitas vezes vista como algo inerente a cada família. A profissão vinculava-se a um modo de papel herdado, tornando o processo de escolha vocacional quase como inevitável. De certa forma, ainda vemos isso nos dias atuais, mas os processos de escolha e construção vocacional tem-se tornado cada vez mais problemático, como apontado por Gonçalves & Coimbra (2007).

É inegável a influência familiar na construção vocacional e escolha da profissão, mas outros fatores também se destacam nesse processo. Nos dias atuais, a escolha de uma profissão é um momento decisivo principalmente para os jovens que estão saindo do ensino médio e pretendendo ingressar no ensino superior.

O processo principal nessa decisão é a realização do exame do vestibular exigido por algumas universidades para a admissão nos cursos. Este exame foi substituído, em muitas universidades, pelo Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), mas ainda assim possui a mesma finalidade dos vestibulares tradicionais – averiguar os conhecimentos dos alunos advindos do ensino médio e selecionar os melhores colocados para ocupar as vagas oferecidas

por cada curso. Desde cedo, os alunos são confrontados pela escolha vocacional e isso se torna algo central dentro das escolas (SPARTA & GOMES, 2005).

Em decorrência desse processo, as escolas, sejam públicas ou privadas, buscam cada vez mais se atualizarem nessa discussão, oferecendo desde testes vocacionais às turmas específicas para cada área de conhecimento – humanas, exatas e saúde – para, assim, auxiliar os estudantes nesse momento de escolha. Com isso, podemos pressupor que a escola é parte decisiva nessa tomada de decisão e influencia um projeto vocacional em formação.

Entretanto, não apenas os mecanismos estratégicos de preparação, para o ensino superior, devem ser levados em conta nesse processo. A escola, além de espaço educador, exerce papel ideológico na formação dos estudantes, seja pelo recorte de classe, em decorrência da localização da escola em bairros “nobres” ou “populares” ou do valor cobrado pelas mensalidades, seja pela proposta e vinculação ideológica da instituição, como por exemplo escolas religiosas, escola americana, etc.

Acreditamos que na trajetória relatada pelo estudante, sobressalta-se uma construção da identidade vocacional em si. Não entramos minuciosamente no papel da família e escola para a escolha profissional. Nos propomos a identificar os relatos sobre escolha profissional como parte integrante da construção identitária, mas nos voltamos para as representações mais gerais da profissão Médica e de como isso norteou a escolha por essa área.

Como Medicina ocupa uma posição de autoridade e privilégio que poucas profissões obtiveram no mundo moderno, ela torna-se objeto de cobiça. A sua projeção social acaba por remeter uma ideia de sucesso pessoa para os que a alcançam.

A posição privilegiada da Medicina no seu campo de atuação e sua história no mundo das profissões colocam o próprio estudante de Medicina em uma posição de prestígio, mesmo antes de ser médico. Nesse sentido, nos atentamos na forma como os estudantes constroem a noção de vocação médica como uma escolha profissional. Atentamos também para o momento posterior a entrada no curso de Medicina (principalmente pelo relato dos alunos do último ano), a partir do contato com as diversas disciplinas, áreas e especialidades, professores, outras profissões e modelos de formação adotados pela escola médica.

## **4 A PROFISSÃO MÉDICA E A PROBLEMÁTICA DO CONCEITO DE PROFISSÃO NOS ESTUDOS DE SOCIOLOGIA**

Neste capítulo abordaremos um breve percurso da Sociologia das Profissões na definição de seu objeto. Pretendemos explanar algumas problemáticas latentes nesse campo de estudo para, então, elucidar nossa abordagem teórica em relação a análise dos dados empíricos. Os conceitos apresentados são expostos de maneira que esclareça a instrumentalização teórica elaborada na pesquisa. Seguiremos com uma sucinta contextualização da profissão Médica e suas características no Brasil e, por fim, uma exposição do caso Lei do Ato Médico, de modo a elucidar a problemática da profissão Médica perante seu campo de atuação na área da saúde no país.

### **4.1 A busca por um conceito de profissão na perspectiva sociológica**

Nesse trabalho a necessidade de discutir sobre profissões se fez necessária para situarmos a profissão médica dentro dessa perspectiva analítica. Se nosso interesse foi entender a construção de uma identidade vocacional entre os estudantes de Medicina, a problematização da profissão como categoria de análise, tornou-se um dos nossos pontos de partida para esse entendimento.

Em nossa perspectiva analítica, as contribuições de Eliot Freidson (1996; 1998; 2009) sobre *autonomia* e *controle* norteiam nosso entendimento sobre profissão médica na análise dos dados empíricos. Entretanto, outras contribuições aparecem enredadas nos nossos pressupostos teóricos. A contextualização da discussão desses conceitos é apresentada de forma breve, apenas no intuito de demonstrar algumas contribuições que guiaram nossa pesquisa.

O estudo da Sociologia das Profissões nunca ocupou uma posição central nas Ciências Sociais (FREIDSON, 1996). Entretanto, a discussão sobre a temática ganhou força ao longo dos anos e cada vez mais historiadores, cientistas sociais e economistas vêm colocando essa problemática como uma das questões prioritárias de interesse de pesquisa. De certa forma, o que pode explicar essa guinada de interesse pelo tema é o aumento considerável das profissões e profissionais nas dinâmicas de trabalho dos países industriais (idem).

Para Freidson (1998), *profissionalismo*<sup>10</sup> é uma espécie de tipo ideal, um instrumento capaz de proporcionar conhecimento e qualificação para o controle do trabalho. As instituições do *profissionalismo* não podem existir ou serem mantidas sem o exercício do Estado. O Estado possibilita a criação e manutenção do controle ocupacional da diferenciação do trabalho, do mercado de trabalho e do modo de ensino.

Dessa forma, o *profissionalismo* representa um método logicamente distinto de organizar uma divisão do trabalho. Ele concebe circunstâncias nas quais as ocupações negociam limites de jurisdições entre si, estabelecendo e controlando sua própria divisão do trabalho. Barbosa (1998) acredita ser o *profissionalismo* um marco importante na distinção das sociedades modernas e defende que é na esfera profissional que a sociedade exerce sua coesão. Por esse entendimento, desde o início do século XX, os estudos sobre profissão vêm desempenhando um papel esclarecedor na compreensão de diferentes dinâmicas sociais advindas da sociedade moderna.

A primeira linha de pesquisa na área baseia-se nos estudos comparativos entre profissões e entre nações. Nessa fase há dois grandes padrões de desenvolvimento histórico da Sociologia das profissões: o anglo-americano e o europeu. Entretanto, a evolução histórica dos conceitos e formulações acerca dessa teoria teve maior força nos Estados Unidos e Inglaterra. Na Europa continental a Sociologia das profissões se desenvolveu pelas vias da Sociologia do Trabalho. Mas nas últimas décadas os sociólogos europeus vêm tecendo várias contribuições importantes para esse campo de estudo.

Segundo Gonçalves (2007), podemos definir a sociologia das Profissões em quatro fases temporais. A primeira buscou delimitar o campo da sociologia das profissões e teve como sua maior influência as teorias funcionalistas, mas também o interacionismo simbólico na Escola de Chicago. A segunda se caracteriza pela crítica das teses funcionalistas e dos autores clássicos com a emergência das teses revisionistas. A terceira tem como características a sedimentação dos quadros teóricos e uma maior abordagem sobre a análise do poder e monopólios, além de uma fase de análise sistêmica das profissões. Por último, a quarta fase, vem ocorrendo desde o início da década de 1990 e foca numa abordagem comparativa dos fenômenos profissionais com emergência de novas problemáticas teóricas e novos espaços de produção do conhecimento.

---

<sup>10</sup> Freidson emprega o termo *profissionalismo* (1996, p.144) para distinguir-se da ideia recorrente sobre profissão. Profissionalismo referir-se à organização da divisão do trabalho sofrida em decorrência do poder profissional desempenhado pela ocupação.

A perspectiva funcionalista compreende as décadas de 1950 e 1960 e entende profissão como uma ocupação com posse de (1) conhecimento técnico e científico, que desempenha um (2) trabalho complexo e especializado, advinda de uma longa (3) formação universitária orientada por uma prática com base em (4) princípios éticos e deontológicos (GONÇALVES, 2007).

Ainda pela perspectiva funcionalista, discorre Gonçalves (idem), é Parsons que recupera a noção de Durkheim na qual entende a concepção de profissão como uma ocupação dotada de conhecimento científico e técnico à serviço da coletividade, dando legitimidade social as profissões e conferindo seu grau de imprescindibilidade funcional para a sociedade. As principais contribuições funcionalistas para o estudo das profissões se baseiam na definição do objeto de estudo (as profissões) e do uso de uma metodologia comparativa de análise (idem).

A busca funcionalista por uma definição do conceito de profissão percorreu os autores subsequentes e tornou-se aspecto basilar dos estudos sociológicos das profissões. Entretanto, a conceitualização desse objeto aparece tão difusa na literatura que parece difícil encontrar uma similitude entre os autores. Para nosso objetivo de pesquisa, perceber profissão como categoria toma importância para situarmos a Medicina como uma ocupação almejada e entendermos os critérios compreendidos pelos estudantes na escolha por essa área. Dessa forma, definir profissão abarca um sentido apenas analítico, ainda limitado, de uma ocupação que apreendeu delimitadas características situada em determinado espaço e tempo.

A perspectiva interacionista, caracteriza-se pela primeira grande ruptura com o quadro funcionalista de análise. Os autores dessa teoria não detêm uma definição apriorística de profissão, mas analisam a partir de uma pluralidade de situações resultantes de diferentes contextos. Para essa pesquisa, as contribuições dos interacionistas nos ajudaram na apreensão de como os estudantes constroem seus entendimentos sobre vocação profissional a partir da relação estabelecida com o outro, no intuito de serem reconhecidos e legitimados socialmente. Compreendemos, apoiado nesse prisma, a profissão Médica como imbuída de características construídas socialmente que fornecem aos seus membros o status de detentores monopolistas de uma área de atividade profissional, conferindo prestígio e status aos seus indivíduos.

Entre os principais autores da tradição interacionista destaca-se Hughes (1958), o qual analisa os profissionais como membros de uma cultura formada por um conhecimento técnico e científico com uma visão do mundo particular e específica. Na interpretação do autor, essa visão de mundo é elaborada a partir de um processo de formação profissional advindo de uma

aprendizagem. Hughes (1958) analisa a divisão do trabalho como aspecto central em sua discussão. À vista disso, a contribuição de Hughes (idem) nos traz uma compressão da percepção dos indivíduos sobre as profissões de forma hierárquica em relação à outras profissões. O autor demonstra que há uma concepção moral e social nessa divisão baseada no entendimento do trabalho especializado; recaindo, por sua vez, nos atores das práticas em questão.

Na década de 1980, a Sociologia das Profissões passa por uma perspectiva sistêmica. Nessa fase os trabalhos de Andrew Abbott (1988) trazem grandes contribuições para o estudo do tema. Abbott (idem) estuda as profissões de forma relacional com outras profissões, formando um sistema profissional interdependente em busca de controle e domínio de jurisdição. Para o autor, jurisdição é uma unidade de análise das profissões e essa “se refere ao direito à exclusividade da prática profissional por um determinado grupo profissional” (Abbott, 1988 p.59). Os estudos das práticas profissionais revelariam as resistências e fragilidades dos laços jurisdicionais entre as profissões em referência a garantias de espaço de trabalho.

De toda via, o que podemos perceber é que, ao longo de décadas, os sociólogos das profissões teceram diferentes teorias e que estas revelam aspectos valiosos para esse objeto de estudo. Muitos autores pensaram a respeito da teorização e definição do que seria profissão. Devido à enorme controvérsia dessa definição, alguns atores até abandonaram uma conceitualização. Todavia, como defende Eliot Freidson (1998), não há como desenvolver uma teoria sem delimitarmos do que estamos falando.

As profissões reivindicam ou conquistam um status profissional, entretanto essa definição traz um conceito vago, pois dessa forma entende-se profissão por uma ocupação que conquistou o status profissional. Outra teorização é pensar no processo de profissionalização invés de profissão num sentido estático (FREIDSON, 1998). A limitação de tal conceito é que este não abarca as características da profissão em si, mas apenas a trajetória da profissionalização, não definindo qual seria o ponto final de chegada.

Freidson utiliza o termo profissão para “designar uma ocupação que controla seu próprio trabalho, organizada por um conjunto especial de instituições sustentadas em parte por uma ideologia particular de experiência e utilidade” (FREIDSON, 1998, p.33) outra conceitualização do autor baseia-se na distinção entre profissão e ocupação: “O trabalho das profissões se distingue do trabalho dos ofícios por ser uma especialização criteriosa teoricamente fundamentada” (FREIDSON, 2009).

De várias definições elaboradas, Andrew Abbott (1988) ressalta, que todos os autores concordam no fato do conceito de profissão corresponder a um grupo ocupacional com alguma habilidade especial de treinamento extremo. Em sua definição sobre profissional, Abbot (idem) defende ser aquele que vai prestar serviço para tentar resolver algum problema humano.

Tento em vista esta discussão. Algumas características mostram-se essenciais para definir uma profissão em nosso estudo. São elas: 1) um corpo de conhecimento especializado e abstrato adquirido através de formação prolongada e especializada (credencialismo como via no acesso à profissão); 2) *autonomia* no exercício das suas atividades; 3) capacidade de auto-regulamentação; 4) autoridade sobre as tarefas executadas em relação ao público e 5) *expertise*, ou seja, conhecimentos e competências especializados (FREIDSON, 1998).

De todos os aspectos apresentados, e que devem ser considerados, no que tange a definição de profissão; nossa definição de Medicina, como atividade profissional por excelência, se baseia, prioritariamente, em sua capacidade de *autonomia* e controle sobre o próprio trabalho. Machado (1996) menciona a profissão Médica em destaque em relação outras profissões.

Nenhuma outra profissão exercita este poder na escala que o faz a Medicina, certamente porque nenhuma outra profissão se iguala a ela no grau de autonomia ou auto-regulação” (MACHADO, 1996, p.32)

No que se refere à questão da *autonomia*, Freidson (1998) caracteriza como *autonomia* profissional, a exclusividade apenas dos portadores daquele conhecimento especializado de julgar e avaliar os méritos em questão. A *autonomia* profissional oferece uma diferença básica entre profissão e ocupação, já que a profissão detém uma autonomia legitimada, organizada e reconhecida deliberadamente. Ou seja, o direito de controle do próprio trabalho, de fazer e dizer como deve ser feito.

A ocupação luta pelo direito da *autonomia* profissional, mas a possibilidade de exercê-lo legitimamente é concedido apenas para profissão. Por mais que uma ocupação possa estar à mercê de uma avaliação de seus clientes e empregadores, apenas uma profissão tem o direito reconhecido de declarar essa avaliação externa, ilegítima e intolerável (FREIDSON, 2009).

Este ponto é crucial para entender o poder profissional da Medicina, já que esta possibilidade de exercer, julgar e controlar a própria profissão lhes garante *autonomia* em relação à outras profissões que se encontrem no limiar do seu campo de atuação e, por isso,

podem, de alguma forma, interferir no seu exercício. *Autonomia*, então, seria o “critério verdadeiro e uniforme” para distinguir as profissões das demais ocupações (FREIDSON, 2009), além de, servir de critério para hierarquizar o campo profissional e garantir o poder das profissões.

A constituição dessa *autonomia*, passa por um processo mais político e social que técnico, “um processo em que o poder e a retórica persuasiva têm um peso maior que o conteúdo objetivo do conhecimento da formação do trabalho” (FREIDSON, 2009. p.101).

Freidson (2009) acredita que as profissões deveriam servir para usar de seus conhecimentos técnicos para orientar os indivíduos no que necessitarem, mas que estes indivíduos, ou seja a clientela, com base nos seus valores, possam tomar suas próprias decisões. Entretanto, no momento em que a profissão usa de sua autoridade de forma arbitrária para impor seus valores, estes profissionais deixam de ser *expertise* e passam a ser uma classe de privilegiados disfarçados de *expertise* (Freidson, 1998).

Como salientou Boneli (1998) “se a *autonomia* profissional dá a medida do prestígio de uma profissão, é a sua autorregulação que afere a *autonomia* profissional”. A possibilidade de autorregulação, dentre outros fatores, é adquirida pela interação entre poderes econômicos/políticos e representantes da profissão, através de uma persuasão e negociação política (Freidson, 2009). Dessa forma, o autor se distancia dos funcionalistas, já que estes acreditavam muito mais nos conhecimentos advindos com a escolarização para servir a coletividade.

No caso da medicina, esta adquiriu grau de autonomia graças a proteção e patrocínio de alguns segmentos da elite (FREIDSON, 2009). Nesse aspecto é que o caráter de serviço a coletividade torna-se menos analítico no entendimento da profissão em um sentido categórico. E a análise do entendimento desses profissionais, no nosso caso, dos aspirantes à profissões, pode ser aprendida pela análise dos indivíduos em si. Como esclarece Freidson (idem, p.103):

A “orientação para o serviço ou para a coletividade” refere-se menos à orientação das organizações ocupacionais e mais às preocupações dos indivíduos que as integram. As atitudes dos indivíduos, entretanto, constituem claramente um critério inteiramente diferente daquele vinculado às qualidades das instituições ocupacionais. Os atributos destas instituições diferem das atitudes dos indivíduos, na medida em que podem ser determinados empiricamente por meio do exame da legislação, das regras administrativas e de outros documentos oficiais, como os currículos prescritos. As atitudes dos indivíduos, por sua vez, devem ser determinadas pelo estudo direto dos indivíduos em si

Outra contribuição de Freidson (1998) é mostrar como a ética profissional contribui ao influenciar a clientela e o Estado no apoio às profissões. Com o monopólio da Medicina na área da saúde, há também com ela a reivindicação do controle jurisdicional através do valor social da saúde (idem).

Os estudos de Freidson se interligam as contribuições de Abbott (1988), pois a profissão é vista não apenas como algo fechado em si mesmo, mas relacionada a outros aspectos e outras profissões (em um sistema profissional). Formação longa e especializada, código de ética e *autonomia* profissional são usados como argumentos de convicção e convencimento. O discurso pela ética profissional impulsiona a luta jurisdicional pelo controle da saúde a partir da ideia na qual o médico seria o único profissional capacitado para definir o que seria doença/ saúde e regular a área.

A Medicina, assim como outras profissões, luta por poder da área de atuação através da Jurisdição. Andrew Abbott (1988) discorre sobre como a jurisdição age de modo que uma profissão defina, mantenha e prolongue seu domínio sobre outras profissões. Para melhor entender a abordagem de Abbot, precisamos compreender as profissões como formadoras de um sistema (uma ecologia) de partes interdependentes. Nessa dinâmica elas vão competir por espaço e poder. Mesmo cada profissão tendo sua estrutura interna própria, há uma influência recíproca entre elas.

Cada profissão tem uma jurisdição, e essas se correlaciona às atividades de outras jurisdições. Essa interligação proporciona que forças internas e externas interfiram sobre cada uma das profissões provocando mudanças em suas legitimidades sociais e em seu poder. Abbott (1988) entende profissão como uma estrutura social, na qual pressupõe que a sociedade reconheça seu arcabouço cognitivo como detentor de direitos exclusivos (monopólios da prática, do treinamento, do recrutamento etc.). Dentro das jurisdições, cada profissão busca controlar essas forças nos aspectos socioculturais para garantir a exclusividade na execução das atividades, sobre seu espaço de atuação, e na busca por novos espaços. Seja em uma esfera jurisdicional, de opinião pública ou do próprio ambiente de trabalho (idem).

Para o autor, o conhecimento teórico fundamenta o fazer profissional; logo, a formação acadêmica legitima essa prática. Entretanto, o conhecimento especializado precisa ter o reconhecimento social com base em uma estrutura acadêmico-cognitiva. Portanto, a *expertise* e o reconhecimento social são os requisitos que tornam possível configurar a jurisdição.

Entender a projeção da Medicina na Sociedade diz respeito a situar a profissão em uma posição de *status* dentro do campo profissional. Nossa intenção foi buscar de que modo essa percepção é assimilada, mantida e reproduzida pelos estudantes e como isso se reflete em sua construção vocacional.

## **4.2 Entendendo o campo da Medicina no contexto profissional**

### *4.2.1 Poder e controle no campo da saúde: características definidoras da Medicina como profissão*

No que concerne a análise das relações de domínio no campo de disputa profissional, Freidson (1998) mostra como a *autonomia* profissional do médico vincula-se à organização social da profissão e exerce um domínio sobre seu campo de atuação.

A Medicina exerceria controle sobre outros profissionais da saúde, através do controle, autoridade do saber, monopólio e poder profissional dos médicos. Ou seja, para o autor, o poder da Medicina não estaria no maior tempo gasto pela formação, ou mesmo no conteúdo aprendido no curso; mas sim no poder do monopólio capaz de hierarquizar todo o campo da saúde. Exemplo disso é autoridade legal da Medicina em receitar e diagnosticar, fixando essa profissão no topo hierárquico diante das outras.

No livro *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado* (2009), Freidson discorre sobre a emergência da Medicina como profissão consultiva, relacionada ao enfrentamento de problemas práticos dos clientes. Assim, ele distingue as profissões em dois tipos; o primeiro, relacionado as profissões acadêmicas e científicas que tem apoio de grandes organizações, como o Estado. E as profissões que dependem da relação profissional e sua clientela, como a Medicina.

Como peça fundamental para entender a perspectiva analítica de Freidson, temos que nos atentar para como o autor reverte a ideia de profissão como função altruísta – sustentada pelas teorias funcionalistas, para salientar o controle sobre a divisão do trabalho e a autonomia profissional como definidoras do que seria o poder profissional.

Ainda na mesma obra, Freidson discorre sobre a organização da saúde, principalmente, nos Estados Unidos, mas também na Inglaterra e na União Soviética. O autor aponta o começo do século XX como o início do monopólio da Medicina nos EUA. Em sua argumentação, Freidson atribui tal monopólio a alguns fatores sociais que o país sofreu nesse

período, foram eles: a uniformização da educação médica, a partir de uma política centralizadora do Estado; a consolidação política da nação, que propiciou o reforço das leis de licenciamento; e a educação em massa, que possibilitou ao público desenvolver conhecimento e crença na Medicina.

Dessa forma, com base no autor, podemos perceber que o monopólio exercido pela Medicina na área da saúde nos Estados Unidos está muito mais relacionado à fatores histórico-sociais sofridos pela sociedade, que à eficácia de sua técnica. De todo modo, como bem argumenta Freidson (2009), não podemos deixar de assinalar que por mais que fatores sociais possibilitaram o monopólio exercido hoje pela Medicina nos EUA, foi, também, graças a tecnologia segura e prática que a profissão garantiu esse monopólio. Os “bons resultados” foram decisivos para esse monopólio, já que a Medicina depende de uma escolha não forçada da clientela.

Até o final de século XIX, a posição do médico dependia crucialmente da decisão do indivíduo de procurá-lo. A qualidade do seu trabalho não atraía para si o público necessário para sua consolidação. Foi a partir da fundamentação científica e tecnológica que se estabeleceu o trabalho do médico como uma das ocupações mais bem-sucedidas na sociedade estadunidense – e em decorrência disso, dando o direito exclusivo a profissão de determinar o conteúdo correto e o método efetivo de exercer a atividade de identificar e curar doenças (FREIDSON, 2009).

Além da dependência da clientela, a Medicina necessitou de um forte apoio do Estado em sua consolidação. Freidson (idem) defende que a origem do controle da Medicina sobre seu próprio trabalho teve caráter político, pois foi a partir do apoio do Estado que a Medicina se estabeleceu e manteve-se preeminente como profissão. A partir desse apoio, a Medicina passou a exercer sobre seu trabalho um controle oficialmente reconhecido. Tal apoio se deu graças a unificação dos estudos médicos no país, pressões sofridas pela Associação Médica Americana (AMA – *American Medical Association*), dentre outros fatores.

#### *4.2.2 Breve apanhado histórico da Medicina nos EUA: mudanças na configuração do trabalho médico*

Freidson (1998) demonstra como as universidades medievais foram responsáveis pela proliferação das três primeiras profissões liberais: a Medicina, a Advocacia e o Clero. Desse

modo, surgiu com elas o termo “profissões de status” se diferenciando das “profissões ocupacionais”.

Já com a industrialização capitalista nos Estados Unidos e na Inglaterra houve uma busca de distintas ocupações para terem o título de profissão, tal interesse se deveu tanto pela associação de profissão à condição social de pequena nobreza, quanto pelo esforço de ganhar proteção diante as concorrências.

Este quadro agravou a busca de ocupações por uma definição de profissão na busca por tal status. Com essa busca por status profissional, várias outras profissões surgiram no âmbito da saúde. Nesse contexto é que a Medicina passa a dividir espaço com outras profissões que lutam na disputa por uma delimitação de atuação nessa área.

Segundo Millan (2005), a profissão Médica dos EUA no Século XX apresentou duas fases distintas. A primeira se estende até o final dos anos de 1940 e se caracteriza por Médicos que atendiam principalmente em seus consultórios e na residência dos clientes. O pagamento pelo serviço prestado era recebido após o atendimento. Nessa época, considerava-se um bom médico aquele que era gentil, simpático e agradável para seus pacientes e grande parte da população não tinha acesso à assistência médica (GREENLICK, 1995).

A fase posterior, compreende a segunda metade do século XX, que graças aos grandes avanços na área diagnóstica, terapêutica e cirúrgica fez da Medicina essencial para população; tanto por as pessoas passarem a viver mais, como na obtenção de melhor qualidade de vida. Entretanto, paradoxalmente, nunca a Medicina e os médicos foram tão desaprovados como nos dias atuais (HAY, 1988; PORTER, 1996). Os motivos apontados para essa mudança vão desde a mercantilização da profissão, à capacidade de os pacientes serem mais exigentes e questionadores (MILLAN, 2005).

Em uma grande parte dos países ocidentais, a maioria da população tem acesso a atendimento médico gratuito, o que mostra o forte investimento do Estado nesse seguimento. Uma exceção são os EUA no qual 80% da população está vinculada a seguradoras privadas e não tem atendimento médico gratuito (idem).

A partir da década de 1960 nos EUA, com a implementação do sistema conhecido como *Managed Care*, a Medicina no país passou por um processo que ficou conhecido como “Medicina baseada em evidências”. Dessa forma, os custos com o tratamento de cada patologia foram definidos por esse sistema. Foram criados diversos protocolos determinando a solicitação dos exames à cada tipo de tratamento, os procedimentos médicos adotados estes e investiu-se na medicina preventiva (MILAN, 2005).

A medicina transformou-se de um saber compartilhado entre poucos profissionais liberais de grande prestígio em um campo de informação de domínio público, em um trabalho assalariado, em uma estratégia governamental e em uma atividade capitalista: a “economicina”, uma nova bizarra ciência (Milan, 2005, p.63)

Monteleone (1998 apud MILLAN, 2005) faz duras críticas ao sistema norte americano por causa da protocolização do atendimento médico e perda da autonomia e perda de autonomia da profissão. Sobre esses aspectos o autor questiona, “será que o estudante de medicina, aprendendo por meio de rotinas e disquetes, saberá fazer uma anamnese, um exame clínico, chegar a um diagnóstico, introduzir um tratamento: será que não robotizamos a Medicina?” (Idem, p.62).

Mesmo com mudanças na configuração do trabalho médico, o profissional continua a lutar pela legitimidade social, pelo controle e pelo monopólio do trabalho. Por esse fluxo que se faz relevante apresentar algumas configurações da profissão no Brasil, para estabelecermos uma relação entre representações sociais no campo médico – no qual o estudante da área tem como base – e as reais situações de trabalho (prática médica).

#### 4.2.3 *Questões históricas da profissão Médica no Brasil e novos arranjos profissionais*

As primeiras faculdades de Medicina no Brasil – situadas na Bahia e no Rio de Janeiro – datam de 1832. As instituições advêm de duas escolas cirúrgicas criadas pelo regente D. João em 1808, que foram, posteriormente, transformadas em faculdades. Os cursos de Medicina dessas faculdades tinham seis anos de duração e abrangiam matérias como física, química, botânica, anatomia, fisiologia, patologia, clínica e cirurgia, entre outras. Após o curso, e defesa de uma tese, o aluno recebia o título de Doutor em Medicina.

Os médicos formados nessa época apresentavam o perfil do médico de família, aquele que atendia todos os membros de uma família, tanto como clínico, cirurgião ou/e parteiro. Eram também conselheiro da família para problemas emocionais e dificuldades do cotidiano. A relação médico-paciente era individualizada e o próprio profissional que estipulava o tempo, forma e valor da consulta (LUZ, 1982). Com isso, os médicos conquistaram um prestígio social nunca atingido, até então, por pessoas que desempenhavam essas atividades (MILAN, 2005).

Em 1808 foi impresso o primeiro livro de medicina do Brasil, escrito por Manuel Vieira da Silva e intitulado *Reflexões sobre alguns dos meios propostos por mais conducentes*

*para melhorar o clima da cidade do Rio de Janeiro.* Já em 1829, foi criada a sociedade de Medicina do Rio de Janeiro.

Assim como identificou Freidson (2009) nos EUA, para Machado (1997), o atual estado da Medicina moderna no Brasil, que detém a capacidade de autorregular seu próprio trabalho, é fruto do final do século IX e início do século XX. Para isso, a Medicina buscou três alicerces. O primeiro foi a construção de crédito social, repassando um ideal de seu serviço ser fortemente relacionado a um bem social, ou seja, voltado para o bem de uma coletividade. O segundo, amparar sua prática profissional em um discurso científico, este, por sua vez, dotado de um falso, mas eficiente princípio de verdade. Já a terceira relaciona a autoridade técnica do médico na expertise médica, alegando um código de conduta ética desses profissionais.

Por essas vias, a Medicina criou um campo de unificação do saber, no qual os procedimentos no campo da saúde sejam ou de exclusividade médica ou dependentes de sua supervisão.

Nesse arranjo, a profissão Médica vem configurando-se entre as profissões mais bem-sucedidas, propiciando sucesso pessoal com base em status e nível de renda entre seus praticantes. Isso torna-se possível porque a Medicina possui certas características histórico-sociais que a colocam em uma posição, sobretudo, monopolista no que concerne às atividades especializadas em saúde no Brasil. A sua forte história de aliança com o Estado (COELHO, 1999; DINIZ, 2001) e com as elites, através da venda de serviços particulares a preço de mercado (COELHO, 1999; MACHADO, 1997), é uma delas.

Paralelamente à sua ascensão, ainda na primeira metade do século XX, a Medicina também passou por uma luta contra a reestruturação do mercado de serviços de assistência médica e por propostas de redefinição das bases de aprendizagem da profissão no país (DONNANGELO, 1975). PEREIRA-NETO (1995) analisa, através de fontes documentais, a situação da Medicina no Brasil do período.

O autor descreve o *Congresso Nacional dos Práticos* que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro em outubro de 1922, no qual os discursos proferidos durante o congresso em questão referenciava uma série crise no campo da profissão Médica na época. Segundo os dados encontrados na pesquisa, o congresso apontou as “coletividades”<sup>11</sup> como adversários da profissão.

---

<sup>11</sup> O termo coletividades, no caso, refere-se às organizações mutualistas e filantrópicas da sociedade civil.

As soluções apresentadas no congresso pautaram-se na constituição de um sindicato médico e em uma série de determinações sobre a redefinição da profissão no país, tais como: restringir o credenciamento de novos médicos e diplomas estrangeiros, limitação de matrículas em faculdade de Medicina e o fortalecimento da luta contra o curandeirismo e contra o charlatanismo profissional. Segundo os Anais do congresso, analisados por PEREIRA-NETO (1995), essas medidas foram vistas com aprovação geral dos congressistas.

As lutas das associações profissionais, pelo controle de determinada área, encontram-se aliada ao Estado. No caso da Medicina, a intervenção do Estado na consolidação dessa, tanto pela criação dos Conselhos, quanto pela formação instituída nas universidades, necessárias para o credenciamento em uma profissão; foi demonstrada por Coelho (1999).

Além disso, o autor constatou a interferência dos profissionais de Medicina nas políticas do Estado. Um exemplo desse quadro ocorreu no início da década de 1970. Um grupo de médicos foi constituído em uma comissão especial, pelo ministério da educação da época, para decidir sobre a formação de médicos nas universidades brasileiras (idem).

Tal comissão foi descrita por Marli Diniz (2001). A autora mostra como foi instaurada a comissão de especialistas em 1971 para avaliar a situação do ensino médico no país. O resultado inicial dessa comissão averiguou que a quantidade de estudantes matriculados em curso de Medicina em 1972 já se igualava ao número de médico que exerciam a profissão.

A resposta da comissão foi avaliar tal expansão não pelo viés das condições do mercado de trabalho, e sim com enfoque na qualidade do serviço de saúde, em especial, na qualidade da formação médica. Inicialmente a comissão descartou três possibilidades de resolução do problema do alto número de médicos que seriam formados.

A primeira foi a absorção de todos os médico na carreira, com argumento que isso levaria a altas taxas de desemprego e a migração de médicos ao exterior; a segunda descartada foi a de um planejamento rígido para formar apenas o número de médicos que pudesse ser absorvido de imediato pelo mercado de trabalho, porém foi argumentado que já havia um número considerável de médicos nos centros urbanos e tal medida levaria a considerar as vagas do interior do país, onde os empregos bem remunerados estariam aquém das necessidades da profissão.

Por fim, a terceira proposta descartada seria a possibilidade de ajustar o número de médicos pelo fator demográfico, levando em conta a relação médico/ habitante. Tal proposta foi rejeitada com o argumento de que havia distorcida distribuição de médicos nas regiões do país e tal medida levaria a uma concentração em regiões onde já há uma alta demanda.

Tendo em vista as rejeições das propostas anteriores, a comissão resolveu dimensionar pela qualidade da expansão da rede de ensino médico. As medidas propostas pela comissão foram pela contenção de criação de novas escolas, diminuição de vagas nos cursos, exigências mais rígidas para o funcionamento dos cursos e colaboração da Associação Brasileira de Escolas Médicas e da Associação Médica Brasileira – algo já proferido no *Congresso Nacional dos Práticos* em 1922.

Este exemplo reflete alguns argumentos de Freidson (1998), no qual identifica como característica de uma profissão a busca através de estratégias específicas de obtenção de privilégio e poder concatenados com seu status profissional.

Entretanto, em um estudo pioneiro sobre profissão médica no Brasil, Donnangelo (1975) incide sobre as modalidades de trabalho médico em São Paulo, sua relação com o Estado e sua reestruturação enquanto profissão liberal. A autora discorreu sobre a redefinição das próprias formas do trabalho médico, que consiste, de forma geral, na perda da propriedade e/ou controle dos meios de produção. Donnangelo (idem) identificava uma crise interna da medicina decorrente de uma ética liberal, com a correspondente negação do assalariamento por parte dos Médicos.

Ainda na segunda metade do século XX, foi criado o sistema de saúde previdenciário pelo governo federal e, com isso, os médicos passaram a ser funcionários públicos assalariados – e não apenas profissionais tipicamente liberais. Posteriormente, surgiu a medicina de grupo (convênios) e os seguros-saúde. Outra forma de assistência que vêm crescendo na prestação de serviço é através da formação de cooperativas, nas quais os médicos conveniados são, concomitantemente, sócios e prestadores de serviço.

Segundo Pinheiro (1998), o Brasil vem seguindo os moldes estadunidenses no que diz respeito ao tratamento do atendimento médico pelas empresas seguradoras (ameaçando a autonomia médica). Nesse esquema, a empresa seguradora controlaria a necessidade, ou não, do tratamento solicitado para o paciente pelo médico, muitas vezes definindo o limite de consultas e a duração delas. Transformando o trabalho médico em produto.

Os processos de protocolização e privatização da saúde têm modificado a estrutura dos processos de organização dos serviços no Brasil, algo que já ocorre nos EUA, e sendo alvo de crítica as organizações de Medicina no país (PINHEIRO, 1998). Já por outro lado, segundo Donnangelo (1975), projetos distintos de organização do mercado existente induziram a tentativa de identificar, no comportamento da categoria ocupacional, novos arranjos ideológicos alternativos à ética liberal.

#### 4.2.4 *Tecendo um breve perfil do profissional de Medicina no Brasil*

Para melhor compreender a situação atual da atividade profissional do médico no país e, com isso, as prováveis configurações de um futuro profissional da área, apresentaremos um breve perfil do médico brasileiro, para que tenhamos em vista as perspectivas apresentadas para essa profissão.

Nesse trabalho, tivemos a identidade vocacional dos estudantes de Medicina como foco. Tomando a autonomia profissional como critério de controle e domínio do campo profissional. Uma de nossas questões é se esta autonomia é voltada para a melhor forma de exercício da profissão ou se ela toma como premissa características mais individualistas, direcionadas para um mercado de trabalho economicamente mais bem-sucedido.

O estudo Demografia Médica no Brasil realizado por Scheffer (2015), com apoio do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, revela uma série de informação a respeito do perfil do médico no Brasil. Há 432.870 médicos registrados no país, a maioria nas regiões sudeste e sul. A previsão é que ainda muitos mais médicos entrem no mercado de trabalho nos próximos anos devido ao enorme aumento de escolas médicas em todo país.

Outro dado importante apresentado na pesquisa informa que a maioria dos médicos do país, totalizando 51,5%, trabalham concomitantemente nas esferas pública e privada; 21,6% trabalham apenas no setor público; 26,9% são exclusivos do setor privado.

O relativo equilíbrio entre o setor público e privado se torna agravante ao compararmos com os dados sobre a população brasileira, na qual 75% utilizam-se somente do Sistema Único de Saúde (SUS) e apenas 25% utilizam-se de planos ou seguros de saúde através da assistência médica suplementar. Ou seja, esses números se tornam afrontosos ao demonstrar que os usuários do setor privado têm três vezes mais médicos que os usuários do SUS.

A situação torna-se ainda mais agravante ao analisarmos as desigualdades entre público-privado e entre as especialidades médicas. A pesquisa demonstrou maior concentração de especialistas no setor privado em contraste com a baixa presença de médicos especialistas nos serviços de atenção secundária e especializada do SUS.

Ainda segundo essa pesquisa, a maioria dos médicos tem dois empregos ou mais, possuem jornada de trabalho superior a 40 horas semanais (75,5%), são assalariados (44,4%) e comumente fazem plantões. Outro dado importante mostra que os médicos que trabalham apenas no setor público ganham menos que os que trabalham no setor privado ou em ambos. Dos médicos que trabalham no setor público, 37,8% ganha menos de R\$ 8 mil mensais. Esta porcentagem cai para 21,8% entre aquele que atuam apenas no setor privado e para 11,8% entre os que trabalham nos dois setores. No setor privado, o consultório particular apareceu como o lugar de trabalho mais frequente (40,1%). Os médicos com consultório geralmente são especialistas (73,5%), têm maior número de vínculos empregatícios, fazem jornadas mais longas, estão nas melhores faixas salariais, têm mais experiência profissional, trabalham nas capitais e são homens acima de 35 anos, em sua maioria.

Com este quadro, podemos identificar diferentes arranjos nos múltiplos vínculos profissionais estabelecidos pelos médicos, que tem sua jornada de trabalho dividida entre consultório, universidades e/ou hospitais. É desta maneira que, de certa forma, o profissional de Medicina participa do mercado de trabalho de modo que coexistem as situações de assalariamento, no emprego público e/ou privado, paralelamente ao exercício liberal da profissão (os consultórios particulares). O traço “difuso” e “maleável” denota o caráter pessoal do exercício e com isto torna os consultórios a principal atividade da profissão. Tal quadro foi apontado nos estudos de Perrusi (2003), Schraiber (1993) e Scheffer (2015).

O consultório tem como característica essencial, na perspectiva da Sociologia das Profissões, a *autonomia* profissional. A adesão majoritariamente ao consultório representaria maior ganho econômico, *autonomia* e controle sobre a prática médica e, conseqüentemente, resistência ao assalariamento por parte da Medicina. Por outro lado, o consultório coloca o médico em trabalho direto com a clientela, distanciando-o de um projeto maior de saúde pública. Há também uma crítica, por parte dos médicos, aos planos de saúde, que tem gerado inúmeros conflitos, a partir do que os médicos chamam de precarização do serviço.

De todo modo, mesmo o consultório tornando atividade principal da maioria dos médicos, como vimos anteriormente; é interessante ressaltar que entre os jovens a necessidade de conseguir emprego torna o assalariamento a primeira forma imediata de inserção no mercado de trabalho (SCHRAIBER, 1993). Já ao longo de suas carreiras, a forma assalariada passa a não ser a forma principal do trabalho médico, mas sim, algo complementar a ele. A profissão passa a representar um projeto de ascensão com objetivo do reconhecimento de si como sujeitos sociais de prestígio e valor.

### 4.3 O Ato Médico e a dominação da Medicina Moderna

O exemplo que se segue pretende discutir aspectos da profissão médica e suas características na atualidade. O caso exposto teve sua importância pois nos apresenta, de forma bastante ilustrativa, os aspectos da profissão Médica no Brasil em paralelo aos conceitos operacionalizados pela Sociologia das Profissões nesse trabalho. Além disso, o caso do Ato Médico, é um atual exemplo de controle profissional atrelado a uma esfera legal do Estado. Em nossas entrevistas com estudantes de Medicina, houve uma série de menções, de forma espontânea, ao Projeto de Lei que serão apresentadas no capítulo referente à análise dos dados empíricos.

Tento isso em consideração, buscamos analisar o Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002, conhecido como Ato Médico, na pretensão de debater características pertinentes à Medicina no Brasil. O intuito da análise, é elucidar questões presentes na obra de autores Eliot Freidson e Andrew Abbott, no que tange os mecanismos de controle do campo profissional. Dessa forma, pretendemos focar no poder profissional, caracterizado pelo monopólio e *autonomia*, para discutir questões caras a sociologia das profissões.

O Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002, conhecido como Projeto do Ato Médico, disciplina o exercício da Medicina no país. A projeto de lei foi de autoria do então Senador Benício Sampaio, médico e ex-secretário de saúde do estado do Piauí, pelo Partido Progressista Brasileiro (PPB).

O projeto tramitou quase 11 anos no Congresso brasileiro e foi sancionado, com veto parcial, pela presidente Dilma Rousseff como Lei Nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Diante de forte pressão das manifestações do Congresso Nacional, de Conselhos Federais e Regionais, de secretarias municipais de saúde e das entidades nacionais municipalistas, a Presidência da República vetou os termos mais polêmicos do projeto.

No intuito de resguardar as políticas e programas desenvolvidos no Sistema Único de Saúde (SUS) e de demandas do setor privado, a Presidente vetou artigos referentes à formulação do diagnóstico nosológico<sup>12</sup> (de doenças), com a alegação de que tal medida privaria outros profissionais de exercer diagnósticos, como os nutricionistas, psicólogos, enfermeiros etc.

---

<sup>12</sup> Aquele responsável pela identificação e classificação da doença.

Também foi vetado o artigo que tornaria de exclusividade médica a prescrição de órteses e próteses, inclusive oftalmológicas. Tal medida contrariava profissionais que já exerciam tal atividade, como por exemplo, os fisioterapeutas que já prescreviam calçados ortopédicos e cadeiras de rodas. Outro veto aplicado foi o que assegurava ao profissional de Medicina a direção e chefia de serviços médicos. O pretexto alegado foi que a proposta carecia da definição sobre o termo “serviços médicos”.

Por fim, foi vetada a proposta de ser de exclusividade médica os procedimentos de invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, punção, insuflação, drenagem, instilação e enxertia. Caso fosse mantida a proposta, restringiria projetos referentes ao SUS, assim como daria exclusividade à Medicina o exercício da acupuntura, hoje exercida por profissionais de diferentes áreas.

Entretanto, para fins desse trabalho, será considerado o Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002 – texto final revisado – publicado no DSF, páginas 39333, em 21 de dezembro de 2006. O objetivo é buscar os elementos principais propostos no projeto antes da sanção da Presidência da República e dessa forma observar as características originais contidas nele.

Nesse trabalho, pretendemos discutir sobre uma outra estratégia desenvolvida no Brasil pela Medicina para garantir o controle profissional sobre a saúde. O projeto do Ato Médico, como é conhecida a lei Lei do Senado nº 268, é um exemplo empírico de como a Medicina utiliza de sua posição privilegiada entre os outros profissionais de saúde para obter controle sobre a área.

Abaixo seguem algumas questões presentes no Projeto de Lei do Ato Médico. Nossa abordagem voltou-se a analisar como a profissão Médica projeta-se com o monopólio na área da saúde, impondo-se como norteadora das práticas nesse campo através de um discurso construído historicamente.

Art. 2º O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza. (Projeto de Lei do Senado nº 268).

Freidson (2009) demonstrou como a Medicina do Estados Unidos teve um projeto profissional direcionado a influenciar sua clientela. Essa, por sua vez, baseava-se na livre escolha do uso do serviço médico, por essa razão o projeto profissional da Medicina nos EUA englobava também o Estado para atingir seus interesses.

Com isso, a Medicina americana buscou o apoio do Estado, afim de obter influência no amparo social e legal do exercício da sua atividade, utilizando, principalmente, o valor social da saúde.

Já no Brasil, o Ato Médico, demonstrou também através do aparato judicial do Estado, um apoio para seu projeto de *autonomia* e controle. O Ato Médico é um dos representantes na tentativa da profissão médica buscar este apoio. Logo em seu Artigo 2º, o projeto aponta algumas questões já assinadas por Freidson. A primeira é a centralidade da atuação médica na saúde, através de um apelo ao valor social adquirido por ela. A segunda, é a tentativa da Medicina impor um discurso com base na ética profissional.

Art. 4º São atividades privativas do médico:

- I – formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica;
- II – indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;
- III – indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;
- IV – intubação traqueal;
- V – definição da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como as mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas;
- VI – supervisão do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;
- VII – execução da sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;
- VIII – emissão de laudo dos exames endoscópios e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;
- IX – indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário;
- X – prescrição de órteses e próteses oftalmológicas;
- XI – determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;
- XII – indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;
- XIII – realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;
- XIV – atestação médica de condições de saúde, deficiência e doença;
- XV – atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico (Projeto de Lei do Senado nº 268).

O Artigo 4º é o mais polêmico do projeto e visa enumerar as características privativas do médico. Tais características foram alvo de crítica por vários Conselhos da área da saúde.

O Conselho Federal de Odontologia - CFO publicou uma nota intitulada “Ato Saúde” (CFO, 2014), na qual se posicionava contra o Ato Médico acusando-o de restringir à atuação profissional de outras categorias e uma afronta aos princípios do SUS.

Já o COFEN – Conselho Federal de Enfermagem publicou uma carta aberta (COFEN, 2013) reivindicando das autoridades que não aprovassem o Ato Médico em sua íntegra, pois

sentia-se diretamente afetado com tal projeto. O COFEN enumerou vários procedimentos, já garantidos por lei, realizados por enfermeiros e que seriam afetados se o projeto do Ato Médico fosse aprovado sem veto, tais como, o diagnóstico e a prescrição terapêutica para patologias, a utilização de métodos invasivos específicos na assistência direta ao usuário de saúde, dentre outros.

O COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (COFFITO, 2012) elaborou um abaixo assinado a ser entregue a Presidência da República contra o Ato Médico, além de outras ações e movimentos específicos contra o projeto e pelo veto presidencial.

À luz de Abbott (1988), a Jurisdição representa a área de atividade sobre a qual se detém o direito de controlar a prestação de serviço. Diz respeito aos direitos de exclusividade da prática profissional. Esta se configura como um campo de disputa profissional, no qual as profissões almejam exercer controle.

As jurisdições podem ser reivindicadas de três formas: na arena legal, na da opinião pública e na arena do próprio ambiente de trabalho. Isto posto, a Lei do Ato Médico nos permite ver a constituição da jurisdição na arena legal em seus processos, formas como se estabelece e sua manutenção.

O Conselho Federal de Medicina – CFM e a Associação Médica Brasileira foram os principais apoiadores do projeto (FEBRASGO, 2009; CFM, 2014). Recorrendo à Freidson (2009), pode-se dizer que no Brasil a Medicina também passou por um projeto semelhante ao dos EUA na relação entre Estado, associações e profissão. Como o autor salienta, “uma ocupação em si tem representantes formais, organizações ou indivíduos que tentam dirigir os esforços do Estado em direção às políticas desejadas pelo grupo ocupacional” (FREIDSON, 2009, p.43).

Edmundo Coelho (1999) demonstrou a relação entre os Conselhos Federais profissionais e o Estado. O autor afirma que mesmo diante várias alterações sofridas no decorrer dos anos, em relação às funções exercidas pelos conselhos, o certo é que estes órgãos ficaram com a responsabilidade de legislar, através de resoluções, sobre o âmbito das atividades e funções privativas das profissões. Independente dos motivos do Estado para regular as profissões. O fato é que é ele quem estabelece a regulação e dessa forma fornece o monopólio profissional de determinado seguimento.

Vemos, ainda no Artigo 4º, características trazidas por Freidson em sua análise sobre Medicina nos EUA. Para o autor o monopólio do exercício do seu trabalho define a Medicina

como profissão (FREIDSON, 2009). Dessa forma, o modo pelo qual a Medicina resolveu a disputa com outras profissões, em caso de rivalidade direta, foi através da aliança com o Estado (ibidem).

É o Estado que garante à profissão obter o direito de limitar, supervisionar ou dirigir seu próprio exercício. Dessa forma, foi o Estado Americano que tornou ilegal as atividades que poderiam concorrer com a Medicina e concedeu aos médicos o direito de dirigir seu exercício (idem).

Já no caso do Brasil, Coelho (1999) identifica a legislação reguladora no pós-1930. Nesse período, o Estado organizou as profissões fora do âmbito dos sindicatos, amplamente populares entre outras ocupações. Não que estes fossem necessariamente proibidos, entretanto a estrutura básica ficou a cargo dos Conselhos Nacionais, tornando-os requisito obrigatório para a regulamentação de uma profissão. Diferente dos sindicatos, que estavam atrelados às questões trabalhistas, os conselhos passariam a fiscalizar o exercício profissional.

O Decreto de Lei nº 7955, de 13 de setembro de 1945, institui os Conselhos de Medicina. Com artigo 7º do projeto Ato Médico, o Estado deixa nas mãos da profissão o controle do aspecto técnico do seu trabalho, delegando ao CFM o papel de definir normas sobre procedimentos, controlar e fiscalizar as atividades praticadas por médicos.

Art. 7º Compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas sobre quais procedimentos podem ser praticados por médicos, quais são vedados e quais podem ser praticados em caráter experimental.

Parágrafo único. A competência fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina abrange a fiscalização e o controle dos procedimentos especificados no caput, bem como a aplicação das sanções pertinentes em caso de inobservância das normas determinadas pelo Conselho Federal (Projeto de Lei do Senado nº 268).

A aprovação do Ato Médico na íntegra concederia legalmente à Medicina o direito exclusivo de definir o que é saúde e doença e como trata-la, assim como podemos observar no inciso I do artigo 4º: *“formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica”*.

Dessa forma, não haveria apenas a distinção do profissional e o leigo, mas as outras profissões de saúde se tornariam subordinadas, legalmente, à prescrição médica. Em um ambiente de concorrência, contextualizado histórico e socialmente, controlar o conhecimento e sua aplicação significa dominar os intrusos, redefinir os problemas e tarefas, além de apreender novos problemas (ABBOTT, 1988).

Ainda no artigo 4º, podemos perceber a busca por controle e monopólio da área da saúde. Além do inciso mencionado, os incisos: I) que trata da formulação do diagnóstico nosológico, e respectiva prescrição terapêutica; II) “indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios” e III) “indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias”; contrariam o próprio exercício da enfermagem, regulamentada pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987. Dessa forma, o Projeto torna exclusivo aos médicos procedimentos já executados e garantidos pela regulamentação vigente de outras áreas da saúde.

A partir da perspectiva sistêmica de Abbott (1988), podemos analisar esse processo como parte do desenvolvimento de uma profissão. Já que é a partir da manutenção e ampliação da sua própria área de atuação, assim como, da redução da área de atuação do concorrente, que uma profissão se estabelece em um campo profissional.

Em entrevista ao Portal IG (2013), Roberto D’Ávila, presidente do Conselho Federal de Medicina, afirma que o Ato Médico não causará conflitos com outras profissões. Segundo o presidente “Uma coisa é delegar função. O que nunca concordamos é com a usurpação de função”.

Muitas atividades desempenhadas por outras profissões não médicas já foram, em algum momento, desempenhadas por médicos. Ou seja, o critério técnico não pode ser considerado o principal motivo para a exclusão de algumas atividades dos não médicos. Cabe aqui menção a Freidson (2009) ao descrever sobre os “paramédicos” nos Estados Unidos, que conclui: “a divisão do trabalho em torno de uma atividade fortemente profissionalizada de cura é ordenada politicamente pela profissão dominante. Tal quadro, constitui-se formalmente uma hierarquia” (Idem. P.68).

Salienta-se que mesmo diante de várias críticas vindo dos Conselhos de outras profissões de saúde, o CFM defende o Ato Médico como medida de proteção da área, em uma tentativa de impor a Medicina no topo de uma hierarquia de saúde, recorrendo à um discurso pela ética e pelo controle social da saúde: “Estamos protegendo a sociedade”.

Como esclareceu Freidson (1998), ter o próprio controle sobre o desempenho do trabalho é o maior trunfo que disputam as ocupações em um ambiente de trabalho específico. Para ele, “a condição mínima de controle é que a ocupação conquiste o comando da exclusiva competência para determinar o conteúdo adequado e o método efetivo para desempenhar algum trabalho” (FREIDSON, 2009, p.30). A Medicina, assim como outras profissões “bem

sucedidas”, conseguiu ser o árbitro de si mesma em seu desempenho no trabalho, pois criou a ideia de que são os médicos os únicos que conhecem o seu conteúdo suficiente a ponto de se avaliarem corretamente.

## 5 MEDICINA COMO VOCAÇÃO: CASOS EMPÍRICOS

Nesse capítulo apresentaremos a análise das entrevistas realizadas nas duas faculdades de Medicina abordadas em questão: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE) e da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS/IMIP). Para isso, a partir de um olhar interacionista, operacionalizamos os conceitos da Sociologia das Profissões e dos Estudos sobre Identidade de modo que atendam nossos objetivos propostos.

Nosso desafio foi analisar o relato dos entrevistados em busca de compreender as razões pelas quais eles optaram por Medicina como profissão com base na construção de uma identidade vocacional. A dificuldade nesta tarefa começa em sistematizar relatos, apresentados de modo subjetivo e particular, de modo a tornar possível uma relação entre trajetória profissional e vocação. Tentamos fugir de uma leitura “psicologizante” com o propósito de traçar aspectos social das escolhas profissionais e, por conseguinte, da construção de uma identidade vocacional.

O objetivo não foi trazer uma relação direta na qual justifique a escolha profissional através de uma trajetória imperativa. Seria controverso ignorar as inúmeras probabilidades de escolhas que surgem de formas, muitas vezes, improváveis e sem causalidade entre si nas escolhas dos indivíduos. Entretanto, a partir de uma amostra empírica, podemos perceber como essa conexão pode estabelecer-se e criar significados na identidade dos estudantes.

Muito fatores se interligam, sejam nos processos das escolhas ou na possibilidade de exercer-las. Em sociedades estratificadas, como as sociedades capitalistas ocidentais, a posição que um indivíduo ocupa recai categoricamente no aumento das possibilidades de escolhas e das probabilidades de efetiva-las. A origem e posição social dos indivíduos geram uma maior (ou menor) estruturação do campo de escolha destes, todavia não impera como único fator relevante.

Por isso, estender esse processo como uma construção de identidade, aponta um caminho complexo, mas parcial, do resultante da vivência dos indivíduos e de suas escolhas ao longa da vida.

### 5.1 Narrativas da vocação: “Por que escolhi Medicina?”

De modo geral, os estudantes entrevistados possuem uma origem de classe em comum, estratos da classe média<sup>13</sup>, e possuem, em sua maioria, pais médicos ou comerciantes. A metade dos estudantes possui na família alguma relação com profissionais de saúde. Todos os entrevistados estudaram em escolas particulares<sup>14</sup>, fizeram “cursinho” preparatório e realizaram o exame vestibular em mais de uma faculdade.

Os estudantes do primeiro período, em sua maioria, tiveram sua aprovação na primeira tentativa de ingresso à faculdade médica e a maioria dos entrevistados dos últimos anos tentou de duas a três vezes o exame vestibular. Não aprofundamos se há alguma relação entre o número de vezes de tentativas para o ingresso no curso de Medicina e a forma de ingresso adotado pelas faculdades no decorrer dos anos. Por isso, não será uma questão abordada na análise.

Os principais motivos apresentados por esses estudantes na escolha do curso são: o desejo dos pais em exercer a profissão médica (ou exercer uma profissão “bem sucedida”), gostar e querer cuidar de pessoas, possibilidade do controle entre vida e morte, sua identificação com algum médico de referência (familiar ou não), a busca por um saber “desconhecido e fascinante” e um cálculo pragmático de manutenção ou ascensão social<sup>15</sup>.

As trajetórias vocacionais, relatadas nas entrevistas, perpassam por questões conscientes, mas também inconscientes<sup>16</sup>, inseparáveis do ideal de liberdade de escolha e autorrealização. A própria dúvida que norteava a escolha da profissão é um exercício da possibilidade dessa escolha.

Em dois entrevistados, vocação aparece, conjuntamente com outros fatores, como um dom de Deus, algo dado de forma divina que não se deve ser negado.

---

<sup>13</sup> Não problematizamos o conceito de *classe média*. Abordamos esta definição considerando a autodeclaração dos entrevistados e sua posição em famílias de estratos médios da sociedade, como profissionais assalariados (funcionários públicos e outros profissionais) e pequeno-burgueses (comerciantes e profissionais liberais).

<sup>14</sup> Apenas um dos entrevistados estudou, concomitante, em escola particular e pública. Este, durante o ensino médio cursou técnico em Química Industrial no Instituto Federal de Pernambuco (IFPE).

<sup>15</sup> Resultados também encontrados nas pesquisas de Ramos-Cerqueira & Lima (2002), Perrusi (2003) e Sassi (2012).

<sup>16</sup> Não adentraremos em questões inconscientes da escolha por uma profissão por não ser um objetivo do estudo. Entretanto, Rocco (2012) aponta a identificação com os pais, os desejos e impulsos agressivos, a necessidade inconsciente de conhecer o corpo da mãe e a negação da morte como os principais fatores inconsciente por traz da escolha profissional.

*Eu sou evangélico e fazer medicina é se aproximar da criatura mais importe da criação, então é um privilégio ter essa vocação na minha cabeça (CALOURO-4 FCM/UPE)*

*Meu avô anglicano dizia “isso é um dom de Deus, você não pode negar um dom de Deus” (CONCLUINTE-11 FCM/UPE)*

Nos únicos dois casos que houve essa referência, o sentido dividido veio em paralelo às aptidões mais subjetivas e “mundanas”. O conteúdo divino aparecia como mais um fator que daria sentido à vocação, mas nunca o principal.

Foi comum no começo das entrevistas os estudantes relacionarem sua escolha pela Medicina com suas aptidões e afinidade a partir das disciplinas presentes no ensino médio. Foi unânime um gosto sobressaltado por Química e, principalmente, por Biologia. Entretanto, a relação entre a preferência pelas disciplinas de ensino médio e Medicina, não se aplicou como única maneira causal, tendo como ponto de vista as escolhas efetivas dos entrevistados.

Muitos deles relataram grande afinidade com disciplinas como História e Matemática, mas ao pensarem na atuação profissional não se motivaram. Por isso, o significado que estes tiveram sobre a profissão Médica, atrelado ao ideal de autorrealização, mostrou-se muito mais determinante na hora da efetivação da escolha. Como relata os estudantes:

*Desde o Ensino Médio no meu colégio tinha que escolher a área de humanas, saúde ou exata. As matérias que eu mais gostava estava mais para saúde. Nunca gostei de matemática para gostar de exatas. Gostava de história, mas não queria nada de humanas. Acho que pelo mercado mesmo. Não sei se tenho vocação para história (CONCLUINTE-9 FCM/UPE)*

*Já pensei em outras coisas, diplomacia por exemplo. Mas não queria o estilo de vida viajar tanto. Pensei em militarismo também, mas também acho que não ia me deixar feliz. Na verdade, sempre quis ser médico mesmo (CALOURO-4 FCM/UPE)*

*As disciplinas que eu gostava mais eram história, geografia e letras. Mas não queria fazer humanas. Eu não me via em nada de humanas, não me via exercendo profissão de humanas, só adorava os assuntos. Mas profissionalmente eu não me via. Eu só me via fazendo medicina. Eu me via na profissão. Era a única coisa que me via (CONCLUINTE-17 FPS/IMIP)*

Muitas vezes, o estudante de Medicina inicia o curso sem a certeza exata da escolha que foi feita. O significado dessa escolha é reconfigurado pela construção de um presente encharcado de passado e com base em um futuro construído por desejos e projetos. Nesse futuro busca-se a necessidade de aplicação de suas aptidões e gostos em forma de realização no trabalho.

Por outro lado, a necessidade de um “sacrifício” está presente em quase todas as falas como forma necessária para uma compensação futura. Os estudantes acabaram por sair de um ambiente de intensa competição que é o vestibular, aprenderam a renunciar lazer, prazeres, companhia de amigos e familiares pela preparação para uma disputa acirrada em busca de uma vaga na faculdade médica. Segue abaixo algumas falas que refletem essa constatação;

*Abdiquei de muitas, infinitas coisas. No terceiro ano abdiquei de bastante, pois tem muita aula e tal. O dia todo de aula e ainda tinha cursinho. Eu deixava de sair, tinha um namorado que não via muito. Mas não via isso como problema. Mas acho que é algo que vale a pena, entendeu? (CALOURO-5 FPS/IMIP)*

*Para passar em Medicina precisa estudar, precisar saber estudar e aproveitar do seu tempo o máximo possível. Mas eu acredito que precisa de uma dedicação maior por causa da concorrência. Abdiquei de dormir, de sair. Fiz cursinho nos três anos. Como eu queria uma coisa mais difícil eu resolvi fazer cursinho (CALOURO-6 FPS/IMIP)*

*A concorrência é muito grande. Por isso você tem que, pelo menos por um certo tempo, abdicar (CONCLUINTE-8 FCM/UPE)*

*No ano de cursinho eu abdiquei demais. Eu só saía com família. Tinha uma namorada e a gente só saía de 15 em 15 dias. Chegava no cursinho as 7h e saía as 22h. Abdiquei. Muito muito mesmo (CONCLUINTE-12 FCM/UPE)*

*Eu tive momento de uma depressão leve ou ansiedade generalizada. Mas para você passar no curso e se manter precisa. Você abdica o que você gosta de fazer. Tem gente que passou sete anos para passar. Tem um amigo que passou o ensino médio comigo e ainda hoje ele tenta medicina (CONCLUINTE-14 FPS/IMIP)*

Na atual posição, já como estudantes de Medicina, essa renúncia segue acompanhada pelo endeusamento completo da profissão médica e a crença que o médico precisa passar por sacrifício segue ao longo da carreira (RAMOS-CERQUEIRA & LIMA, 2002). O sofrimento da carreira do médico é algo já presente na crença social desde os primórdios da profissão, como aponta Ramos-Cerqueira (*idem*).

Uma questão muito mencionada é a necessidade de realizar curso preparatório (“cursinho”) para conseguir a aprovação no vestibular. Um dos estudantes relatou que por traz da aprovação em Medicina há uma verdadeira indústria que enriquece explorando esse interesse. Devido à enorme concorrência no vestibular, há vários “cursinhos” específicos para Medicina. Estes além de trabalhar o conteúdo referente às provas de vestibular, traçam planos que organizam a rotina de estudo dos candidatos.

*Para você ter uma ideia, quando você entrar no curso de “Fernandinho”<sup>17</sup> ele lhe dá uma fichinha de horário. Você precisa preencher. De horário vago eu só tinha quatro horas do domingo à noite. Eu estudava todos os dias, o dia todo. Eu só saí duas vezes no ano todo, que era aniversário da família. Mas aí vem a recompensa né? Que é passar (CONCLUINTE-9 FCM/UPE)*

*Quando entrei no cursinho eu fiquei chocada que existia uma indústria por trás da aprovação em Medicina. Eu não imaginei que existiam tantas pessoas querendo Medicina. Quando vi uma sala inteira querendo medicina eu pensei: “meu Deus o que é isso? Estão dando dinheiro na porta do curso? Não é possível” (CONCLUINTE-11 FCM/UPE)*

A cresça na educação como ascensão social aparece como advinda principalmente do apoio e incentivo dos pais<sup>18</sup>. De modo geral, houve sempre uma menção do papel da educação e sua relação com a ascensão social e busca por status. Os estudantes enfatizam a escolha e a realização de si – “fazer o que gosta” – aliados à um prestígio que a profissão pode trazer. Por mais que a escolha específica fosse defendida como algo próprio, sem imposição familiar; os pais apareceram como os grandes incentivadores de sua escolha profissional.

A importância do apoio dos pais na escolha por uma profissão já foi trabalhada por Gonçalves & Coimbra (2007). Os autores elencaram três das principais contribuições na escolha profissional dos filhos: 1) A partir de um apoio intencional (ou não), concretizado em ações, que os pais realizam no auxílio dos filhos para a realização de projetos vocacionais; 2) pelo envolvimento no percurso escolar; 3) pela a importância, significado e centralidade do trabalho na vida da família.

O incentivo dos pais é relatado muito mais como busca pela vocação, em um ideal de realização e reconhecimento, que uma ascensão social em si. Desse modo, o incentivo à educação se aliava à própria identidade do indivíduo. Havia um foco na valorização da “pessoa fazer o que gosta”, juntamente com a cresça de a profissão ser algo de grande importância social, logo, fonte de prestígio.

*Meu pai sempre me dizia “independente do que você fizer, faça algo que você quer muito fazer e que você vai ser bom” (CALOURO-6 FPS/IMIP)*

*Na minha família, minha mãe foi a primeira pessoa a ter curso superior (...). Meu avô foi um monte de coisa. Cortador de cana, dono de bar, caminhoneiro, segurança, porteiro. Batalhou muito para minha mãe ter um curso superior e ela teve e se formou em 1994, comigo na barriga. Aí ela botou isso para os filhos. Educação sempre como uma prioridade. Minha grande incentivadora foi minha mãe (CONCLUINTE-8 FCM/UPE)*

<sup>17</sup> “Fernandinho” é um dos cursos preparatórios para vestibular (com ênfase em Medicina) mais bem-conceituados do Recife, sua mensalidade varia de R\$500 à R\$1100 de acordo com o site oficial do curso.

<sup>18</sup> Também em Gonçalves & Coimbra (2007) e Weber (1976).

*Meus pais nunca disseram “faça medicina”. Mas diziam “estude”, “estude”, “estude”. Na minha família é assim, o seu casamento é com a profissão. Mas os pais sempre falam que (Medicina) é uma carreira bonita (CONCLUINTE-9 FCM/UPE)*

*As pessoas dizem que não, mas tem uma tendência dos pais em quererem os filhos na área médica (CONCLUINTE-2 FCM/UPE)*

Desde o início da graduação os estudantes significam suas escolhas por mais de um fator. Por um lado, peça possibilidade de exercer suas competências em um trabalho útil e valorizado (vocação), por outro, pela busca pessoal por prestígio e/ou por uma vida financeiramente estável e segura. A relação com educação tem justamente esse plano de fundo, uma possibilidade de garantir prestígio e uma busca por ascensão social. Dessa forma, a educação apareceu como uma busca por prestígio (alcance do sucesso pessoal) e ganho financeiro em paralelo a realização de si no trabalho (vocação).

O desejo de realizar seu próprio projeto de vida aparece nas entrevistas pela autorresponsabilidade da escolha. Vocação aparece como seu anseio por uma atividade que conduza sua vida, concordando com valores próprios da vocação moderna, aliados a um ganho financeiro, ascensão social ou manutenção de status. Entretanto, essa escolha não é totalmente livre, pois se relaciona com o prestígio que cada profissão possui na sociedade.

Pensar a educação como ascensão social coloca, de modo estratégico, um leque limitado de escolhas entre as profissões mais valorizadas. Por isso, não foi estranho que os outros cursos relatados como opção na hora do exame vestibular, se concentrem entre Engenharia e Direito, profissões extremamente valorizadas socialmente. Já os relatos por interesse artístico se voltavam em escolhas paralelas à profissão ou como desejos com pouca possibilidade de realização.

*Em Artes não consegui ver um caminho que conseguisse trilhar (CALOURO-7 FPS/IMIP)*

*Eu fiz vestibular por medicina mais por medo. Eu sempre quis estudar música, mas não tive coragem (CONCLUINTE-14 FPS/IMIP)*

*Eu nunca vi desaconselhar a fazer medicina. Essas coisas rolam mais em arte cênicas (CALOURO-5 FPS/IMIP)*

Desse modo, por mais que os entrevistados apresentem suas escolhas pela Medicina como algo totalmente livre, baseadas em critérios estritamente pessoais; essas escolhas raramente se desvinculavam às estruturas já inseridas na realidade desses estudantes. Tais

estruturas se apresentam pela posição social desses indivíduos em estratos médios da sociedade e pela relação das profissões em seus contextos familiares.

A partir disso, há um leque pequenas de escolhas e essas se sustentam pela posição de prestígio que a profissão ocupa e suas possíveis realizações materiais e/ou simbólicas pelo trabalho. Isso não significa que não haja uma manobra do indivíduo em sua escolha, mas o modo que essa escolha se estrutura e se apresenta como possibilidade, é algo construído socialmente.

De todo modo, a escolha da profissão é percebida pela maioria dos entrevistados como expressão da subjetividade, independe de existir ou não uma imposição externa normativa. Para os estudantes essa escolha por Medicina apareceu, quase unanimemente, como parte de um projeto (de ser médico) que possibilitará alcançar a felicidade pela realização de si. Como visto no trecho abaixo:

*Acho que como médico eu vou realizar tudo que almejo enquanto felicidade. Gosto muito de pessoas, gosto muito de cuidar. É meio clichê o que estou falando, mas é verdade (CALOURO-4 FCM/UPE)*

Há também, na fala dos entrevistados, a menção da Medicina como possibilidade de exercer um potencial cognitivo. A escolha por outra profissão poderia ser um desperdício de suas capacidades.

*Todo mundo dizia: “você tem o potencial de chegar onde quiser”. Então era melhor alcançar algo maior e mais difícil (CONCLUINTE-9 FCM/UPE)*

*Pensei em fazer medicina e se não desse certo, eu já tinha tentado o melhor e mais difícil logo (CONCLUINTE-12 FCM/UPE)*

Vimos nas entrevistas, que cada estudante já carrega consigo uma visão do que é ser médico. A posição de estudante de Medicina já é uma posição de prestígio almejada, isso se deve pela posição privilegiada que a Medicina ocupa em seu campo de atuação e sua história no mundo das profissões. A representação social da Medicina é vivenciada pelo estudante mesmo antes de entrar na faculdade, com base em sua vivência pessoal e na cultura.

Por isso, nas entrevistas foi comum um endeusamento da Medicina, tanto em um sentido de realização subjetiva, quanto econômica. A ideia moderna do projeto de vida, adotada por esses estudantes, liga de forma bastante direta o ético ao econômico. Como defende Schlager (1997, p.11), “relacionando a vida bem sucedida ou feliz com uma

realização pessoal activa, o projeto de vida relaciona também a realização pessoal a uma atividade produtiva”. Fazer Medicina já é um sinal dessa garantia de vida bem-sucedida, pois é isso que profissão representa na sociedade.

*Medicina ninguém desaconselha. Por que todo mundo sabe que é uma das poucas profissões que você sabe que tem uma garantia (...) não vai faltar trabalho (CALOURO-5 FPS/IMIP)*

Em suma, em sua escolha os estudantes tentam se afirmar a partir de uma atividade produtiva que se reconheça, que considere genuinamente sua, escolhida com base em suas afinidades, por motivos íntimos, desejos e gostos. Há o reconhecimento do desejo financeiro, mas é posto com receio e de forma não predominante.

Essa colocação fica mais visível tendo em vista que os estudantes constroem um projeto de vida com base no que a profissão pode proporcionar. Dessa forma, trata-se de um projeto consciente que envolve algum tipo de cálculo e planejamento culturalmente situado, de riscos e perdas, quer estritamente individuais, quer em termos grupais. No trecho abaixo, o estudante fala um pouco de uma impressão geral sobre Medicina e de como a profissão dá a possibilidade de ter “uma vida que gostaria de ter”.

*A sociedade tem muito essa imagem de médico, de forma geral tem uma boa imagem do médico. Também por questões econômicas as pessoas passam a pensar mais nisso. Mas meu pai também sabia que com medicina eu ia ter uma vida que gostaria de ter (CONCLUINTE-12 FCM/UPE)*

Já tendo em vista a prática médica, os estudantes trouxeram visões que se dividiram em dois tipos. Um no qual o médico era um profissional habilidoso, dotado de grandes capacidades técnicas, geria a questão da vida e da morte e tinha um viés investigativo. Por outro lado, houve também uma visão do médico mais humanista, que cuida das pessoas e pode possuir uma interferência social eficaz. De fato, essa segunda visão apareceu com muito menos frequência, sendo a primeira predominante.

Foi comum o relato de ter a figura do médico baseada nos seriados *House, M.D* e *Grey's Anatomy*<sup>19</sup>, como relatou um dos entrevistados: “*Já faz parte do currículo essas séries House e Grey's Anatomy*” (CALOURO-1 FCM/UPE). Entretanto, as referências mais

---

<sup>19</sup> *House, M. D* é uma aclamada série médica norte-americana no qual o protagonista é um brilhante diagnosticador com personalidade diferente, antissocial, irônico e que consegue revelar a verdade de seus pacientes. *Grey's Anatomy* é um drama estadunidense que relata as lutas diárias profissionais e pessoais dos médicos e residentes em hospital.

adotadas foram por parte de alguns familiares médicos e/ou médicos que tiveram contato a partir de um tratamento de saúde, seja se si próprio ou de um membro da família (como avô, pai, irmão).

Em todos os casos, tanto a partir dos médicos admirados nas séries ou a partir de outros médicos de referência, houve a predominância do relato do perfil de um médico de diagnóstico, voltado para os sintomas, com grande domínio técnico e forte reconhecimento social (principalmente por um perfil do médico cirurgião). As características mais voltadas para Medicina como a “missão de ajudar as pessoas” (dom do sacerdócio), aparece quase sempre como um dever, mas poucas vezes como motivo de prestígio.

Há uma mescla, de fato, dos dois perfis. Muito estudantes defendem a necessidade do foco nas capacidades técnicas para o “cuidado com o outro”. O que parece relevante ressaltar, é a predominância do reconhecimento e admiração de um médico pelo “paradigma mecanicista ocidental<sup>20</sup>” (ou medicina centrada na doença) da medicina e pouca, ou nenhuma, referência à um médico baseado no *cuidado, promoção e prevenção*<sup>21</sup> da saúde (medicina centrada na pessoa). Segue algumas falas que ilustram essas considerações:

*Eu achava Dr House genial. Pensava que ia chegar um caso para mim e eu iria montar o quebra-cabeças e dar um diagnóstico* CONCLUINTE-12 FCM/UPE)

*Quando eu passava em frente ao Hospital da Restauração eu pensava que queria ser plantonista da emergência desse hospital. Eu achada que devia ser incrível receber o povo todo estrebuchado e consertar* CONCLUINTE-11 FCM/UPE)

Os motivos gerais encontrados no campo para a escolha por Medicina, corroboram os achados de Becker et al (2007). Antes de entrar na faculdade a visão dos estudantes é da Medicina como a melhor e mais completa carreira que possa ser seguida e, conjuntamente, uma atividade que possibilita ajudar pessoas através de um trabalho que lhes satisfaça e garanta uma remuneração para uma vida confortável, mesmo não colocando a situação financeira como principal preocupação.

*Não tentei outras áreas pela amplitude do curso. Medicina se apresentava como o curso mais completo* (CALOURO-4 FCM/UPE)

<sup>20</sup> Aquele que se contrapõe ao paradigma humanista da medicina (QUEIROZ, 1986).

<sup>21</sup> Princípios norteadores da Atenção Básica em Saúde.

Dentre tantas profissões, até mesmo na área da saúde, a Medicina é apontada como um desafio que só os que mais se dedicam conseguem êxito. Para boa parte dos entrevistados<sup>22</sup> isso justificaria, em partes, a valorização social e econômica da profissão.

Usando as configurações da estruturação da vocação médica adotados por Perrusi (2002), podemos perceber dois eixos de escolhas mais evidentes no discurso dos estudantes entrevistados: um *pragmático* e outro pelo *dom*.

A escolha através do discurso pragmático apareceu em seis entrevistados. Os relatos sobre a escolha da profissão se configuravam não por uma relação direta com a trajetória ou com o que o estudante julgava ser sua vocação, mas por acaso. A escolha por medicina é defendida apenas como advinda da exclusão das outras escolhas possíveis, não com base em suas aptidões e afinidades, mas sim por questões circunstanciais (causando, muitas vezes, uma incerteza na escolha). As motivações apresentadas se pautaram muito mais no desafio de um vestibular concorrido e na possibilidade de manutenção e ascensão social, proporcionado pela profissão, e bem menos em um discurso de querer ser médico. Como bem ilustra os trechos abaixo.

*Medicina foi um acidente, até hoje eu não sei porque cai aqui (...). Por isso que eu digo que cai de paraquedas (CONCLUINTE-11 FCM/UPE)*

*Acabei vindo para medicina pois vi um caminho aqui. Claro que isso vem de uma noção de estabilidade. Uma hipotética certeza que serei útil, que terei um emprego (CONCLUINTE-7 FPS/IMIP)*

Já a escolha pelo discurso do dom foi a mais presente e apareceu em 11 entrevistados. Nesse caso, a escolha por Medicina é defendida por qualidades inatas e o desejo em ser médico apareceu “*desde sempre*” (“desde criança” ou “desde muito novo”), pelas *referências parental* (médicos de referência) ou por *catarse* (uma descarga emocional provocada por um trauma). Esse é o perfil mais próximo da ideia moderna de vocação.

No primeiro caso (presente em cinco entrevistados), a escolha pela profissão “*desde sempre*” se mostra como uma escolha livre, por atributos subjetivos, de natureza particular e íntima, com pouca, ou nenhuma, influência externa. O dom aparece aqui como uma qualidade da identidade do indivíduo, que sempre se identificou com a profissão. Normalmente estavam presentes nas falas trechos como “desde muito cedo soube que queria Medicina” e “desde novinha, desde criança queria ser médica”.

---

<sup>22</sup> Essa conclusão é mais presente nos alunos do primeiro período.

Já o dom pela *referência parental* (presente em quatro estudantes), enfatiza a influência dos pais (pais médicos em sua maioria) em sua decisão. A mãe, pai, outro familiar ou mesmo toda a família em si, são os grandes exemplos a serem seguidos. A vocação médica é entendida como quase “hereditária”, mas ainda de fórum íntimo. Os entrevistados que apresentaram esse perfil de escolha, mostram como essa referência da família acentuou a percepção de seu dom para Medicina, mas ainda trata a questão como algo livre e subjetivo. Os pais, parentes ou médico de referência, influenciaram de forma decisiva em uma escolha, mas a decisão mesmo já fazia parte dos indivíduos. Abaixo segue algumas falas que exemplificam esse perfil.

*Eu venho de uma família que minha mãe é médica, meu avô era médico. Isso acaba influenciando (CALOURO-2 FCM/UPE)*

*Acho que a escolha teve muita influência da minha mãe. Eu perguntava muito a ela sobre Medicina. Ela queria que eu fizesse medicina, mas me deixava à vontade (CALOURO-3 FCM/UPE)*

*Desde os quatro anos meu pai sempre falava que eu ia ser médico. Aí eu comecei a pensar em mim como médico. Eu admito muito uma tia médica. Eu também ficava bem de branco. Como eu gostava de pessoa, isso nunca deixou de ser opção (CALOURO-4 FCM/UPE)*

Por último, o discurso da vocação pela *catarse*, presente em quatro entrevistados, diz respeito ao contato do estudante com a Medicina de forma traumática, seja por um quadro de doença prolongado na infância ou por uma situação na qual um médico tratou/ salvou (ou não tratou ou poderia ter salvo) um ente querido. Esses momentos, normalmente, aparecem como a descoberta do dom por um espelho que trouxe à tona uma vocação íntima de cuidar e tratar de pessoas. Seja um cardiologista que atendeu o pai em um infarto, o dermatologista que acompanhou um tratamento na infância, um atendimento mal realizado ou experiências com quadros de tratamento de enfermidade.

As escolhas pelo dom – “*desde sempre*”, *parental* ou *catarse* – muitas vezes se misturam, sendo que alguns entrevistados que se referiam à escolha pela Medicina como algo “*desde sempre*”, também colocaram a família como tendo certo papel em sua escolha. Igualmente, alguns estudantes que relataram a influência parental pela Medicina relataram alguma experiência traumática com médicos. Os três perfis separadas são postos aqui apenas como referência com base em uma predominância por algum tipo.

Por fim, embora em apenas dois casos<sup>23</sup>, houve o entendimento, por parte do estudante, de uma vocação compreendida tardiamente<sup>24</sup>. A vocação é percebida depois do ingresso na faculdade de Medicina e tida como um dom que si negou a perceber e só a prática pode revelar. Com isso, há uma significação do passado e sua vocação aparece com algo inerente a ele, mas negado pela ignorância sobre si próprio. Pode haver uma relação de inicialmente a escolha por Medicina se dá por um discurso pragmático e, após contato com a prática médica, reconhecer um dom.

*Acho que Medicina me completa bem. Hoje em dia penso que foi uma boa escolha, não me vejo fazendo outra coisa (CONCLUINTE-9 FCM/UPE)*

Em todos os casos temos o discurso sobre escolha profissional como uma narrativa pessoal e de livre escolha. Dessa forma, concordando com Perrusi (2002), a maioria dos estudantes interpreta a escolha por Medicina como:

(...) a afirmação de um ego que, através da soberania de sua vontade, embora muitas vezes por caminhos circunstanciais e um tanto prosaicas, revela o que está inscrito no âmago de sua pessoa, o fundamental da realização de si (p.271)

## **5.2. Ser estudante de Medicina: O que se aprende na faculdade médica?**

Como vimos, antes de ingressar na faculdade de Medicina grande parte dos estudantes tem a imagem do profissional que gostaria de ser. Essa imagem vai ganhando forma, progressivamente, até que, ao entrar na graduação em Medicina o aluno acredita que devesse ter certas características já peculiares para ser um bom estudante do curso.

As principais características que apareceram como necessárias para ser um bom estudante de Medicina são: ter foco, dedicação, disposição, gostar de estudar, ser proativo e paciente. Além disso, deve ter bons relacionamentos com os colegas e com professores, ser organizado, comunicativo e empático. Já para ser um bom médico precisa ter respeito, gostar de pessoas, ter amor e paixão pelo que faz, “ser humanizado”, saber ouvir, ter um bom conhecimento técnico e ser ético. Uma boa remuneração é mencionada como consequência natural da boa atividade profissional exercida e pouco é defendida como maior objetivo a ser

<sup>23</sup> Por tratar-se de um perfil que exija uma atividade prática mais prolongada, dificilmente um estudante de primeiro período (ou até mesmo o estudante concluinte, mas fora do exercício da profissão) teria esse entendimento.

<sup>24</sup> O que Perrusi (2002) denomina “escolha de perfil”.

alcançado; embora todos citam conhecer alguém que faz Medicina apenas por dinheiro ou status. Não houve uma diferença consistente das respostas entre estudantes do primeiro e último período, nem mesmo entre estudantes da FCM/UPE e da FPS/IMIP.

Entretanto, para maioria dos estudantes do primeiro período, as características da personalidade citadas pelos alunos, são percebidas como algo que deve estar presente no aluno antes do ingresso à faculdade. Exceto pelo bom conhecimento técnico, os estudantes desse período percebem tais características como algo que não pode ser ensinado pelas faculdades. Já para os estudantes do último período, todas as características podem ser ensinadas (ou estimuladas) pela faculdade, mas sua real assimilação ainda depende da forma subjetiva que cada indivíduo tem com a profissão. Reforçando uma ideia de vocação subjetiva que se precisa ter para ser médico.

*Medicina é o cuidado do outro. Como se ensina isso? Medicina tem um conteúdo a ser ensinado que é a parte biomédica. As outras áreas, até onde entendo, vão ficar para trás (CALOURO-7 FPS/IMIP)*

Talvez as novas reformulações curriculares, que vêm ocorrendo desde 2002<sup>25</sup>, tenham colocado a questão da humanização da Medicina como algo recorrente no ensino médico. Se for, não é de se estranhar que os estudantes já com um percurso da formação concluída, tenham em mente o esforço da faculdade em passar valores que orientam para a humanização e o cuidado.

Araújo (2011)<sup>26</sup> relatou, em um estudo sobre mudanças curriculares da graduação em Medicina (em especial da FCM/UPE), que as faculdades médicas estão vivenciadas uma transição paradigmática. Por um lado, há um paradigma hegemônico, ainda presente e atuante, entre alunos e professores que defendem um antigo currículo, reunindo-se em “grupos especiais” de estudos para antecipam uma especialidade médica (a partir de uma ênfase em um conhecimento biomédico na formação); por outro lado, professores que acreditam e insistem no caminho da complexidade, holismo e da interdisciplinaridade como modelo ideal médico no enfrentamento das questões contemporâneas de saúde.

As escolas médicas ainda estão se adequando ao novo currículo implementado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (CNE/CES n°, de 07/11/2001). Por tratar-se de um processo de mudança na configuração do ensino, só agora que as faculdades estão apresentando suas primeiras turmas. Além disso, a bibliografia

---

<sup>25</sup> Ver Araújo (2011).

<sup>26</sup> Também observado por Sassi (2012).

(SASSI, 2012, ARAUJO, 2010, CECCIM & FERLA, 2009) vem analisando as mudanças do ensino médico que as escolas se propuseram até então e tendem a concordar que há uma resistência às novas mudanças apresentada tanto por parte do corpo docente, quanto pelos próprios alunos.

Nas entrevistas que realizamos, há um forte relato dos calouros e veteranos<sup>27</sup> de tentativas da faculdade, já no primeiro período, passar ideias humanistas, com foco no paciente e de forma multidisciplinar. Muitos dos calouros relacionam sua escolha pelo curso de Medicina da FCM/UPE justamente por essa ênfase em uma formação humanizada. Os estudantes da FPS/IMIP/IMIP também defender que há uma inclinação da faculdade por uma formação “humanizada”, entretanto isso é percebido muito mais pelos concluintes e muito pouco mencionado pelos calouros, fazendo a crer que é um fato desconhecido antes do ingresso na instituição.

Em grande parte dos entrevistados da FPS/IMIP, a escolha por essa faculdade é visto como algo árduo, devido ao custo das mensalidades, por mais que, de forma geral, os estudantes dessa faculdade aleguem preferir o modelo de ensino adotado pela FPS/IMIP: *Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL)*<sup>28</sup>.

De forma geral, os estudantes valorizavam o foco em um currículo com perfil “humanizado”, mas mostravam uma descrença generalizada na eficiência desse currículo na formação do Médico. Os entrevistados relataram que há pouco interesse nos módulos disciplinares de formação humanista e muito mais ênfase, por parte dos estudantes, nos módulos biomédicos.

Com base na concepção de Becker et al. (1961), é na faculdade de Medicina, como organização social, que o estudante vai adquirir algumas perspectivas sobre a sua atividade posterior como profissional. É a partir dos processos interativos que são desenvolvidas as relações sociais e as formas coletivas de ação social.

É interessante destacar o anseio, por parte dos calouros das duas faculdades, em começar um campo prático da formação médica. “*Acho que quando chegar no internato e virá médico mesmo, acho que será muito mais puxado*” (CALOURO-3 FCM/UPE), dessa forma, por mais que haja, em certa medida, já uma construção de uma identidade médica no início do curso, há uma incorporação progressiva das representações sobre o que realmente o médico faz: a prática. Nesse ponto de vista, mesmo com o acesso, desde o primeiro ano, às

---

<sup>27</sup> Principalmente da FCM/UPE.

<sup>28</sup> No original *Problem Based Learning*.

Unidades de Saúde da Família, é no internato clínico que se espera alcançar o que o tornará médico profissional. Essa perspectiva é também apresentada pelos veteranos:

*O curso é muito difícil. Mas depois realmente vi que que eu queria, o que eu queria era a prática, lidar com os pacientes era realmente o que eu esperava ver no curso. O início o básico era um pouco chato (CONCLUINTE-10 FCM/UPE)*

Hughes (1958) interpreta esse processo gradativo de tornar-se médico, como a conversão que o estudante passa do mundo profano (e de seus estereótipos sobre Medicina) para o mundo profissional da prática médica. Nessa conversão o estudante passa a incorporar as atividades de prestígio (e separar o serviço sujo) com base em uma cultura especializada, feita de linguagem, visão de mundo, práticas e de uma conduta de vida (ethos) que inclui uma carreira possível. Ou seja, é na faculdade médica que há, realmente, a passagem do mundo leigo para o mundo da cultura profissional e, com isso, a incorporação de uma definição de si e de uma projeção futura.

Para os calouros a entrada na faculdade de Medicina é vista como a realização de um sonho que almejavam e se esforçaram muito para conseguir.

*Acho que vou ter que abdicar ainda mais coisas durante o curso, mas vai ser um prazer enorme. Eu estou realizando meu sonho, eu estou encantado. Está sendo uma realização mesmo (CALOURO-4 FCM/UPE)*

O que podemos perceber na fala acima é uma perspectiva apresentada de forma unânime entre os calouros pesquisados, tanto os da FCM/UPE, quanto os da FPS/IMIP; e mostra que além do entusiasmo inicial os calouros se veem prestes a enfrentar em um grande desafio. Na faculdade seus esforços irão aumentar ainda mais até tornarem-se futuros médicos profissionais. O que, segundo Becker et al. (1961), vai conduzi-los à um alto nível de esforço e frustração por perceber que não poderão aprender tudo em um curto tempo disponível.

Pela perspectiva dos veteranos, tivemos o relato muito próximo ao que Becker et al. (idem) observou em seu estudo em escolas médicas nos Estados Unidos. No decorrer do curso os estudantes dão ciência que não acompanharão todas as demandas que a faculdade propõe e decidem focar nas matérias que consideram mais importantes para estudar. Nessa escolha, pelo conteúdo mais importante, há estudantes que optam por dar foco nas disciplinas que consideram mais úteis; já outros, focam nas disciplinas mais cobradas pelos professores.

Dessa forma, no final dos semestres letivos, verifica-se que o corpo docente assume as perspectivas do corpo docente ao se proporem a enfatizar o que será pedido nos exames. Dificilmente há um foco com base no próprio interesse do aluno. O sentido escolhido em querer priorizar as disciplinas que consideram “mais úteis” para sua prática, se esvazia e acaba por adotar, de modo estratégico, as disciplinas que o corpo docente deseja.

A formação médica poderia, então, retirar a singularidade da experiência idiossincrática de cada estudante, homogeneizando a experiência por um modelo de prática adotada pelo corpo docente, que age como classe cognitiva da profissão<sup>29</sup>.

Sobre as experiências dos estudantes na formação, há considerações diferentes entre os estudantes do primeiro e do último período da FCM/UPE. Os de primeiro período vêm o ambiente da faculdade como um espaço mais solidário (ao comparado com o do ensino médio e cursinho), no qual os colegas de sala se ajudam – *“No vestibular todo mundo é concorrente, mas aqui vejo as pessoas muito solícitas”* (CALOURO-1 FCM/UPE). Já os veteranos relatam a faculdade com um clima hostil, de intensa competição e de difícil relacionamento com professores.

Os estudantes da FPS/IMIP, tanto do primeiro, quanto do último período, sentem-se mais isolados desde os primeiros anos da faculdade, mas não se mostraram decepcionados com colegas e/ou professores da instituição. Na FPS/IMIP, o método adotado pela escolha aparece como o responsável por esse aparente clima de isolamento.

O descontentamento mencionado pelos veteranos da FCM/UPE se direciona muito para os colegas que seriam “elitizados” e “com ego no céu”; mas, principalmente, para professores que possuem “pouca sensibilidade”, “não facilitam” o ensino da disciplina, que “são médicos, não professores”. Assim, a faculdade representa o ambiente no qual acontece o dia a dia das práticas institucionais (e não institucionais) e, a partir disso, os estudantes elaboram coletivamente suas perspectivas e representações.

Assumimos que qualquer um que se embarca no caminho da Medicina possui algumas ideias sobre o trabalho do médico, sobre suas especialidades (pelo menos em parte), ainda que, possam ser um pouco mais simples que a realidade, um tanto distorcidas ou estereotipadas. Essa visão engloba não apenas uma visão sobre a profissão médica em si, mas também sobre as outras áreas de saúde.

Os estudantes já entram na faculdade tendo em mente que há um conflito em relação à Medicina e outros cursos de saúde. Há o entendimento que fora da universidade a sociedade

---

<sup>29</sup> Assim como defendido por Freidson (2009).

tem uma ideia sobre o campo de saúde de forma individualizada, cada profissão responsável por uma atividade específica. Além disso, a sociedade veria Medicina como a profissão mais cobiçada que todos querem alcançar. Essa é um entendimento negado pelos estudantes, estes defendem que há um entendimento errôneo sobre os cursos da área de saúde. Abaixo, demonstramos isso com alguns depoimentos:

*O estereotipo mais infeliz que se tem, é que todo profissional de saúde quer ser médico (CALOURO-7 FPS/IMIP)*

*Eu já ouvi de outras pessoas, mas não concordo, que enfermeira é um médico frustrado (CONCLUINTE-16 FPS/IMIP)*

*Cada profissão tem sua importância, cada uma tem sua função. Cada uma se ajudar e não tem superior ao outro (CONCLUINTE-17 FPS/IMIP)*

Esse quadro é entendido, pelos concluintes, como uma perspectiva histórica da própria profissão médica. Marcas de um passado que ainda assombraria a área e traria esse isolamento entre Medicina e outras profissões de saúde.

*Essa condição vem espelhada de profissionais que se inseriram no mercado de trabalho. Uma coisa histórica. Do mesmo jeito que historicamente demorou para se estabelecer, vai demorar para sair. Acho que o movimento está para ter uma relação melhor. Mas tem médicos antigos, enfermeiros antigos, que vão passar essa impressão negativa (CONCLUINTE-8 FCM/UPE)*

Em decorrência disso, acredita-se que há um preconceito generalizado – principalmente por parte de estudantes de outros cursos – sobre os estudantes de Medicina, que reforçaria esse quadro. Esse preconceito é alimentado pela estrutura organizacional da graduação de Medicina, mas também por profissionais mais antigos, presos à estereótipos sobre como são os médicos (e estudantes de Medicina).

*Começa que todos os cursos são do outro lado da universidade. A gente fica aqui dentro do hospital e eles do outro lado (CONCLUINTE-11 FCM/UPE)*

*A administração também contribui para isso. Por exemplo, quando estou em um pavilhão parece que quando chamam por alunos de Medicina fazem uma festa maior. A professora anuncia Biológicas e Nutrição, mas agora quando são alunos de Medicina dão maior ênfase: “Medicina! ”. Quando você é aluno de Medicina, fica um pouco mais visado pela administração. Até o crachá de Medicina é diferente. O de Medicina é plastificado, o dos outros é de papel. Medicina ganha um crachá bonitinho e com arte, isso já é diferente (CACLOURO-4 FCM/UPE)*

Por outro lado, já ingresso no curso, os estudantes – dos dois períodos da FCM/UPE – identificam um esforço por parte das instituições para integrar as áreas a partir de módulos interdisciplinares. Já os estudantes da FPS/IMIP relatam que só entram em contato com estudantes de outros cursos no internato.

Se há, de fato, a identificação de uma rivalidade entre Medicina e outros cursos de saúde; há também um discurso no qual ojeriza esse quadro. Houve uma defesa geral do valor de cada profissão e da importância de um trabalho em equipe. Entretanto, os estudantes já relatam a área de saúde a partir de uma divisão do trabalho organizado sob a hierarquia do Médico.

*O médico é mais um tomador de decisão que uma pessoa que faz a pratica (CALOURO-7 FPS/IMIP)*

*Sei que existe uma hierarquia. Que o médico vai ser o líder de equipe (CALOURO-5 FPS/IMIP)*

*Assim, eu acho que a conduta vem sempre da gente. Vem do médico e eles ajudam a gente de alguma forma. Mas a conduta principal é nossa. A gente solicita tudo e pede ajuda deles (CONCLUINTE-9 FCM/UPE)*

*Não adianta eu fazer uma prescrição e não executarem (CONCLUINTE-10 FCM/UPE)*

Como vimos no capítulo anterior, a profissão médica construiu historicamente uma supremacia sobre o campo da saúde. Em decorrência disso os estudantes incorporam as representações sociais sobre Medicina, que já advém antes do ingresso na faculdade, mas que parece se reforçar durante a formação.

Mesmo a faculdade pregando um perfil mais “humanizado”, há uma manobra (seja individual ou com influência do corpo docente) pelo predomínio da Medicina técnica na formação. Esse modelo serve para justificar a hierarquia do médico no campo da saúde. Acredita-se, por parte dos entrevistados, que o longo tempo de formação, o aprofundamento e a abrangência do ensino, tornam a Medicina a única profissão realmente qualificada para diagnósticos.

*Eu não sei se o enfermeiro tem formação para fazer diagnostico. Não sei se na grade curricular tem disciplinas para isso. Eu entendo a enfermagem mais como um cuidado próximo. Enquanto o médico é feito um curso para diagnostico. Por isso o foco biomédico da Medicina (CALOURO-7 FPS/IMIP)*

*Acho que um médico passa sei anos estudando e ganha 20 mil. E o enfermeiro ganha 10 mil. Ambos estudam muito, mesmo não estudando a mesma quantidade. Talvez a Medicina estude mais aprofundado (CALOURO-3 FCM/UPE)*

*A enfermagem auxilia o médico, que é auxiliado pela nutricionista (CALOURO-6 FPS/IMIP)*

*Tem-se a noção que a enfermagem é mais assistencial. E medicina extrapola a assistência. Ele (o médico) vai descobrir o diagnóstico, ele tem mais capacidade de diagnóstico e ele vai conduzir os procedimentos (CONCLUINTE-12 FCM/UPE)*

Nas entrevistas, os estudantes consideram já legítimo que a Enfermagem receba ordens e seja avaliada por médicos, mas a Medicina não deve aceitar uma avaliação externa. Isso reflete bem a questão da autonomia profissional, que embora a Enfermagem já tenha adquirido características formais de uma profissão<sup>30</sup> (currículo formal padronizado, teorias abstratas para o ensino, código de ética, credenciamento e registro) não consegue uma autonomia plena.

Freidson (2009) defende não ser o conteúdo, nem a duração da formação profissional, que importa na hora de outras profissões de saúde não ter êxito na busca por uma autonomia profissional, mas o fato da Medicina determinar a maior parte do conhecimento que esses cursos adquirem (controle ocupacional).

Esse poder médico, ainda segundo Freidson (2009), é graças a autonomia que a profissão exerce sobre seu próprio trabalho e o controle sobre a área da saúde. Entre os estudantes entrevistados, essa posição que a Medicina ocupa já é referido como algo natural. A explicação dada nas entrevistas se pauta muito mais no tempo da formação universitária e no conteúdo aprendido durante ela.

Alguns estudantes do último período, das duas faculdades, acrescentam outro fator que aumentou a rixa profissional na área da saúde. Segundo estes, houve fatores externos (por parte do governo) que “botou classe contra classe”: O Programa Mais Médicos<sup>31</sup> e o “Ato Médico”. Os estudantes de primeiros períodos não fizeram qualquer menção sobre esses programas nas entrevistas.

Para os estudantes que mencionaram o programa, o Mais Médicos teria promovido uma rixa entre as profissões, pois fazia algumas imposições apenas para Medicina e não para todos os profissionais de saúde. Reclamou-se, também, que o programa foi imposto e pouco

---

<sup>30</sup> De acordo com Freidson (2009).

<sup>31</sup> Programa do governo federal que visa levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, além de prevê investimentos em infraestrutura e ampliação de vagas de Medicina e residência médica em universidades.

discutido com a classe médica. Também se reclamou da falta de condições de trabalho (estrutura e equipamentos) das Unidades de Saúde que os médicos eram enviados.

Sobre o “Ato Médico”, o projeto de lei é visto como uma necessidade da profissão de garantir seu espaço.

*Acho que outras profissões têm bem estabelecido o que fazer. Tem que se ter bem estabelecido o que é inerente de cada profissão, para uma não fazer trabalho da outra (CONCLUINTE-10 FCM/UPE)*

*A Medicina era a única das profissões que não era regulamentada e estava tentando estabelecer o seu nicho. E como lei é uma coisa que demora ser mudada depois de estabelecida, todo mundo no momento da votação da lei vai querer pegar um pedaço para ficar com um nicho maior. Quanto maior seu mercado, maior a chance de você ter demanda. Você ter cliente para ganhar dinheiro. É um conflito corporativo (CONCLUINTE-8 FCM/UPE)*

*Eu concordo (com o “Ato Médico”) por que outras profissões têm bem estabelecido o que fazer. Tem que ter bem estabelecido o que é inerente de cada profissão para um não fazer trabalho do outro. Mas era uma rixa mais dos outros cursos com medicina. Tipo “não quero que os outros não estabeleça seus limites”. Por que você não briga pelo seu próprio salário? (CONCLUINTE-15 FPS/IMIP)*

Nas transcrições acima, vemos como os estudantes estabelecem as disputas profissionais com base na abrangência de sua atuação pelo controle do mercado de trabalho. De forma mais precisa, alguns estudantes davam ênfase na exclusividade do diagnóstico nosológico e da prescrição pelo médico, por ser a “determinação mais importante do projeto”, mas barrada no texto final.

*A questão do diagnóstico por exemplo era pétreo na lei. Ai foi um grande problema. A lei dizia assim "é de exclusivo do médico o diagnóstico nosológico", mas também no outro ponto dizia "está excluído diagnóstico sinésio morfológico" e saía dizendo de todos os diagnósticos de todas as outras profissões. Só que aí as outras profissões não gostaram e gerou conflito. Esse artigo, para mim, era o cerne. Era o que diferia a medicina dos outros, era o diagnóstico nosológico (CONCLUINTE-8 FCM/UPE)*

*Então, essa é a questão. Só o médico pode prescrever, mas ele deixava adendo. Já estava resguardado. Hoje quem é que pode prescrever? É o médico. Agora fisioterapeuta não precisa nem prescrever anestésico, você vai lá e compra. Mas para mim não mudou muita coisa. Até minha própria profissão não mudou em nada. Por que é o médico que prescreve outras coisas. Por que ele é o único profissional que estuda aquilo, o que prescrever o que é prescrito e o que deu errado. Acredito que na fisioterapia aquilo não acontece. Que se algo der errado ele vai mandar para o médico (CONCLUINTE-15 FPS/IMIP)*

Hughes (1958) já demonstrava que a parte essencial, e simbolicamente valiosa, do trabalho médico é o diagnóstico e o tratamento das doenças. Para o autor, é de interesse da

Medicina que atividades periféricas – de menor prestígios – sejam prestadas por outras profissões. O Ato Médico, tal como foi apresentado, restringe atividades valiosas para Medicina, aquelas que garantem além de controle sobre o mercado, prestígio e status para a profissão.

Por outro lado, também houve estudantes, mesmo em menor número, que visse o Ato Médico como um mecanismo de manutenção de poder da Medicina.

*Muitas sociedades de medicina são totalmente apoiadoras do ato médico. Você desconfia logo. Por que totalmente? Porque tem a figura do médico como centralizador, que toca a barca. E o ato médico foi de encontro dessa ideal individualista do médico. O conselho de medicina carrega o mantra do médico conservador e individualista (CONCLUINTE-12 FCM/UPE)*

*São os médicos perdendo um pouco esse monopólio do cuidado. Abrindo legalmente o direito de outras pessoas exercerem a funções que seriam medicas. E isso é muito claro (CONCLUINTE-13 FCM/UPE)*

Não houve uma diferença significativa, sobre “Mais Médicos” e Lei do Ato Médico, no entendimento dos estudantes da FCM/UPE e FPS/IMIP.

### **5.3 Expectativas de um mercado profissional: O que fazer depois da graduação?**

Durante a formação os estudantes constroem suas representações nas relações sociais com seus pares, com o corpo docente e com os tutores com quem interagem. Os modelos de atuação médica vão sendo assimilados sob a influência do meio social no qual ocorre o processo de ensino e aprendizagem. Há uma representação tecnicista-cientificista da Medicina pela maior parte desses alunos, que advém de uma representação idealista humanista da profissão pelo seu ideal vocacional – a partir de valores como “cuidado como outro” e “gostar de pessoas” – e recai em uma atuação profissional especializada, acelerando uma busca por especialização precoce.

O desejo por reconhecimento é intrínseco à sua visão de futuro profissional. Esses estudantes já vêm a Medicina com muita admiração e canalizam seus desejos para tornar-se esse exemplo querido e respeitado do “bom médico”, mesmo prevendo muita dificuldade nessa trajetória.

Em *Men and their Work* (1958), Hughes defende que a decisão pela construção de uma carreira depende, dentre outros fatores, de *outros de referência*. Nas entrevistas que

realizamos, essa referência de sucesso profissional vem em decorrência do exemplo de médicos de seu convívio (como familiares, amigos e colegas) e de pessoas com grande prestígio no meio profissional (professores, personagens médicos fictícios ou exemplos médicos de conhecimento público).

A visão de sucesso vem muito baseada no saber técnico-cientificista e os ideais humanista de cuidado com outro e “saber ouvir” aparecem de forma menos evidente. Dessa forma, as escolhas dos estudantes de Medicina estão pautadas em um projeto no qual baseia-se em um ideal de Médico “bem-sucedido”. Esses ideais giram em torno de grande domínio do conhecimento técnico, ganho financeiro e reconhecimento social pelo prestígio. Suas aspirações e condutas – visando o futuro profissional – são definidas em função da distância percebida entre sua própria situação e as representações dominantes da profissão.

Nas últimas décadas a profissão médica vêm sofrendo transformações na configuração do trabalho no campo da saúde, o perfil liberal da profissão tem perdido espaço por novas estruturas que recaem em prestação de serviço e assalariamento (Milan, 2005; Scheffer, 2015; Schraiber, 1993). A poucos meses da conclusão do curso de Medicina, os estudantes dos últimos períodos vêm esse quadro com grande preocupação.

Esses estudantes relaram uma visão negativa sobre como vem se configurando as novas relações de trabalho do médico. O aumento do número de faculdades e, conseqüentemente, a redução de postos de trabalho e da remuneração de plantões aparecem como os fatores mais preocupantes.

*O prognóstico é pior condições de trabalho, menor salário. Está aumentando a concorrência, pois está formando mais médicos, muito mais médicos. Nos últimos 10 anos eu acredito que abriu mais faculdade privado do que tinha o total de faculdade aqui em Pernambuco nos últimos 50 (...) É muito tempo (de formação) e você quer recuperar dinheiro. Você passou muito tempo sem ganhar nada. Então cada dia eu vou ter que ir para mais longe para ganhar menos. É um pouco desestimulante isso. Mas é isso que você quer para vida (CONCLUINTE-8 FCM/UPE)*

*Mercado está um pouco difícil, os plantões são pagos com remuneração menores (CONCLUINTE-11 FCM/UPE)*

*Mercado de trabalho está mais difícil, até aqui em Recife tem muita dificuldade de conseguir um plantão fixo. Mas geralmente consegue (CONCLUINTE-11 FCM/UPE)*

Os alunos veteranos partem da referência de um quadro anterior que a profissão se encontrava, com grande número de empregos devido à um número reduzido de profissionais.

*Dizem que (o mercado) está mais fechado. Diziam que quando saia da faculdade todo mundo queria médico. Agora eu que vou lá e boto meu currículo. Mas você continua achando plantão (CONCLUINTE-15 FPS/IMIP)*

*Todo mundo dizia “terminou o curso, está empregado” (CONCLUINTE-9 PFS)*

Schraiber (1993) já assinalou que entre os jovens médicos a necessidade de conseguir algum emprego torna o assalariamento como a forma mais imediata de inserção no mercado de trabalho. Os formandos vêm o “repasso de plantão em emergência<sup>32</sup>” e o Programa Saúde da Família (PSF) como as únicas opções de trabalho após a formatura. As imagens negativas nesses postos de trabalho são relatadas a partir da baixa remuneração dos plantões e da falta de estrutura oferecidas no PSF. Há também a preocupação de precisar trabalhar fora dos centros urbanos, onde se acredita que as condições de trabalhos não possibilitam um bom desempenho profissional.

*Anos atrás seria um absurdo um médico ganhar 600 reais em um plantão de 12 horas, mas isso já acontece na Paraíba (CONCLUINTE-12 FCM/UPE)*

*Eu até gostaria, depois de formado, passar um tempo no PSF, mas eu preferiria um PSF que me desse condições. Geralmente os PSF não dão condições. Geralmente não tem contrato bom. Não é uma coisa fixa. Não é CLT. Não é um contrato de trabalho em uma prefeitura. É sempre um negócio trash (CONCLUINTE-8 FCM/UPE)*

Plantões e PSF são vistos, quase sempre, como uma necessidade financeira provisória. Um meio para conseguir uma remuneração antes de adquirir uma especialidade.

Por mais que haja uma leitura trágica do mercado profissional para os futuros médicos, pouco se teve de um relato realmente sem expectativas de inserção em uma atividade remunerada logo após a formação. A ideia principal é que é ruim porque piorou, mas ainda é “uma profissão privilegiada em relação a outros cursos”. Com isso, o que estaria em questão não seria um problema realmente de falta de trabalho para profissionais médicos, e sim uma perda parcial de privilégios que acompanha a Medicina por anos.

*Entrar já é um privilégio de poucos e a profissão é privilegiada sim, você recebe mais que ou outros trabalhando a mesma quantidade de horas (CONCLUINTE-11 FCM/UPE)*

---

<sup>32</sup> O repasse de plantões é visto como uma prática recorrente entre os estudantes, no qual substituem um plantonista fixo em uma emergência hospitalar e esse plantonista (ou até mesmo o hospital) pagam a diária do médico substituto.

*A Profissão é privilegiada em relação a outros cursos (CONCLUINTE-11 FCM/UPE)*

Por parte dos calouros, pouco se relata sobre preocupação na dificuldade no mercado de trabalho, mostrando que essas questões se tornam problemas no decorrer da formação. Para o calouro, a Medicina é uma profissão muito valorizada, tanto social, quanto economicamente.

Concluintes e calouros enfatizam a busca por uma especialização médica. O pensamento do futuro profissional é sempre atrelado pelo desejo ou escolha de uma especialidade médica focal, com base em um modelo hegemônico biomédico.

Nas entrevistas com os estudantes de primeiro período, todos os entrevistados já demonstravam um interesse por especialidades médicas que acreditam que irão seguir já durante, mas principalmente após a graduação. Há uma aceleração precoce no aprofundamento de uma especialidade pautada na fragmentação, mecanicismo e tecnicismo da Medicina.

De todos os entrevistados, de primeiro período (sete), apenas um demonstrou interesse na área de Medicina da Família e Comunidade. Todos os outros expressavam seus interesses pela especialidade focal e em sua maioria, pela neurocirurgia. O único calouro (FCM/FCM/UPE) com interesse pela área de Saúde da Família referia esse interesse pela influência da mãe, médica do PSF.

Os outros calouros demonstraram interesse pelas especialidades focais pela “capacidade tecnicista”, “cientificidade da área”, “busca pelo mais difícil”, “melhores condições de trabalho” e “melhor remuneração”.

Entendendo a escolha da especialidade também como parte do discurso vocacional, há uma elaboração muito mais voltada por condições de trabalho e remuneração, que pelo desenvolvimento de aptidões e habilidades.

Nas entrevistas com os alunos de último período não há uma configuração tão diferente. Apenas dois (ambos da FCM/UPE), dos 10 entrevistados, consideravam a Atenção Básica em Saúde como carreira profissional. Os outros oito entrevistados buscavam uma especialidade biomédica, com predominância a cardiologia clínica e cirúrgica.

As motivações das escolhas mais especializadas se apresentadas a partir da “aptidão com o conteúdo”, “rotina de trabalho”, “aplicação mais tecnicista”, “vagas de mercado”, “qualidade de vida” e “remuneração”. Já os dois entrevistados que se direcionaram para Medicina de Família e Comunidade tinham suas motivações em ideais “humanitários”,

“defesa do SUS” e “abrangência social da profissão”. É interessante observar, que os dois concluintes com interesse na área de Medicina da Família possuíam um discurso pragmático na escolha por Medicina, sem uma vontade predominante em ser médico.

A representação social da Medicina pautada no modelo biomédico representa a valorização da especialidade em detrimento da prática generalista. A escolha pela especialidade, para calouros e veteranos, pouco se apresenta como discurso vocacional, no qual se preponderaria valores mais subjetivos na realização de um trabalho reconhecido.

Ainda que apareça um desejo humanista, mesmo entre as escolhas de especialidade com base na doença, a escolha pela especialidade pelo viés mercadológico apresenta forte peso na Medicina hoje, trazendo um viés mercantil nas escolhas dos estudantes.

No Brasil, mesmo o SUS adotando propostas de universalização, há por parte do setor privado em saúde uma venda de serviços em saúde (tanto para o Estado, quanto para população).

As respostas das entrevistas apontam o interesse dos estudantes em trabalhar, concomitantemente, nos setores públicos, privados e consultório (modelo liberal da profissão). O setor privado é visto como a possibilidade de se ter “maior rendimento financeiro”, maior “contato com novas tecnologias” e “melhores condições de trabalho”, como é mostrado nos trechos abaixo:

*Eu penso em trabalhar nos dois. Porque eu quero ter minha estabilidade (CONCLUINTE-3 FCM/UPE)*

*Tem muito médico aqui que se dedica no público, que paga mal que tem má qualidade que não dá resultado. Já no privado é porque também tenho ambições financeiras, mesmo não sendo minha prioridade (CONCLUINTE-12 FCM/UPE)*

*Queria trabalhar no particular por ganhar mais e tem uma estrutura bem melhor. A desvantagem deve ter, mas é aquele negócio, de ser bem mais exigente, vai ter uma cobrança muito maior (CONCLUINTE-17 FPS/IMIP)*

A questão da autonomia profissional – central nos estudos sobre poder profissional – aparece como escassa no setor privado. No privado o médico seria subordinado às regras de mercado, que controlariam o tempo da consulta e o número de pacientes para o atendimento. O setor privado, então, teria a vantagem da possibilidade de maior ganho financeiro e melhores condições de trabalho, mas como desvantagem a perda de autonomia do médico sobre seu trabalho. O que nos perguntar se o entendimento sobre autonomia estaria mais voltado para o cálculo estratégico de ganho financeiro e não pela condução autônoma do trabalho para o melhor atendimento.

O setor público é visto de forma negativa pelo “mau funcionamento” e má remuneração. A saúde pública é vista como “complementação de renda”, “contato com quadros clínicos mais complexos” e “compromisso social”. Houve um interesse geral em trabalhar no setor público pelos entrevistados, mas, em sua maioria, como trabalho secundário ou início de carreira.

*Pretendo trabalhar no público. Quando você entrar você sempre começa por baixa (...) O que não motiva é que não paga bem (CALOURO-4 FCM/UPE)*

*Tenho pretensão de trabalhar no público no começo sim, pegar PSF, essas coisas. Mas depois não, por que a qualidade de vida não é boa e você pode ajudar pessoas em outro lugar (CONCLUINTE-9 FCM/UPE)*

Outro interesse apresentado com bastando frequência pelo setor público é por ser o ambiente da produção do conhecimento, principalmente por vias dos hospitais-escola. No setor privado o paciente (cliente?) teria mais direitos e, por isso, seriam mais exigentes com o serviço médico.

*No público é onde está o conhecimento. Você não pode pegar um paciente para treinar no hospital privado. Essa é uma desvantagem do privado, acaba que querendo ou não o paciente tem muito mais direito que no público. Também ele vai mais atrás do conhecimento. Existe o “Mito da Virose”, mas a maioria das vezes é uma virose mesmo. Às vezes você é obrigado a fazer procedimentos que não precisariam. Mas aí se a mãe ficar enchendo o saco e quiser que passe um antibiótico você vai e passar (CONCLUINTE-15 FPS/IMIP)*

*No público é bom para aprender. Casos curiosos vão para o público. Para questão de estudo é muito bom (CONCLUINTE-4 FCM/UPE)*

*Além de tudo acho que aprende mais. Tem mais paciente, mais demanda. Desvantagem é que pode ser que por melhor que seja, falte alguma coisa. Um exame, máquina. Isso é ruim. Outra coisa ruim, salario (CONCLUINTE-17 FPS/IMIP)*

Apenas os dois estudantes em Saúde da Família e Comunidade não demonstraram nenhum interesse no setor privado e o consideravam “um caminho inverso as políticas de saúde”, por mais que o viam, às vezes, como forma de ingresso necessário para o mercado de trabalho.

Apesar de um interesse geral no sistema público, por motivos variados, as noções de serviço em saúde da maioria dos entrevistados se pautaram em uma noção de estado mínimo. Acredita-se que os pacientes que podem, pagam ao setor privado, no qual terão melhor qualidade de atendimento.

Outro ponto importante, é que o interesse no público não remete, como pode se especular, necessariamente ao trabalho na Atenção Básica. Como relatado por um dos entrevistados:

*Trabalhar no sus não é algo raro de encontrar quem queria trabalhar. Mas médico de família é. Na minha turma de 60 só tem dois. Mas agora está aumentando porque a faculdade investiu nisso. Abriu concurso para professores. O currículo foi bem formulado. Tudo em medicina se baseia em preceptorias, medico que está lhe dando assistência, mas não é professor. Isso é importante (CONCLUINTE-11 FCM/UPE)*

Como podemos perceber, há um reconhecimento no esforço da faculdade em motivar o interesse dos alunos para Atenção Primária. De fato, mesmo a maioria dos entrevistados apresentando suas escolhas pela especialidade focal, há um reconhecimento de aspectos que os aproximam de uma visão ampliada dos problemas. Esse ponto também foi relato por Maeyama (2015), Araujo (2011) e Tamblyn et al. (2005).

Nenhum dos estudantes da FPS/IMIP demonstrou interesse no trabalho exclusivo no setor público; entretanto, os alunos concluintes demonstram uma visão do cuidado como parte necessária na resolução dos casos clínicos. Tamblyn et al. (2005), e também Araújo (2011), acredita que as noções mais humanizadas vêm acontecendo em decorrência de novos currículos com pressupostos da Atenção Básica, adotadas pelas faculdades de Medicina.

Em relação ao trabalho no consultório particular, há um desejo quase onipresente na carreira profissional dos estudantes. É o trabalho no consultório que se espera encontrar uma verdadeira autonomia profissional. Nele o médico teria total controle sobre seu trabalho e a possibilidade de maior ganho financeiro. A autonomia profissional aparece muito mais como “ganhar mais” do que a forma de assistência. Isso é visto de forma mais clara nos relatos que apresentam a relação entre ter consultório juntamente com laboratório de exames.

*Mas eu queria. Eu sempre quis ter um consultório, coisa sua. Ter autonomia. Medicina é um profissional liberal. Profissional liberal precisa ter liberdade de atender em seus horários (CONCLUINTE-8 FCM/UPE)*

*No meu consultório vou fazer, meus horários e ter autonomia para decidir tudo. No meu consultório pretendo fazer todos os exames e exame você sabe, é caro (CONCLUINTE-9 FCM/UPE)*

*Eu quero consultório. Eu quero um especializar em algum exame de imagem. Fazer eco (eco cardiograma). No consultório vai ter qualidade de vida. Você está lá no teu escritório. Vai comprar caro, ganhar bem mais. Você ganha mais. A qualidade de vida vai ser baseada no consultório. O resto vai ser um complemento (CONCLUINTE-17 FPS/IMIP)*

Os poucos entrevistados que não apresentaram interesse em consultório, ainda assim viam consultório como maior ganho financeiro da profissão. A sua escolha pelo setor público viria em contrário a esse interesse.

*Não penso em ter consultório. Porque acredito no SUS e não tenho grandes ambições financeiras (CONCLUINTE-13 FCM/UPE)*

*O consultório do SUS vai ser meu consultório (CONCLUINTE-11 FCM/UPE)*

Por mais que, muitas vezes, na escolha pela profissão médica, se tenha apresentado um interesse secundário na questão financeira; a opção pela especialidade, atuação profissional e a própria visão da profissão são principalmente relacionadas à boa remuneração.

A pretensão salarial, logo após a formação, mencionada nas entrevistas dificilmente (apenas um calouro da FCM/ UPE) se deu abaixo de aproximadamente 10 mil reais. Na maioria dos casos, há duas expectativas de ganho salarial proporcionados pela profissão. Uma após sair da graduação, antes da residência médica<sup>33</sup>, na qual se espera ganhar em torno de 10 mil reais por mês<sup>34</sup> e outra após a residência, de valores variados, com a menor remuneração mantendo-se nos 10 mil<sup>35</sup> e a maior entre 20 e 40 mil reais mensais.

---

<sup>33</sup> Residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização.

<sup>34</sup> Valor unânime entre os concluintes e muito variado entre os calouros.

<sup>35</sup> Apenas entre os entrevistados que escolheram Saúde da Família e Comunidade como especialidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste trabalho foi analisar como se constrói a vocação profissional de estudantes de Medicina, de modo a identificar valores envolvidos na escolha pela profissão. No início da nossa pesquisa nos questionamos se as aspirações de estudantes, que desejavam seguir a carreira médica, seguiam uma visão hipocrática (humanista) da profissão. Nosso caminho em busca desse questionamento foi buscar entender, a partir do relato dos próprios estudantes, o motivo de suas escolhas.

Em nosso percurso metodológico, destacamos a verbalização, pois entendemos que é através de um discurso que se pode fornecer as indicações mais precisas sobre projetos individuais.

Abordamos uma interpretação interacionista dos processos descritos, na qual os atores se definem não apenas em função de seus parceiros, suas interações face a face (no campo de prática), mas também em função de suas trajetórias pessoais e sociais.

Procuramos problematizar o conceito de identidade e como essa se desenvolve no campo profissional. Recorremos aos postulados da Sociologia das Profissões, principalmente os escritos de Eliot Freidson, no que concerne a definição de profissão e as formas de controle e poder no campo profissional. Desse modo, podemos delimitar Medicina como profissão e entender o desenvolver e a repercussão disso na sociedade.

Apresentamos uma breve exposição do perfil das duas faculdades médicas, abordando suas principais características oferecidas na graduação em Medicina. Nosso objetivo foi apresentar, de antemão, a proposta formal das faculdades no ensino médico para, então, podermos nos referenciar a partir dos relatos advindos das entrevistas.

De início, a escolha pelas duas faculdades de perfis distintos (público e privado), buscou demonstrar possíveis contrastes entre seus respectivos discentes. Entretanto, após a realização das entrevistas, e análise dos dados, obtivemos um resultado mais ou menos uniforme sobre esses estudantes. As divergências entre os estudantes de perfis distintos foram sobressaltadas no decorrer do texto, mas não foi de tamanha relevância a ponto de elaborarmos mais um capítulo (como foi pensado a princípio).

Os entrevistados não apresentaram em si origens de classe tão distintas que se possa separar faculdade pública e privada por esse critério. De fato, se nos prendêssemos à um recorte de classe na avaliação dos perfis, haveria muito mais um misto de diferentes origens

sociais dentro de cada turma e não, como pode se imaginar, de classes mais altas na faculdade particular e classes mais baixas na faculdade pública. No relato abaixo, essa questão é trazida de modo mais complexo:

*O que dizem é quem tem dinheiro não está na FPS. Quem tem dinheiro está na Federal, pois foi muito bem preparado, fez os melhores cursinhos, teve Fernandinho. Quem faz FPS é que não foi bem preparado. Claro, tem as exceções. Mas sei que antes das cotas só entrava gente rica. Hoje esse perfil está um pouco diferente. Eu já vi muitos médicos reclamando de estudantes que não queriam se dar o trabalho. Não querem dar plantão. Não querem se sacrificar (CALOURO-6 FPS)*

Nas entrevistas, a faculdade pública apareceu sempre como o lugar mais privilegiado que se possa fazer a formação médica. Os esforços se concentravam em alcançar uma vaga nas faculdades públicas, colocando as faculdades privadas apenas como segunda opção. Supomos que isso já demostre por si, um caráter elitista dos cursos de Medicina, sendo o nível socioeconômico um fator limitante para admissão nesse curso.

A implantação de cotas no ingresso das universidades públicas e do sistema de financiamento público das faculdades particulares, tornou esse quadro ainda mais complexo. Mas de grosso modo, os dois perfis de faculdade trazem, de forma predominante, classes mais favorecidas em seu acesso e reserva, a partir de políticas públicas, uma mínima parcela para classes menos favorecidas economicamente.

Não aprofundamos, nas entrevistas, uma análise do perfil socioeconômico dos alunos selecionados. O que não prejudicou o entendimento principal sobre Medicina e vocação pois, (1) há um predomínio de classe dos setores médios da sociedade (assalariados e pequeno-burgueses) e (2) sobressaltou-se nas entrevistas a filiação às famílias com histórico de profissionais médicos e com grande apreço à educação, como ascensão social.

Assim, o que nos pareceu relevante abordar foi como se dá a influência familiar na escolha profissional de alunos já ingressos na graduação em Medicina, a partir do entendimento subjetivo desses alunos.

Reconhecemos, de fato, que pesquisas em maior escala e tendo em vista perfis economicamente diversos, podem revelar ricas contribuições para esse debate. O que não foi objetivo do trabalho aqui exposto.

Dito isso, buscamos interpretar, de modo geral, a maneira pela qual os atores se identificam (ou não) com a profissão e como é determinado em um contexto próprio. Cada estudante tem sua história, um passado que também influi em sua identidade de ator.

Tivemos como preocupação a não anulação desse entendimento. As identidades constituídas por esses estudantes podem assumir formas diversas, assim como suas trajetórias podem ter significados variados, mas ainda vinculadas a formas socialmente identificáveis.

Os resultados obtidos neste trabalho possibilitam formular as seguintes conclusões:

- Em sua grande maioria, os estudantes se mostraram perseverantes na escolha do curso. Alguns passaram anos tentando ingresso na faculdade médica, mesmo com a aprovação em outras graduações de nível superior. A escolha por Medicina deu-se de forma precoce. Ao longo da vida escolar (principalmente no Ensino Médio) foi se dirigindo para essa área de forma mais pragmática.
- É unânime a realização de cursinho durante e/ou depois do Ensino Médio. Esse parece ser um momento importante na afirmação de sua escolha pois tem-se em vista a dificuldade da aprovação no vestibular e da grande concorrência, fortalecendo o sentido de “a melhor profissão a ser escolhida”
- O perfil de médico pressuposto pelos estudantes, antes da faculdade, é com base em um perfil tecnicista da profissão. O médico reconhecido e valorizado é o que tem grande domínio da técnica e do diagnóstico de doenças. O caráter “investigador” do médico no diagnóstico de doenças é sobressaltado como uma grande inspiração a ser seguido. Esse perfil é reforçado com a imagem de médico na indústria do entretenimento, como na série *House M. D.*
- O sentido de vocação como um chamado divino ainda aparece como importante para os indivíduos de família religiosas, principalmente os evangélicos. Mas não demonstra ser o principal motivo da escolha pela profissão.
- Há uma associação automática, nas falas dos entrevistados, entre disciplinas de Ensino Médio e vocação para área de saúde. Entretanto essa relação se mostrou muito frágil na escolha efetiva da profissão. Acreditamos que esse destaque se relaciona apenas à pressão imposta nos exames de admissão das faculdades pelos pesos específicos de cada área.
- Os estudantes têm um pequeno leque de escolhas possíveis na hora do exame vestibular. Essas escolhas estão quase sempre em profissões extremamente valorizadas socialmente.

- Os pais têm papel decisivo na escolha profissional, mas esse papel está muito mais direcionado a valorização da educação, como ascensão social, e menos direcionado a influência direta por Medicina, por mais que há uma predileção pela área médica pelos pais (atuando como grandes incentivadores).
- A escolha da profissão é tida pelos estudantes como uma expressão da liberdade da escolha. A preferência por Medicina é entendida, pelos entrevistados, como uma propensão totalmente livre. Mas, contudo, raramente essa inclinação se desvinculou de estruturas já inseridas na realidade desses estudantes, como contexto da profissão na família e sua posição social.
- Vocação médica é entendida como um dom, atrelado a realização pessoal e reconhecimento, corroborando com a ideia moderna de vocação.
- Na graduação há uma predileção pelas disciplinas biomédicas (tecnicistas), que reforçam o perfil do médico especialista. As reformas curriculares que privilegiam o perfil humanista sofrem resistência por parte de alunos e professores, mas ainda contribuem para uma visão mais complexa da saúde, mesmo quando se escolha áreas de especialidade focalizadas.
- Por mais que se defenda a valorização de todas as profissões e o trabalho em equipe, desde muito antes da entrada na prática médica, há uma ideia das outras profissões de saúde como subordinadas à Medicina, em uma explícita hierarquia profissional. Entendo o diagnóstico nosológico como diferenciador essencial entre Medicina e as outras profissões de saúde.
- O mercado de trabalho para médicos hoje é visto com enorme preocupação, tanto pelo aumento do número de faculdades (consequentemente o aumento da oferta de médicos), quanto pela redução das remunerações de plantões, das condições de trabalho no PSF e a concorrência acirrada nas residências médicas. Ainda assim, Medicina é vista como uma profissão privilegiada em relação a outros cursos.
- Há uma aceleração precoce no aprofundamento de uma especialidade focal da Medicina. A maioria dos estudantes tendem a escolher as especializações explicitamente com base nas condições de trabalho e remuneração, se distanciando do ideal vocacional que alegam ter norteadado suas escolhas por medicina. Há uma aproximação por escolhas pragmáticas de viés mercadológico da atuação profissional.

- No geral, a atuação no setor público é vista como complementação de renda ou como “lugar de aprender”, mas possuem uma ideia muito negativa dos serviços de saúde públicos oferecidos no Brasil.
- O consultório aparece maior expressão da autonomia profissional, mas o entendimento de autonomia está muito mais voltado para o enriquecimento próprio e menos para a qualidade do serviço.

O que podemos concluir, via de regra, é que há uma construção vocacional por parte dos estudantes de Medicina mesmo antes do ingresso no curso, mas que se fortalece durante ele. Essa vocação é apresentada de múltiplas formas, contudo, antes da graduação há um sentido mais relacionado com a realização de aptidões e afinidades e no final da graduação, uma escolha mais pragmática na atuação profissional (com base em condições de trabalho e remuneração). Nos dois casos reconhecimento e prestígios norteiam as escolhas profissionais.

Por fim, o que percebemos é que há uma crise de valores vocacionais na Medicina, que por um lado remete à uma visão hipocrática da vocação médica, mas por outro, revela valores como competição, enriquecimento e meritocracia conduzindo as escolhas por essa profissão. Por consequência, a Medicina parece caminhar para uma arena dos melhores, na qual seu sentido maior – cuidar do outro – não é mais de grande importância.

## REFERÊNCIAS

- ABBOTT, Andrew. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press
- ARAÚJO, M. H. (2011). *As vozes do professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco sobre o progresso curricular desenvolvido em 2002 e a identidade do novo médico*. Universidade Federal da Pernambuco (dissertação de mestrado)
- ALBUQUERQUE, J. A. G. (1986). *Instituição e poder*. Rio de Janeiro: Graal
- ANGELIN, P. E. (2010) Profissionalismo e profissão: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil. *REDD – Revista Espaço de Diálogo e Desconexão*, v. 3, n. 1
- BARDIN, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- BAPTISTA, T. W. et al (2009). Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 19, v. 4, p. 1007-1028.
- BARBOSA, M. L. de O. (1998). Para onde vai a classe média: um novo profissionalismo no Brasil. *Tempo Social*, São Paulo, v.10, n.1, p.129-142, mai.
- BERGER & LUCKMANN. (1985). *A construção social da realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento*. Petrópolis: Vozes.
- BEZERRA, R. S. & CARVALHO, E. L. (2011). Profissionais de saúde e dispositivos de mediação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro e Recife: CEPESC, IMS/UERJ, UFPE, ABRASCO.
- BONELLI, M. G. (1998). Contribuições sociológicas de Eliot Freidson. In: *O renascimento profissional*. São Paulo, EDUSP
- BORBA, C. G. C. (2015). *Dos Ofícios da alimentação à moderna Cozinha Profissional: reflexões sobre a ocupação de chef de cozinha*. Universidade Federal de Pernambuco (tese de Doutorado).
- BRASIL. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2000). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Organização de Alexandre de Moraes. ed. 16. São Paulo: Atlas.
- \_\_\_\_\_. (1997). Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS 01/96*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. (1990). Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 29 ago. 2014.

CAMARGO JR., K. R. de. (2003). Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. Cad. Saúde Pública, jul./ago. vol.19, no.4, p.1163-1174. ISSN 0102-311X.

CAMPOS, G. W. S., (1988). Os Médicos e a Política de Saúde. São Paulo: Hucitec

CARVALHO, E. L. D. (2014). O cotidiano do PSF: a atuação dos profissionais de saúde na construção da sociabilidade em uma unidade de saúde da família. Trabalho de conclusão de curso: Recife, Universidade Federal de Pernambuco.

CASTELLS, M. (2000). O poder da identidade. Vol II, São Paulo: Paz e Terra.

CECCIM, R. B & FERLA, A. (2009). Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trabalho, educação e saúde, v. 6, n. 3, p. 443-456.

CFM (2014). Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24543%3Alei-do-ato-medico-se-consolida-de-forma-positiva&catid=3%3Aportal](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24543%3Alei-do-ato-medico-se-consolida-de-forma-positiva&catid=3%3Aportal) Acesso em: 13/02/2016

CFO (2014). Disponível em: <http://cfo.org.br/todas-as-noticias/noticias/o-cfo-e-o-ato-medico/> Acesso em: 12/02/2016

CLAVREUL, J. (1983). A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Editora Brasiliense

COELHO, E. C. (1999). As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro (1822-1930) Rio de Janeiro, Record.

COFEN (2013). Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/ato-medico-carta-aberta\\_20018.html](http://www.cofen.gov.br/ato-medico-carta-aberta_20018.html) Acesso em: 11/02/16

COFFITO (2012). Disponível em: <http://www.crefito2.gov.br/comunicados/comunicados/ato-medico-626.html> Acesso em: 12/02/2016

FEBRASGO (2009). Disponível em: [www.febrasgo.org.br/site/?p=967](http://www.febrasgo.org.br/site/?p=967) Acesso em: 11/02/2016

DONNANGELO, M. C. F. (1975). Medicina e Sociedade. São Paulo: Pioneira.

\_\_\_\_\_ & PEREIRA, L. (1976). Saúde e Sociedade. São Paulo: Livraria Duas Cidades.

DUBAR, C. (2012). A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. Cadernos de pesquisa. São Paulo, v. 41, n. 146

\_\_\_\_\_. (2009). A crise das identidades: A interpretação de uma mutação. São Paulo: UNESP.

\_\_\_\_\_. (2005). A socialização: construção das identidades sociais e profissionais. Portugal: Porto Editora.

DUMONT, L. (1985). Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco.

DINIZ, M. (2001). Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais. Rio de Janeiro: Revan

DURKHEIM, E. (1999). Divisão do trabalho social. São Paulo: Martins Fontes.

\_\_\_\_\_. (2005). A socialização: construção das identidades sociais e profissionais. Portugal: Porto Editora.

ELIAS, N. (1994). A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Zahar

EMD (2016). Escolas Médicas do Brasil. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php> Acesso em: 28 de mar.2016.

EMB. (2016). Escolas Médicas do Brasil. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php> Acesso em: 28 de mar.2016.

FPS. (2016). Faculdade Pernambucana de Saúde. Disponível em: <https://www.fps.edu.br/cursos/graduacao/medicina> Acesso em: 25 de nov.2016.

FREIDSON, E. (2009). Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: UNESP.

\_\_\_\_\_. (1998). O renascimento profissional. São Paulo, EDUSP

\_\_\_\_\_. (1996). Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. Revista Brasileira de Ciências Sociais. São Paulo, n. 31, p.141-155.

GOFFMAN, E. (2007). A representação do eu na vida cotidiana. Rio de Janeiro: Vozes.

GONÇALVES, C. M. (2007). Análise sociológica das profissões; principais eixos de desenvolvimento. Sociologia. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. p. 177-187

\_\_\_\_\_. & COIMBRA, J. L. (2007). O papel dos pais na construção de trajetórias vocacionais dos seus filhos. Rev. bras. orientac. prof [online]. vol.8, n.1, pp. 1-17

GONCALVES, Rebeca Jesumary et al (2009). Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro , v. 33, n. 3.

GREENLICK, M. (1995). Educating Physicians for the Twenty-first Century. *Academic Medicina*, v.70, n3. p.179-185.

HAY, D. P. (1988). Apologetic medicine. *Wisconsin Medical Journal*, v. 87, p.25.

HUGHES, E. (1958). Men and their work. Free Press.

LUZ, M. T. (1982). Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Edições Graal.

MACHADO, M. H. (1996). Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão. Tese de doutorado: Rio de Janeiro, Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro

MACHADO, M. H. (1997). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora FioCruz

MAEYAMA, M. A. (2015). A escolha da especialidade médica – Estilos de pensamento. Universidade Federal de Santa Catarina. (Tese de Doutorado)

MANZINI, E. J. (2003) Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Orgs.) Colóquios sobre Educação Especial. Londrina: eduel, . p.11-25.

MILLAN, L. R. (2005). Vocação médica: um estudo de gênero. São Paulo: Casa do Psicólogo.

PARSON, T. (1955). Family, socialization and the Interaction Process. Free Press of Glencoe.

PEREIRA-NETO, A. F. (1995). A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. *Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro*. 11 (4): 600-615.

\_\_\_\_\_. (2001). Ser médico no Brasil: o presente no passado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PERRUSI, A. (2000) Profissão vocação e medicina. *Política & Trabalho*, João Pessoa, 6:73-84, set

\_\_\_\_\_. (2003). Tirantias da identidade: profissão e crise identitária entre psiquiatras. Universidade Federal da Paraíba (tese de doutorado)

\_\_\_\_\_. (2009). Vocação, identidade e individualismo. *Revista Política e Trabalho*. João Pessoa, Paraíba. Números 27-30. p. 101-121.

PINHEIRO, M. V. (1998). A questão da saúde no Brasil. *Vitrô Psiquiatria*, v. 2, n.2, p.47-50.

PORTAL IG. Disponível em: <http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2013-06-20/estamos-protetendo-a-sociedade-diz-presidente-do-cfm.html> Acesso em: 07/01/2016

POTER, R. (1996). *The Cambridge illustrated history of medicine*. New Yor: Cambridge University Press.

PPI/UPE. (2006). *Projeto Pedagógico Institucional*. Recife: UPE. Disponível em: <http://www.upe.br/down/cpa/ppi.pdf> Acesso em: 28 de mar.2016.

QUEIROZ, M. S. (1986). O paradigma mecanicista da Medicina Ocidental: Uma perspectiva antropológica. *Rev. Saúde públ. São Paulo*, 20 (4): 309-317.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. & LIMA, M. C. P. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface Botucatu*, v. 6, n. 11, p. 107-116

RENAUT, A. (1998). *O indivíduo: reflexão acerca da filosofia do sujeito*. Rio de Janeiro: Difel.

ROCCO, R.P. (1992). Relação estudante de medicina-paciente. In J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje* (pp.45-46). Porto Alegre: Artes Médicas.

SASSI, A. P. (2012). *Formação identitária dos estudantes de Medicina: Novo currículo, novas identidades?*. Universidade Federal da Paraíba. (Dissertação de Mestrado)

SANTOS, L. C. F. (1991). *História da Medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec.

SCHLANGER, J. (1997). *A Vocação Moderna: Ciências e arte como realização*. Lisboa: Instituto Piaget.

SCHRAIBER, L. B. (1993). *O Médico e seu trabalho*. São Paulo: Hucitec.

SCHEFFER, M. et al. (2015). *Demografia Médica no Brasil 2015*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina.

SPARTA, M. & GOMES, W. G. (2005). A importância atribuída ao ingresso na educação superior por alunos do ensino médio. *Revista brasileira de Orientação Profissional*, v.6, n.2, p.45-53.

TAMBLYN, R. et al (2005). Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *MJ* 2005; 331 :1002

VELHO, G. (1981). *Individualismo e cultura: Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar.

VOZNIAK et al. (2016). A identidade Profissional em análise: um estudo de revisão sistemática da literatura. *Educação*. 41(2), 281-296.

WEBER, Max. (2000). *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Pioneira.

WEBER, S. (1976). *Aspirações a vocação*. Petrópolis, Vozes.

WHISTON, S. C. & KELLER, B. K. (2004). The influences of the family of origin on career development: A review and analysis. *The Counseling Psychologist*, 32, 493-568.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

### Roteiro de Entrevistas

#### 1) *Trajetória vocacional*

- Desde quando se pensou em fazer Medicina
- Você cogitou fazer outro curso? Qual? Por que não fez?
- Você fez vestibular para outro curso?
- Quantas vezes você tentou o vestibular para Medicina?
- O que você acha que abdicou para passar em Medicina
- Alguém lhe (des) aconselhou fazer vestibular para Medicina
- Quais as aspirações em relação ao curso de Medicina
- Houve alguma identificação com algum médico conhecido
- Quais as profissões dos pais
- Qual a relação da Medicina em seu contexto familiar (parentes próximos na área da saúde ou Médicos)
- Qual a sua visão sobre Medicina
- Quais as aspirações profissionais e pessoais com a graduação
- Algum outro fator que influenciou sua escolha por Medicina (Livro, filme etc)

#### 2) *Graduação em Medicina*

- Qual sua visão sobre o curso de Medicina
- Qual o perfil que um estudante de medicina precisa ter (3 a 5 características)
- Quais disciplinas exigiram mais empenho

- Que tipos de disciplinas eles veem com mais frequência e quais as mais os interessa
- Quais suas praticas, no âmbito da formação profissional, fora da universidade
- Como eles veem a relação entre Medicina e outros cursos de saúde.

### 3) *Mercado de trabalho e campo de atuação*

- O que eles entendem por ser médico
- O que pensa sobre a profissão nos dias atua? O que te preocupa em relação ao futuro profissional com Medicina?
- Quais as principais características que se precisa te para ser um bom médico (3 a 5 características)? Eles possuem essas características?
- Quais dessas características não podem ser ensinadas no curso de medicina?
- O que é ser um médico de sucesso?
- Que dificuldade espera encontrar diante o mercado profissional
- Quais suas expectativas e perspectivas sobre a inserção no mercado de trabalho
- Em que gostaria de trabalhar? (clínicas privadas, hospitais, consultório, pesquisa, docência)
- Quais as motivações na escolha de uma especialidade médica
- Acredita que a profissão irá intervir em sua vida privada? Como?
- Você tem pretensões em trabalhar no serviço público? Por que? E no privado? Por que?
- Qual sua pretensão salarial?