

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

ANDRÉ PETRAGLIA SASSI

**FORMAÇÃO IDENTITÁRIA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA:
NOVO CURRÍCULO, NOVAS IDENTIDADES?**

JOÃO PESSOA

2012

ANDRÉ PETRAGLIA SASSI

**FORMAÇÃO IDENTITÁRIA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA:
NOVO CURRÍCULO, NOVAS IDENTIDADES?**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Sociologia da Universidade Federal
da Paraíba como requisito parcial à
obtenção do título de mestre em
Sociologia.

Orientador: Profº Dr. Artur Perrusi

JOÃO PESSOA

2012

S252f Sassi, André Petraglia.
 Formação identitária dos estudantes de
 medicina: novo currículo, novas identidades? / André
 Petraglia Sassi.- João Pessoa, 2012.
 109f. : il.
 Orientador: Artur Perrusi
 Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA
 1. Sociologia. 2. Formação profissional. 3.
 Formação identitária. 4. Estudantes de medicina. 5.
 Profissão médica.

AUTOR: ANDRÉ PETRAGLIA SASSI

TÍTULO: FORMAÇÃO IDENTITÁRIA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA:
NOVO CURRÍCULO, NOVAS IDENTIDADES?

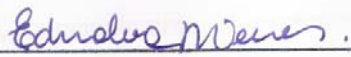
Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Sociologia da Universidade Federal
da Paraíba como requisito parcial à
obtenção do título de mestre em
Sociologia.

ORIENTADOR:



Prof.º Dr. Artur Perrusi – PPGS/UFPB

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dra. Ednalva Maciel Neves – PPGS/UFPB



Prof. Dra. Eliana Maria Monteiro da Fonte – PPGS/UFPE

JOÃO PESSOA

DATA: 22 / 01 / 2012

RESULTADO: Aprovado

AGRADECIMENTOS

À minha esposa Elisa Seminotti, que teve toda paciência do mundo com meus desânimos durante o trabalho, que acreditou em mim todo tempo e que me auxiliou com ideias e reflexões muito importantes.

Ao Artur Perrusi, meu orientador, que conseguiu entender meu tempo de desenvolvimento da pesquisa e incentivar meu potencial de reflexão e interpretação.

À professora Ednalva Maciel, através da qual me aproximei definitivamente da sociologia e do programa de mestrado e pela qual tenho grande admiração.

Ao professor Adriano de León, que me acudiu se dispondo a ler meu trabalho quando eu achava que tinha perdido o rumo.

À minha mãe, Rosa Cristina, pelo enorme apoio e por sempre acreditar, até mais que eu, na minha capacidade de terminar a pesquisa.

Ao meu pai, Roberto Sassi, pelo estímulo perene na busca de novos conhecimentos e na minha vida acadêmica.

Ao meu irmão Renato e à minha Irmã Patrícia, pela minha ausência durante boa parte da escrita dessa dissertação.

Aos estudantes, principalmente, e professores que se disponibilizaram e aceitaram participar deste trabalho, sem os quais nada teria acontecido.

RESUMO

Este estudo se dedica à discussão e compreensão dos processos sociais que fazem parte da formação e identidade profissional no campo da medicina a partir das reformulações no âmbito dos cursos de graduação. Os objetivos foram: conhecer as concepções dos estudantes de medicina sobre o ser médico e sobre o exercício da profissão médica; identificar, em diferentes etapas do curso de medicina, as percepções dos estudantes sobre a identidade profissional; compreender se os processos de mudança nos currículos das escolas médicas estão relacionados com a formação identitária profissional e conhecer as concepções de medicina e da profissão médica de estudantes em diferentes fases do curso. Para isso, desenvolveu-se um percurso metodológico qualitativo e exploratório, com a utilização de diversas técnicas de trabalho de campo, como observação participante, entrevistas, discussão em grupos e utilização de informação proveniente de redes sociais. Percebeu-se, com a realização da pesquisa, que os estudantes de medicina trazem representações sobre a profissão desde antes do ingresso na universidade, muitas delas responsáveis pela escolha pela carreira, como o *status* social e a possibilidade de aquisição de capital econômico. Os alunos passam por processos de socialização durante o curso para adquirirem o saber médico e os preceitos normativos da medicina. Inicialmente no curso, os neófitos mantêm uma posição idealista, que vai se modificando no sentido da aquisição de forte competência técnica voltada para o diagnóstico e tratamento das doenças. Para se modificar o foco da formação da doença para o cuidado, os currículos das escolas médicas vêm se transformando, em meio a processos de resistências devido ao poder profissional. Construir novas identidades nesse âmbito de mudança curricular é extremamente difícil, pois a formação está cristalizada na manutenção do poder profissional e no fechamento da profissão em relação às pessoas e as demais profissões.

Palavras-chave: Estudantes de Medicina. Profissão Médica. Formação Identitária.

ABSTRACT

This study is dedicated to discussion and understanding of social processes that are part of the training and professional identity in medicine in connection with the reformulation in the context of undergraduate courses. The objectives were to identify the concepts of medical students about being a doctor and the medical practice, to identify, at different stages of medical school, the students' perceptions about the professional identity, understanding if the processes of change in curricula of medical schools are related to professional identity formation and to identify the concepts of medicine and the medical profession to students at different stages of the course. For this, was developed an exploratory and qualitative methodological approach, using various techniques of field work, such as participant observation, interviews, discussion groups and use of information from social networks. It was noticed, with the research that medical students bring representations about the profession from before entering the university, many of them responsible for choosing a career, such as social status and the possibility of acquiring economic capital. Students go through processes of socialization during the course to acquire medical knowledge and the normative precepts of medicine. In the beginning of the course, neophytes maintains an idealist position, which is changing towards the acquisition of strong technical expertise focused on the diagnosis and treatment of diseases. To change the focus of training from the disease to care about people the curricula of medical schools are becoming, in the midst of processes of resistance due to professional power. Constructing new identities in the context of curriculum change is extremely difficult, because the training is crystallized in the maintenance of professional power and the closing of the profession towards people and other professions.

Keywords: Medical Students. Medical Profession. Identity formation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
ABLAM – Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AMB – Associação Médica Brasileira
AVE – Acidente Vascular Encefálico
CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde
CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNE – Conselho Nacional de Educação
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRM – Conselho Regional de Medicina
DPS – Departamento de Promoção da Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MHA – Módulo Prático Integrativo (Horizontal A)
MHB – Módulo Técnico Reflexivo (Horizontal B)
MIV – Módulo Interdisciplinar Vertical
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS – Sistema Único de Saúde
UFPB – Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

Agradecimentos	4
Resumo	5
Abstract.....	6
Lista de Abreviaturas e Siglas	7
Introdução.....	9
Capítulo 1: Percurso Metodológico	16
Trajetória pessoal e profissional	17
O campo da pesquisa.....	23
Capítulo 2: A Medicina como profissão: representações e escolha	31
A medicina como profissão	31
Por que fazer medicina?	37
Profissão e prática médica	41
Capítulo 3: Currículo e “para-currículo” na formação do médico	53
Graduação em medicina e processos de mudança curricular	53
O currículo paralelo e a “real” prática médica	65
Capítulo 4: Processos de socialização na formação médica	75
Capítulo 5: Formação identitária do estudante de medicina no contexto de um novo percurso formativo	81
O processo de formação identitária.....	81
O estudante de medicina e a identidade profissional	86
Considerações Finais	92
Referências	97
Apêndices	104
Apêndice A: Roteiro das Entrevistas	104
Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
Apêndice C: Autorização da observação no grupo da internet	108
Anexos	109
Anexo A: Aprovação do Comitê de Ética.....	109

INTRODUÇÃO

Faz-se questão de mostrar, falando da mídia em geral e da propaganda veiculada pelo complexo industrial médico-hospitalar, o avanço tecnológico pelo qual a medicina ocidental moderna ou biomedicina - Camargo Jr. (2005) - passou e vem passando. Novos medicamentos, novos aparelhos diagnósticos, manipulação genética, processos que foram inimaginados em certa época fazem parte da vida das pessoas como um filme de ficção científica – você entra numa máquina que tem a precisão de ver tudo que se passa por seu corpo, que depois pode ser manipulado por robôs controlados à distância por um ser humano.

Além disso, o acesso à internet permite que profissionais conheçam novos lançamentos desse complexo médico-hospitalar quase que em tempo real, e também possibilita que muitas pessoas no mundo, profissionais de saúde ou não, visualizem informações sobre essa tecnologia.

Os benefícios que esse modelo de medicina trouxe à humanidade são notórios e reais. Atualmente é bem mais difícil adquirir doenças que antes dizimaram populações, tratar enfermidades que em algum tempo passado tinha-se certeza que eram incuráveis. A diminuição da mortalidade infantil no Nordeste brasileiro é um exemplo disso. Durante o século XX, foi possível reduzir a mortalidade de crianças menores de um ano de quase duzentos por mil (200/1000) para vinte seis por mil (26/1000) crianças nascidas vivas (IBGE, 1999).

No entanto, algumas doenças ou processos de adoecimento que o conhecimento biomédico tem possibilidade de tratar e erradicar ainda fazem parte do ciclo vital¹ das populações, demonstrando que o modelo baseado na biomedicina funciona bem, mas não é completo. E não vamos falar aqui de problemas que afligem pessoas pobres do continente africano, que morrem de fome e padecem como cobaias das indústrias farmacêuticas, como retratado no filme “O Jardineiro Fiel”. Traremos como exemplo um problema há algum tempo conhecido pela medicina, tanto do ponto de vista do diagnóstico como do seu tratamento – a hipertensão arterial.

¹ Ciclo Vital está colocado aqui com a conotação biológica, referindo-se ao conjunto de transformações pelas quais os indivíduos passam ao longo da vida – ex. gestação, nascimento, infância, fase adulta, velhice, morte.

A Hipertensão Arterial, no discurso biomédico, é uma doença que afeta o coração e os vasos sanguíneos do corpo, provocada pelo aumento do débito cardíaco (coração passa a bombear sangue com mais força, numa explicação mecânica) e pelo aumento da constrição periférica (diminuição do calibre dos vasos sanguíneos), com causa desconhecida em cerca de 90 por cento dos casos, sendo chamada de hipertensão arterial essencial ou primária. O diagnóstico é realizado pela medida da pressão arterial com um esfigmomanômetro (ou tensiômetro, como chamado de forma mais geral), através de uma técnica simples e aprendida por estudantes da área de saúde no segundo ou terceiro semestre da graduação. O tratamento pode ser feito com uso de medicamentos (existem vários tipos no menu farmacêutico atual), exercícios físicos e dieta. No Brasil, os medicamentos para o controle da hipertensão são gratuitos e disponíveis para todos os portadores. Estamos diante de uma doença que tem seu mecanismo conhecido, um diagnóstico simples e o tratamento disponível e gratuito. Mesmo assim, as complicações advindas da hipertensão arterial são as principais causas de morte no mundo atual. Como exemplos, há o infarto agudo do miocárdio (popularmente chamado de ataque cardíaco) e o acidente vascular encefálico – AVE - (o derrame). Os óbitos devido a esses problemas continuam crescendo no mundo, mesmo com o conhecimento médico sobre o assunto.

O fato de estarmos discorrendo sobre essa doença – hipertensão – decorre de um pensamento que manifesta uma contradição da medicina ocidental moderna: como continuam morrendo pessoas de complicações de uma doença que se sabe facilmente diagnosticar e tratar? Porque, com todo o avanço tecnológico e de conhecimento médico e farmacêutico, pessoas continuam tendo infarto e AVE?

Essa e muitas outras contradições da medicina, impossível descrevê-las aqui todas, vêm estimulando nossa reflexão e abrindo a problemática para esta pesquisa. Parece “faltar algo” na estória da hipertensão. Parece que não vem sendo suficiente saber fazer o diagnóstico, produzir os melhores medicamentos e, muito melhor, distribuí-los gratuitamente a quem necessita.

Esparramar na receita um anti-hipertensivo de última geração, solicitar exames laboratoriais, eletrocardiograma e outros exames com o objetivo de avaliar a situação da doença e tentar surpreender precocemente uma piora, são atos normativos que se aprende no curso de medicina. O problema é que grande parte das pessoas portadoras de hipertensão não aceitam a doença, não usam as

medicações como prescritas, reclamam dos exames e, para desespero dos médicos e de outros profissionais de saúde, não seguem as recomendações sobre restrição alimentar e sobre a prática de atividade física regular. A complexidade, então, dessa doença de diagnóstico simples e tratamento fácil é muito maior do que se imagina, e a medicina atual, com todo o saber e tecnologia, não consegue controlar. Voltamos a dizer: falta algo nessa abordagem médica.

Ainda sobre essa “falta de algo”, Caprara e Rodrigues (2004) analisaram bibliografia sobre as relações entre médicos e pacientes e encontraram que “54% dos distúrbios percebidos pelos pacientes não são levados em consideração pelos médicos e que em 50% das consultas médicos e pacientes não concordam sobre a natureza do problema principal” (p. 141).

A este respeito, Koifman (2001) problematiza dizendo que há um consenso quanto à insatisfação da população em relação ao atendimento médico, ou seja, a abordagem descrita para a hipertensão arterial não satisfaz as pessoas e, portanto, estas não seguem as recomendações prescritas pelos médicos. Lampert (2009) refere que essa insatisfação é gerada pelo não atendimento das necessidades básicas de saúde das pessoas, e associa o modelo de formação médica a este desagrado da clientela. A ideia que aparece aqui é que no processo de formação do médico são considerados prioritariamente aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento de doenças, como exemplificado no caso de hipertensão arterial, e não à saúde e à vida das pessoas.

Nesse sentido, propostas de reformulações nos currículos de medicina aparecem, ao menos teoricamente, como contraponto à visão biomédica hegemônica², ou seja, ao foco na doença e à preocupação apenas com o diagnóstico e o tratamento, buscando focar a saúde e a vida das pessoas, na intenção de construir novos modelos de profissionais. É a partir dessa relação, e da relação com estudantes e anos de docência deste pesquisador em uma Escola Médica que este estudo se dedica à discussão e compreensão dos processos sociais que fazem parte da formação e identidade profissional no campo da medicina a partir das reformulações curriculares no âmbito dos cursos de graduação.

² Esse termo vem de Tesser e Luz (2008), que fala da biomedicina como a racionalidade médica hegemônica no Brasil.

Tendo visto que a atenção médica às necessidades da população não está conseguindo ser efetiva e que as estratégias formadoras conduzem os estudantes a uma prática médica biológica, organicista, individualista e extremamente especializante, sendo esse o ideal coletivo que os acadêmicos passam a perseguir assim que entram na Universidade, os currículos dos cursos de medicina vêm tentando promover mudanças no perfil dos egressos.

Apenas há poucos anos, orientadas por diretrizes do Ministério da Educação, algumas instituições vêm trabalhando em reformulações dos currículos, com o intuito de criticar, como disseram Yazbeck et al. (2000), parâmetros educacionais datados do início do século XX³.

O estudo da identidade dos estudantes de medicina, nesse contexto de implementações da reforma curricular, torna-se relevante no sentido de que uma nova forma de graduar médicos possa contribuir para sanar problemas de atenção às necessidades de saúde da população.

As instituições de ensino vêm trabalhando com diversas estratégias de aprendizagem, pensando num perfil de médico com formação geral (não focada em uma especialidade relacionada a doenças específicas ou partes do corpo) e com visão crítica, humanista e reflexiva, apto a atuar conforme a realidade local e nacional (CNE, 2001). Entretanto, é importante não apenas construir mudanças pensando no profissional que se quer no futuro, mas compreender melhor os estudantes ingressantes e como esse novo currículo pode lidar com isso.

Assim, em vários anos de discussão sobre as melhores maneiras de formar o profissional médico, encontramos estudos que analisam as necessidades de mudanças nos currículos das escolas médicas, e outros que versam sobre a identidade do profissional formado. Algumas análises até chegam a refletir sobre modificações ocorridas nos estudantes de medicina durante o curso. Entretanto, associar o processo de reforma curricular à criação de uma nova identidade profissional, constitui-se num desafio extremamente atual e de necessário aprofundamento, principalmente enfocando as instituições de formação e a

³ A autora se remete ao Relatório Flexner, documento do início do século XX elaborado por Abraham Flexner, 1866-1959, um médico e educador norte-americano que analisou todas as escolas de medicina dos Estados Unidos e propôs mudanças na formação médica, a partir de ideia de que a medicina era uma ciência e a clínica o seu instrumento de efetivação. Suas ideias, contidas no Relatório Flexner (1910), foram introduzidas no Brasil e América Latina num processo chamado de americanização da medicina, com visão biológico-tecnicista e especializante.

percepção dos alunos neste processo de construção da identidade profissional. É também a oportunidade de identificar as expectativas dos estudantes acerca da profissão que pretendem exercer e suas correlações com anseios sociais.

Levamos em consideração também que é preciso reconhecer a existência de representações sociais do “ser médico”, e que o contexto contemporâneo compreende aspectos relativos às mudanças no mercado de trabalho médico pelas transformações nos sistemas de saúde e à relação entre formação especializada e geral. Estamos diante, nesta pesquisa, de uma preocupação de estudar como ocorre a formação da identidade de estudantes de medicina – neófitos na profissão, algo historicamente relevante sociologicamente, em meio às modificações dos currículos das escolas médicas, extremamente atuais para a profissão.

Dessa forma, tomamos como objetivos conhecer as concepções dos estudantes de medicina sobre o ser médico e sobre o exercício da profissão médica; identificar, em diferentes etapas do curso de medicina, as percepções dos estudantes sobre a identidade profissional; compreender se os processos de mudança nos currículos das escolas médicas estão relacionados com a formação identitária profissional e conhecer as concepções de medicina e da profissão médica de estudantes em diferentes fases do curso.

Para isso, desenvolvemos uma abordagem de pesquisa qualitativa, exploratória, e todo o material obtido foi categorizado e dividido em quatro eixos temáticos, que se tornaram capítulos dessa dissertação. O primeiro capítulo foi destinado ao percurso metodológico, no qual, inicialmente, percebemos a necessidade de problematizar a proximidade com o campo de pesquisa, considerando que é importante, de acordo com Da Matta (1978), “tornar em exótico o que é familiar”. Para isso, lançou-se mão de várias abordagens de pesquisa, como observação, discussão em grupos, entrevistas, interação por meios virtuais. A multiplicidade do campo foi bastante produtiva no sentido de quantidade do material empírico. Algumas dificuldades foram a aprovação do projeto no comitê de ética e a realização das entrevistas, pois o comitê adiou várias vezes as reuniões devido a greve de funcionários, e os estudantes tinham um tempo muito exíguo para agendamento das entrevistas.

O segundo capítulo, denominado “A Medicina como profissão: representações e escolha”, foi subdividido em três partes. A primeira é teórica e traz levantamento bibliográfico sobre profissões, em especial a profissão médica, a partir das análises

da sociologia das profissões, servindo para dar o contexto geral da parte empírica que segue os dois próximos tópicos. Na segunda parte (“Por que fazer medicina?”) concentramos as motivações dos estudantes pela busca da medicina como profissão. A ideia é que essas motivações estejam associadas aos aspectos referidos sobre a profissão médica na parte anterior. E fechando o capítulo, trazemos “Profissão e prática médica”, relevante dada à percepção, durante as entrevistas e nas observações de campo, da relação entre a profissão ou o meio profissional e a formação, da prática médica influenciando o processo formativo na universidade. Há uma análise de que a formação, assim como o mercado de trabalho médico, é fragmentada em especialidades organizadas por doenças ou partes do corpo. Essa especialização cria uma relação de poder entre as áreas da medicina e mobiliza os estudantes desde o início do curso e no momento de se pensar na pós-graduação, praticamente mandatória. Além disso, essa relação de poder extrapola a medicina e se manifesta na interface entre as profissões de saúde.

O capítulo três aborda o currículo e o “para-curriculo” na formação do médico e está dividido em dois tópicos. Um - “Graduação em medicina e processos de mudança curricular” - traz a discussão sobre o currículo das escolas médicas, como é organizado historicamente e quais as propostas para sua reformulação, a partir de vários movimentos que ocorrem desde a metade do século XX. Há uma análise sobre a força da racionalidade biomédica hegemônica no direcionamento das atividades da formação na graduação e na pós-graduação, a qual contribui para diversas resistências às mudanças na formação. Ilustrando essa discussão teórica, conseguiu-se, nas entrevistas e observações, perceber o que é mais ou menos valorizado durante o curso de graduação. A outra parte, chamada “O currículo paralelo e a ‘real’ prática médica”, aborda aspectos da identificação de que há escassez de atividade prática durante a formação na graduação, o que leva os estudantes a procurarem ações extracurriculares de acompanhamento do trabalho médico. Essas ações são vistas como fundamentais para a formação. Percebeu-se, no entanto, duas situações críticas em relação à busca por essas atividades: a prática de plantões irregulares sem supervisão médica e a formação de ligas acadêmicas.

O quarto capítulo traz dados de observação e de discussões em grupos sobre o currículo e sobre a profissão médica, baseado no trabalho de campo, que

evidenciou a presença de vários rituais ou processos de socialização pelos quais passam os estudantes nos diversos períodos do curso.

O capítulo cinco – “Formação identitária do estudante de medicina no contexto de um novo percurso formativo” – aborda, inicialmente, a discussão teórica/conceitual sobre identidade e formação identitária, enfatizando a formação da identidade profissional, em especial na profissão médica. Em seguida, discute-se como o estudante de medicina vai incorporando os valores e a cultura profissional, observando a aquisição de um modo de falar e de se comportar que é característico dos médicos. A partir dessas características, é possível perceber que tipo de profissional os estudantes querem ou não querem ser.

CAPÍTULO 1: PERCURSO METODOLÓGICO

Dias (2007) afirma que todo trajeto de pesquisa constitui-se do conhecimento prévio que possuímos do campo, os adquiridos nele e, conseqüentemente, as análises que seguem após o contato com o outro. A questão é que o campo desta pesquisa, além de ser o objeto, é também o espaço de atuação profissional e no qual se inscreve a trajetória pessoal do pesquisador. Assim, durante todo o processo de pesquisa, houve a necessidade de se trabalhar o afastamento do objeto proposto – a formação e construção da identidade de estudantes de medicina.

Ser médico e professor de medicina torna a formação de estudantes de medicina e a construção da identidade desses atores algo cotidiano. Concordamos com Bourdieu (2009) quando ele fala que procurar não cair na armadilha do objeto pré-construído não é fácil, “na medida em que se trata, por definição, de um objeto que me interessa, sem que eu conheça claramente o princípio verdadeiro desse interesse” (p. 30).

Para problematizar esse interesse, a ideia foi dividir o percurso metodológico em duas partes, sistematizando o método e também possibilitando a reflexão sobre proximidade do pesquisador com o campo da pesquisa. A primeira parte aborda a trajetória pessoal e profissional do pesquisador, no intuito de justificar a escolha do objeto, ao mesmo tempo em que se tenta construir o caminho para a objetividade na pesquisa. Ou seja, há, a partir da demonstração de experiências vividas pelo pesquisador e observadas sob a ótica da relação entre a biomedicina e o cuidado a tentativa, como papel do sociólogo, de afastar o pré-construído.

A segunda parte corresponde ao processo da pesquisa propriamente dito, ou seja, às estratégias que possibilitaram a aquisição de material empírico. Esse processo, longe de ser um modelo linear de método, como refere Dias (2007, p.73), é entrecortado por sobressaltos, idas e vindas, decepções, angústias, desprezo e surpresas que necessitam de um mínimo de trejeito pessoal e de instrumentos teórico-metodológicos para a resolução do problema. Diante disso, foi preciso realizar aproximações e afastamentos do objeto para garantir a análise do material empírico.

TRAJETÓRIA PESSOAL E PROFISSIONAL

Ao entrar no curso de medicina, como pouquíssimos da turma, tinha mais de 18 anos, mas como quase todos, tinha a ideia do médico que misturava os atos heroicos e extremamente competentes retratados pelo seriado ER⁴ (Emergency Room, da Warner Bros. Television), utilizando os melhores equipamentos e demonstrando exímia habilidade, com a afetividade e emotividade expostas no filme “Patch Adams – o amor é contagioso” (estrelado por Robin Williams, que se baseia na vida de um médico estadunidense chamado Hunter Doherty Adams).

Na primeira semana de aula na graduação conhecemos as estruturas da universidade e do hospital, tivemos palestras sobre a profissão e visitamos um projeto de extensão universitária que acontecia aos finais de semana num bairro da periferia de João Pessoa. Como hoje ainda ocorre, recebíamos de alguns professores, já nesse momento, o *status* de “médicos em formação”, e não de estudantes de medicina, como pensava ao passar no vestibular.

Após a semana de recepção, iniciavam-se as aulas no laboratório de anatomia. Para quase todos da turma, algo extremamente fascinante, mas para este que faz o relato, uma vivência, no mínimo, enfadonha. A pressão dos professores e o drama dos alunos eram tão grandes que se subornava o técnico de laboratório para estudos no final de semana. Foi aí que começamos a subverter a ordem que se apresentava. Pensávamos ser inadmissível ficar num laboratório com cadáveres aos finais de semana enquanto se podia estar “vivenciando a vida” com as pessoas no projeto de extensão.

A trajetória na graduação foi assim, em busca de vida, em busca de algo que, na época, não estava nos textos sugeridos pela grande maioria dos docentes, o cuidado. Esse percurso culminou com a escolha por uma especialidade que não foca órgãos ou doenças, na verdade, uma “generalidade” que é a Medicina de Família e Comunidade⁵, e a consequente entrada, como docente, na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no Departamento de Promoção da Saúde (DPS).

⁴ Seriado de drama médico produzido pela NBC nos Estados Unidos. Foi ao ar pela primeira vez em 1994. No Brasil era exibido com o nome “Plantão Médico”. A série retratava o cotidiano de uma equipe de atendimento de emergência de um hospital em Chicago.

⁵ Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade médica reconhecida pela Associação Médica Brasileira desde 1981, com formação de profissionais desde o final da década de 70 no Brasil. É a especialidade voltada para a Atenção Primária em Saúde, que tem como princípios o primeiro contato (acesso facilitado das pessoas à assistência), a integralidade (atendimento das

Além dessa trajetória acadêmica, alguns momentos na vida profissional são fatores que mobilizaram a realização desta pesquisa. Para trazer como exemplos, foi escolhida uma situação vivenciada enquanto médico de saúde da família e outra como professor da UFPB. Certo dia, ao final da manhã e dos atendimentos na unidade de saúde, chegou ao posto uma adolescente de 15 anos que tivera um filho há 10 dias. A mãe, que a trouxe até mim, dizia que ela enlouquecera, que não queria saber do bebê, que ficava tirando a roupa no meio da rua e aparentava estar com a sexualidade exacerbada. Com essas informações passadas pela mãe e vendo a paciente logo em seguida, foi fácil saber o motivo do problema – a adolescente estava com um quadro de psicose puerperal – e o tratamento recomendado para a situação. Tínhamos toda a sequência diagnóstica e de tratamento aprendidos durante a formação acadêmica com o saber da biomedicina, um protocolo que dizia para sedarmos a paciente com fortes medicações. No entanto, uma ação sugerida pela técnica de enfermagem e praticada como forma terapêutica evitou o torpor químico. A profissional que nos ajudava disse: - “vamos cantar que ela acalma”, e começou a cantar baixinho músicas de MPB e hinos religiosos. Esperamos cerca de uma hora a chegada da ambulância para o transporte da paciente ao hospital, que foi sem estar medicada e sem a agitação psicótica da chegada.

Parece que, naquela ocasião, estávamos diante de um ato de cura xamânica, como fala Levi-Strauss (1985)⁶. É como se o cantar proposto pela técnica de enfermagem, como o canto nas tribos indígenas referidas pelo autor no intuito de “encontrar a vida do órgão doente”, tivesse uma ação terapêutica. Há a “manipulação psicológica do órgão doente” e a cura ocorre devido a essa manipulação. Para nós, a cura foi a tranquilização natural da adolescente sem a necessidade de medicamentos.

A partir desse relato, observamos a “eficácia simbólica” que garante harmonia do paralelismo entre mito e operações. E, segundo o autor:

mito e operações formam um par, onde se encontra sempre a dualidade do doente e do médico. ***Na cura da esquizofrenia, o médico executa as***

peças em todas as suas necessidades), a longitudinalidade (acompanhamento ao longo do tempo de uma pessoa ou de uma determinada população) e a coordenação do cuidado (responsabilidade por organizar o sistema de saúde observando as necessidades das pessoas e os melhores recursos disponíveis para satisfazê-las) (SBMFC, 2004).

⁶ Lévi-Strauss se refere à intervenção do Xamã durante um parto difícil em tribos de índios da América Central e do Sul. O autor aborda o canto como um instrumento terapêutico, no sentido de encontrar o “purba” (alma) perdido pelo órgão doente (1985).

operações e o doente produz seu mito; na cura xamanística, o médico fornece o mito e o doente executa as operações (Lévi-Strauss, 1985, p. 232, grifo nosso).

Foi possível construir uma ação terapêutica que associou o canto, que pode ter servido para a paciente como uma “contenção”⁷ da angústia e do sofrimento (o mito), com a tranquilidade da menina durante a espera pela ambulância (operações).

Já como professor, a experiência não foi atendendo uma pessoa, mas acompanhando com os alunos um serviço de atenção especializada ambulatorial de João Pessoa. A aula prática ocorria no Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), unidade onde trabalham médicos de várias especialidades que recebem pacientes encaminhados por médicos da atenção primária⁸. As pessoas que são encaminhadas ao CAIS já começaram seu processo de diagnóstico e tratamento com outro profissional (um médico generalista), portanto vão ao especialista para maior aprofundamento das possibilidades diagnósticas ou terapêuticas. Espera-se, então, quando se encaminha um paciente ao especialista, que um novo olhar sobre o processo do adoecimento seja feito no intuito de atender as necessidades da pessoa enferma. No dia que estamos relatando, acompanhávamos com os estudantes o ambulatório de cardiologia. No tempo de observação - cerca de uma hora e meia - o profissional atendeu 25 pessoas, destinando cerca de 3,6 minutos para cada paciente em consulta. Surgiu então o questionamento: como um profissional consegue recepcionar a pessoa, escutar suas queixas, ver os exames trazidos e ler o encaminhamento do médico da atenção primária, formular um diagnóstico, pensar num tratamento e fazer a prescrição com letra legível, solicitar novos exames, orientar o paciente sobre como tomar as medicações ou sobre outras recomendações de saúde, comunicar a necessidade de uma consulta de retorno e se despedir da pessoa em 3,6 minutos? Sentimo-nos, eu e os estudantes, assistindo o filme “Tempos Modernos”, de Charles Chaplin, com os pacientes passando na esteira e o médico “apertando suas porcas”.

⁷ Colocamos entre aspas devido ao fato de ser um termo utilizado no atendimento psiquiátrico para diminuir o estado de agitação dos doentes. Pode ser realizado fisicamente (com amarras) ou quimicamente (com medicamentos).

⁸ A saúde está dividida em níveis de atenção – primário, secundário, terciário e quaternário – que correspondem ao incremento crescente de tecnologia (do primário ao quaternário). A atenção primária no Brasil é estruturada através das equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde, e correspondem, na maioria das vezes, ao primeiro contato de uma pessoa com o sistema de saúde (CONASS, 2007).

É possível que haja inúmeras explicações e vários motivos para essa forma de atuação profissional. A prática no serviço público como um trabalho secundário (não no consultório privado) e pouco rentável, pré-conceitos do profissional quanto à capacidade dos pacientes compreenderem ou não os procedimentos adotados durante a consulta e sobrecarga de trabalho com o atendimento de muitas pessoas e com pouca estrutura para executar um bom atendimento são algumas explicações possíveis. Entretanto, diante desses e de outros acontecimentos, estamos certos de que “falta algo” que a medicina ocidental moderna, ou biomedicina como diz Camargo Jr. (2005), não consegue avançar no sentido de produzir saúde e vida para as pessoas e para as populações. E esse é o recorte que estamos fazendo nesta pesquisa, no sentido de demonstrar a incompletude de uma racionalidade médica para atender as necessidades de saúde das pessoas. Para aprofundar melhor essa afirmação, enfatizamos a importância de uma mudança do foco do olhar da medicina da doença para o cuidado, considerando que essa mudança pode ter lugar nas reformas curriculares dos cursos médicos e no processo de construção da identidade profissional, e discutimos aspectos relacionados à prática profissional nesse contexto biomédico.

Segundo Camargo Jr. (2005),

a Biomedicina vincula-se a um “imaginário científico” correspondente à racionalidade da mecânica clássica, caminhando no sentido de isolar componentes discretos, reintegrados *a posteriori* em seus “mecanismos” originais. O todo desses mecanismos é necessariamente dado pela soma das partes – eventuais inconsistências devem ser debitadas ao desconhecimento de uma ou mais “peças”. Resumindo, essa racionalidade pode ser delineada em três proposições:

- dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais: *caráter generalizante*;
- os modelos aludidos acima tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o “Universo” a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos: *caráter mecanicista*;
- a abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das “leis gerais” do funcionamento da “máquina universal” pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes: *caráter analítico* (p. 178).

Essas características de fragmentação, mecanicista, generalizante e de foco nas partes do corpo ou em determinadas doenças contribuem para o grande número de especialidades médicas e atua fortemente na formação profissional. Apesar de

serem importantes para a constituição da medicina moderna e para o conhecimento aprofundado das doenças, a partir da visão anátomo-clínica e para ação hospitalar, como coloca Foucault em *O nascimento da Clínica* (2011), essas características favorecem o olhar reducionista do médico (com foco biológico) e dificultam uma abordagem ampliada – cuidadora, promotora de vida e de saúde.

Outro aspecto relevante nessa discussão sobre a biomedicina envolve a relação entre médicos e pessoas atendidas. Bourdieu (2008, p. 90), analisando a competência científica e a competência social da profissão/curso no livro *Homo Academicus*, fala que o ato clínico reflete uma forma de “violência simbólica, pois o trabalho que leva ao achado diagnóstico (certo ou errado) ocorre através de uma relação social assimétrica” em que o médico impõe seus próprios pressupostos cognitivos sobre as informações relatadas pelos pacientes.

Assim, se a relação entre o profissional e o paciente é uma relação de poder assimétrico, com a balança pesando para o lado do médico, ouvir as queixas trazidas pelas pessoas no consultório passa a ser secundário ou o filtro colocado é tão fino que apenas os dados referentes a uma doença passam a ser levados em consideração. Nesse contexto, talvez seja possível realizar um atendimento em menos de quatro minutos.

Para que essa realidade, que consideramos negativa para a medicina e principalmente para as pessoas que buscam atendimento, possa ser modificada no sentido do cuidado e da produção de vida e de saúde, concordamos com a análise de Merhy (2007) sobre o trabalho em saúde. O autor explica que, a partir de uma vista à obra de Karl Marx, há dois tipos de trabalho em saúde: o trabalho morto que é inscrito nas máquinas, com o profissional meramente executor de procedimentos deslocados da realidade, e o trabalho vivo em ato, que ocorre nas relações, com formação de vínculo e com responsabilização conjunta – profissional de saúde e paciente – pelo cuidado e pela saúde. Ele segue na sua reflexão dizendo que

todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria *ser capacitado* para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos (MERHY, 2007, p.129, grifo nosso).

Consideramos, então, que o profissional precisa ser preparado para atuar com as tecnologias chamadas de leve pelo autor, e as reformas curriculares nos

cursos de medicina oficializadas nas diretrizes curriculares pretendem promover isso. Além das tecnologias leves, há a tecnologia leve-dura, expressa pelo saber técnico sistematizado, e a tecnologia dura, que corresponde aos aparelhos médico-hospitalares. Essas últimas já fazem parte do processo de formação. A questão que se coloca nesta pesquisa é se esse novo processo de formação dá conta desse incremento tecnológico – as tecnologias leves.

Enfatizamos a necessidade de uma nova identidade profissional, uma mudança no campo de visão profissional, o deslocamento da doença para a produção da saúde, da vida e do cuidado. A necessidade da formação de um profissional que veja o cuidar como colocado por Ayres (2001):

cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (p.71).

O que estamos falando, então, é que cuidar de alguém está para além de curar, tratar ou controlar uma doença. Como também que o cuidado deve ser aspecto essencial na relação entre profissional e pessoa, como uma dimensão ontológica do humano⁹.

É possível argumentar também, a partir da visão de Ayres sobre o cuidar, que há a implicação do profissional com a construção de projetos de felicidade. Nesse sentido, o cuidador não pode focar a doença e não pode olhar para o doente como um corpo dócil, no sentido focaultiano (1987), que está pronto para receber uma

⁹ Essa ideia de ontologia do cuidado vem de Heidegger (2005) em *Ser e Tempo*. O autor, utilizando uma alegoria de Higino, diz que: Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra querendo dar o seu nome, uma vez havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: “Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo”. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver.

intervenção sem questionar. A construção de projetos de felicidade requer atores autônomos e não fragilizados na relação com o profissional.

O CAMPO DA PESQUISA

Trabalhar com um tema tão próximo da realidade pessoal e profissional pode trazer aspectos positivos e negativos. Positivamente, é interessante parar para analisar as situações quase que vividas diariamente e, quando não vividas, cotidianamente observadas, mas fazer isso de forma mais pormenorizada, sem o automatismo do dia-a-dia. Romper com a invisibilidade da vida cotidiana, com a familiaridade e a rotinização, através de uma postura reflexiva diante dos fatos – “o que está acontecendo aqui?” – é o estranhamento característico da pesquisa de campo (PEREIRA; JUNG, 1998). Outro aspecto que favorece esta pesquisa, nesse sentido, é a linguagem das publicações que trazem pontos dos quais já se têm uma ideia, como educação médica e currículo. Pode-se dizer também que já há a presença no campo, no caso, o campo é a própria vida profissional e pessoal, ou seja, a facilidade, ao menos geográfica, de estar no campo da pesquisa.

Esses pontos positivos, se vistos sob outro ângulo, podem ser também negativos. Estar próximo demais, vivendo no campo pode superficializar o olhar, ou seja, tudo pode parecer naturalizado, o que promove a dificuldade de uma análise em profundidade. Nesse caso, tem-se que conseguir tornar em exótico o que é muito familiar, como diz Da Matta (1978), fazer sucessivas aproximações e afastamentos do objeto para lograr extrair as relações e correlações que se procura. Além disso, pode-se ter a sensação de que as relações já estão dadas, prontas, que se está observando algo já produzido. E o mais difícil é afastar os pressupostos, os pré-conceitos em relação ao objeto, a defesa da mudança na medicina. Por isso fizemos questão de discutir, na trajetória pessoal e profissional, as características da biomedicina, o trabalho em saúde e o foco no cuidado.

Existem algumas produções sobre o tema, estudos sobre a identidade profissional do médico e sobre as mudanças curriculares da graduação em medicina. No entanto, esses estudos não se ligam, seguem como duas linhas de análise separadas. Assim, quando se consegue fazer o afastamento do objeto, pode-se perceber que há uma impressão baseada em representações coletivas e na

identidade profissional, o que leva ao pensamento de que tudo já está dado, e permite-se associar essas duas linhas numa análise nova.

Esta investigação segue um percurso que vai desde os motivos para escolha pela carreira médica, passa pelas concepções de estudantes de graduação de medicina sobre a profissão e sobre o ser médico, considerando diferenças entre fases do curso, e traça reflexões sobre a construção de uma identidade profissional em tempos de reformulações no processo de formação. Para tanto, a abordagem adotada contemplou estratégias múltiplas de pesquisa que desvelem atitudes, comportamentos, sentimentos e sentidos atribuídos sobre tais processos, como também estudos e documentos relacionados, além da revisão bibliográfica sobre o tema. O trabalho, para o desenvolvimento da pesquisa, foi, como coloca Bourdieu (2009), mobilizar todas as técnicas que, “dada a definição do objeto, possam parecer pertinentes e que, dadas as condições práticas de recolha dos dados, são praticamente utilizáveis” (p.26).

Além da formação do pesquisador, a preparação para a investigação contou com uma revisão bibliográfica e análise documental buscando compreender a construção da identidade do profissional médico em meio ao processo de reforma curricular dos cursos de medicina. Os documentos utilizados foram portarias ministeriais, Projetos Pedagógicos de Curso da Instituição de Ensino e relatórios produzidos pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

Para a revisão da literatura, foram utilizadas diversas fontes de pesquisa. Livros de autores nacionais e internacionais com produção relevante sobre o tema da profissão médica e da construção da identidade profissional como Marlí Diniz, Maria Helena Machado, Jadete Lampert, Eliot Freidson, Howard Becker, Claude Dubar, Simon Sinclair, entre outros. Além disso, realizou-se uma pesquisa em bases de dados da internet através dos portais da Bireme e Scielo, utilizando como descritores: “identidade profissional”, “profissão médica”, “estudantes de medicina”, “formação e estrutura curricular”, “formação identitária”. Ao final da revisão, percebeu-se que não há publicações que associem a construção da identidade profissional do médico com um processo de mudança na formação.

Para entender o contexto no qual esse fenômeno ocorre adotamos a abordagem qualitativa de pesquisa, de caráter exploratório, em razão de que oferece um mergulho sobre a realidade social estudada. Sendo assim, ela permite a observação de vários aspectos da vida social em pequenos grupos, possibilitando o

conhecimento aprofundado de um evento e propiciando a explicação de comportamentos (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2006, p. 57).

São esses aspectos relatados por Minayo que fazem parte dessa pesquisa, na qual buscamos conhecer as interpretações dos estudantes de medicina sobre o curso e sobre a formação profissional, bem como as representações deles quanto à profissão médica.

Para realizar essa investigação, procuramos exercitar esse mergulho através da observação de campo, pelo acompanhamento sistemático de estudantes de graduação de medicina. Observar estudantes recém-ingressos na universidade, bem como aqueles que estão em fase final de formação, a fim de ter uma visão da construção da identidade profissional e do processo formativo do curso. Vivenciar momentos que caracterizem atividades curriculares diversas, no intuito de ampliar o campo de observação.

Como afirmam Víctora, Knauth e Hassen (2000) a observação se justifica pelo pressuposto de que há muitos elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita, como, no caso dessa pesquisa, “jeitos de médico”, formas de falar e vestir, atitudes diante do outro (paciente, professor ou estudante). Dizem ainda que o ambiente, os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não verbal, a sequência e a temporalidade em que ocorrem os eventos são fundamentais não apenas como dados em si, mas como subsídios para a interpretação posterior dos mesmos (p. 62).

O campo de observação proposto foi o do conjunto de estudantes de medicina de uma instituição de ensino superior de João Pessoa. A escolha do local ocorreu pela inserção do pesquisador como docente e a abordagem de estudantes em formação foi uma opção da pesquisa. A completude dos atores envolvidos no processo de formação médica (professores, instituições de ensino, associações profissionais, Estado) caracteriza um campo muito vasto e complexo para pormenorizar em uma dissertação, sendo necessário um recorte. A partir da leitura de Dubar (2005), foi possível construir o objeto da pesquisa tendo como atores os

alunos (recorte). O autor fala que a formação da identidade (construção da identidade de médico, enfatizada neste trabalho) constitui essencialmente um problema de geração.

Os indivíduos de cada geração devem reconstruir suas identidades sociais “reais” a partir: 1) das identidades sociais herdadas da geração anterior; 2) das identidades virtuais adquiridas durante a socialização inicial (“primária”); 3) das identidades possíveis (profissionais) acessíveis no decorrer da socialização “secundária” (DUBAR, 2005, p. 145).

Estamos falando, então, da geração de estudantes de medicina que atualmente se encontram em formação. Como geração anterior, percebemos outros grupos de estudantes mais antigos ou os docentes da universidade. A socialização primária ocorreu no período escolar dos alunos (ensino fundamental e médio) e a socialização secundária (foco desta pesquisa) começa no curso de graduação e segue até a pós-graduação ou escolha da especialidade. As categorias de identidade social “real” e “virtual” são provenientes de Goffman (1988), que explica que a identidade social virtual são aquelas conferidas a uma pessoa, e identidade social real a que a pessoa se atribui.

Nesse contexto, foram acompanhados estudantes do curso de medicina da Universidade Federal Paraíba, que se encontram em vários períodos da graduação, predominantemente divididos em iniciantes, estudantes da metade do curso e internos¹⁰. Essa separação ocorreu com o intuito de garantir a participação de estudantes que estão em fases diferentes de formação, portanto de socialização, a fim de se tentar chegar mais perto da visão do todo do curso.

Essa organização do processo de observação ainda possibilitou acompanhar diversos momentos e espaços de sociabilidade do curso, o que demonstra a importância dessa estratégia de pesquisa. Observar não é apenas lançar mão de um ato físico. A observação no campo ocorre em parte sem grande preparo teórico, com

¹⁰ Essas categorias (iniciantes, estudantes da metade do curso e internos) foram escolhidas pelo pesquisador e fazem referência aos períodos (no curso de medicina existem 12 períodos ou semestres letivos) de cada estudante acompanhado. Assim, consideramos iniciantes os estudantes que estão no 1º, 2º e 3º períodos; os alunos do 4º ao 8º períodos são os que estão na metade do curso; e os internos são aqueles que estão entre o 9º e o 12º semestre da formação. O momento de ruptura de uma categoria para a outra tem duas explicações: dos iniciantes para os estudantes da metade do curso, a separação ocorre devido à mudança do currículo que há nessa fase, de aspectos mais voltados para as ciências básicas para outros mais próximos da clínica; quanto à passagem dos estudantes da metade do curso para os internos, é uma separação formal, ou melhor, institucional, já prevista no currículo, com os últimos dois anos da formação ocorrendo na forma de estágio curricular obrigatório ou internato.

atenção para acontecimentos diversos, e em parte com um roteiro pré-estabelecido que contou com aspectos relacionados ao currículo e a formação identitária do estudante. Assim, pôde-se observar a partir da sala de aula, em conversas de confraternização após o término das provas, em reuniões de departamento, nas aulas práticas junto aos serviços de saúde e em debates específicos sobre as mudanças curriculares e sobre a profissão médica. Perceberam-se, então, vários espaços que se tornaram o campo da pesquisa, com possibilidades de múltiplos olhares sobre o objeto.

A observação foi parte essencial da pesquisa. Para concretizar esse processo na pesquisa, é importante situar, como diz Mattos (2005), o contexto no qual o trabalho de campo foi desenvolvido. Dessa forma, foi importante tentar separar o papel de professor de medicina e o papel de pesquisador. Essa separação nem sempre ocorreu de forma natural, principalmente por dois motivos: primeiro pelo fato de que a relação com os estudantes é intensa devido ao tempo que permanecemos juntos (6 a 8 horas por semana, dependendo do período), o que proporciona um vínculo com alguns alunos e se cria uma relação de confiança que, segundo Queiroz (1991), é essencial para que a narração ocorra com maior franqueza. O segundo motivo ocorreu devido ao tempo exíguo dos estudantes, por causa do curso que tem carga-horária integral, não permitindo muitos momentos de encontro que não estivessem na proximidade das aulas.

Para explicitar o posicionamento enquanto pesquisador, seguimos uma sequência de entrada no campo como colocada por Minayo (2006, p. 263): apresentação (exceto alguns alunos entrevistados, todos os estudantes acompanhados eram conhecidos pelo pesquisador, o que tornou tranquilo esse momento); menção do interesse da pesquisa (explicação sucinta sobre o trabalho); apresentação da credencial institucional (não nos foi solicitada em nenhuma ocasião, mas deixamos clara a posse da certidão do comitê de ética aprovando a pesquisa); explicação dos motivos da pesquisa; justificativa da escolha dos estudantes como atores da pesquisa; e garantia do anonimato e do sigilo das informações, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As turmas com as quais mais mantivemos contato foram das do 1º, 2º, 4º e 5º períodos e do internato (9º ao 12º períodos).

Não sentimos resistência por parte dos estudantes para participarem da pesquisa, talvez pelo vínculo e confiança já relatados. Na verdade, a sensação era

de que os alunos precisavam falar, discorrer sobre o que estavam vivendo durante o curso, comentar as angústias, as frustrações. Havia “no ar” a impressão de que estávamos possibilitando um momento de avaliação do curso de medicina, do currículo, o que, em nossa opinião, contribuiu mais para que os estudantes falassem. No decorrer da pesquisa, houve alguns momentos institucionais, organizados pela coordenação do curso ou pela diretoria do centro de ciências médicas, para realização da avaliação do projeto pedagógico de curso, entretanto nem todos os alunos participavam e alguns pensavam serem insuficientes, devido às complexidades do curso. Isso pode ter facilitado a adesão dos graduandos à participação da pesquisa.

Foram realizados três momentos mais sistemáticos, em grupo, para discussão de temas relacionados ao objeto de pesquisa. Essas atividades ocorreram na forma de *brainstorming*, ou chuva de ideias, uma técnica que, de acordo com Minayo (2006, p. 271), é útil para “diagnosticar um problema, para discutir conceitos, para dar novo rumo a um problema identificando obstáculos e soluções”. Utilizamos como temas a estrutura curricular do curso de medicina, ações extracurriculares e profissão médica. Esses grupos aconteceram com a participação de alunos do 2º e 5º períodos e do internato, separadamente, com a presença de 13, 14 e 13 estudantes respectivamente (aproximadamente um quarto dos alunos de cada turma), escolhidos por sua disponibilidade. As ideias expostas foram registradas no diário de campo e ficou garantido o anonimato e o sigilo das informações.

Adotamos, para a observação de campo, o que segundo Geertz (1989) é a “descrição densa”, que busca valorizar todas as experiências da vida social dos indivíduos acompanhados, através da observação de atividades desenvolvidas pelos estudantes, com registro em diário de campo dos cenários e diálogos ocorridos durante a convivência no campo. O registro das observações foi feito em caderno de campo, ou estão gravados eletronicamente online.

Além da observação no campo, a pesquisa ainda contou com realização de entrevistas que, segundo Minayo (2006), é uma conversa com finalidade e, sendo tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido estrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é realizada por iniciativa do entrevistador e destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa.

A entrevista semi-estruturada, elaborada pelo próprio pesquisador e orientada por um roteiro temático, buscou contemplar assuntos relacionados às concepções sobre a prática médica e o ser médico, sobre as possíveis modificações ocorridas no processo de formação durante o curso, estabelecendo comparações entre as fases do curso. Caracterizou-se como uma etapa da pesquisa que serviu para aprofundar aspectos vivenciados nos momentos de observação.

No entanto, a realização de entrevistas foi bastante dificultada devido à necessidade da certidão do comitê de ética em pesquisa, uma exigência explícita na área da saúde, que levou mais de três meses para concedê-la devido à greve e remarcação de reuniões. Apesar dos contratempos, o processo de observação ocorreu, ressaltando que a vinculação com os estudantes por causa da relação docente-discente ajudou bastante.

Maior que o entrave causado pela falta da certidão do comitê de ética foi conseguir agendar as entrevistas com os estudantes. Conseguir espaço no tempo exíguo dos alunos foi um verdadeiro desafio. Inicialmente pensamos em entrevistar e ouvir os graduandos que não passavam por nosso módulo ou disciplina, mas isso não foi possível. O curso em tempo integral e o que os alunos dispõem em estudos ou atividades extracurriculares fez com que aproveitássemos o vínculo com alguns estudantes e os convidássemos a participar da pesquisa após o período de aulas. A escolha dos alunos participantes, portanto, ocorreu por conveniência e disponibilidade dos mesmos. Apenas tentamos manter um número equânime entre os grupos de estudantes, assim foram realizadas 14 entrevistas¹¹, sendo 4 com estudantes iniciantes, 6 com alunos da metade do curso e 4 com internos. Metade das entrevistas ocorreu na universidade, dentro de uma sala de aula, e a outra metade ocorreu em serviços de saúde após aulas práticas. As falas foram gravadas e posteriormente transcritas para categorização, o que resultou em um material de aproximadamente cem páginas.

Recentemente, uma forma inusitada de observação surgiu. Foi aberto um grupo de discussão sobre o currículo médico e sobre a profissão em uma rede social da internet. Desse grupo participam 351 estudantes e professores do curso de

¹¹ Detivemo-nos, nesse processo, a abordar a fala e tentar absorver o discurso dos alunos, então, e como garantia de que nenhuma informação sobre os estudantes seria exposta, não coletamos dados pessoais além do período letivo em que cada participante se encontrava. Antes das perguntas, líamos o termo de consentimento explicando todo o processo da pesquisa. Alguns estudantes tiveram interesse de visualizar as questões norteadoras da entrevista antes de iniciarmos, no intuito, segundo eles, de “ver se seriam muito difíceis”.

medicina da UFPB e o objetivo dele é avaliar o currículo. O acesso ao grupo ocorre mediante convite de um membro. As circunstâncias da constituição do grupo correspondem ao processo eleitoral para o Centro Acadêmico do curso, no qual uma chapa de oposição criticava o distanciamento da situação (tentando reeleição) dos problemas da formação. A discussão não ficou restrita ao grupo, mas se ampliou entre os contatos nas redes sociais. Alguns membros, especialmente estudantes, que não queriam expor opiniões no grupo formado, enviavam mensagens individuais sobre o assunto.

Amaral (2003) diz que é possível constatar que o uso do computador e da rede Internet pode ajudar a solucionar alguns dos problemas práticos durante as várias fases de uma pesquisa: desde a coleta de dados até a apresentação. Essa prática de pesquisa de campo virtual é o que alguns autores da área de administração e marketing chamam de “netnografia”, e alguns antropólogos estão chamando de “etnografia virtual” (AMARAL et al. 2008).

A análise do material centrou-se na totalidade dos depoimentos e registros de observação, através da análise do conteúdo, cujos pressupostos básicos são:

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, apud MINAYO, 2006, p. 303).

A autora segue dizendo que a análise de conteúdo se constitui “em técnicas de pesquisa que permitam tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto” (p. 303).

Nesse sentido, a partir do material coletado através das observações em campo (“presencial” ou “virtual”), dos relatos dos grupos e das entrevistas realizadas, precedeu-se à categorização, organizando os registros em quatro eixos temáticos, estruturados a partir dos objetivos da pesquisa, para a análise posterior. Os eixos foram a Medicina como profissão: representações e escolha; currículo e “para-currículo” na formação do médico; os processos de socialização na formação médica e formação identitária do estudante de medicina no contexto de um novo percurso formativo, os quais se tornaram capítulos da dissertação.

CAPÍTULO 2: A MEDICINA COMO PROFISSÃO: REPRESENTAÇÕES E ESCOLHA

A MEDICINA COMO PROFISSÃO

Lampert (2009) traz a definição de profissão fazendo referência a dois atributos inquestionáveis: a existência de um corpo específico de conhecimentos e a orientação para um ideal de serviços. Ampliando esse conceito, considerando que não basta apenas ter uma especificidade de saber, Machado (1995) afirma que profissão é uma ocupação cujas obrigações criam e utilizam de forma sistemática o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente individual ou coletivo. Aparece aí já a ideia de solução de problemas.

Esses conceitos, no entanto, parecem não ser suficientes para esclarecer o porquê de a medicina parecer ser uma das principais profissões que existe, e ainda o motivo de sua superioridade perante outras profissões. Para compreender melhor isso, é fundamental acompanhar a formação médica e aspectos relativos à prática profissional, contando com referenciais de alguns autores dentro da sociologia das profissões.

De acordo com Almeida (2010), a sociologia das profissões elege como objeto de estudo os processos sociais através dos quais emergem e se afirmam os diferentes grupos profissionais. O autor ainda explica que:

a definição conceitual do objeto (da sociologia das profissões) tem sido atravessada por diferentes concepções que vão desde as correntes estruturo-funcionalistas, ao interacionismo simbólico, passando ainda pelas diferentes abordagens críticas que têm contribuído para a pluralidade e o dinamismo do campo disciplinar ao recusar a existência de um único modelo possível de profissionalização a favor de uma concepção aberta e plural capaz de contribuir para a compreensão dos processos de profissionalização (p. 116).

As ideias estruturo-funcionalistas tem como um dos principais representantes Talcott Parsons, e suas concepções se baseiam em um conceito definido a partir da análise de um modelo de profissão liberal estabelecida em um contexto histórico e cultural particular: a medicina e o direito nos Estados Unidos.

O pensamento interacionista procura não tanto definir o que é uma profissão, mas saber como uma ocupação se transforma em profissão. A ideia é que os grupos

profissionais são processos de interação que conduzem os membros de uma mesma atividade de trabalho a auto-organizarem-se e a defenderem sua autonomia (ALMEIDA, 2010).

Outra linha de produção e pensamento na sociologia das profissões surge a partir da corrente neo-weberiana. Dubar (2005), analisando as abordagens da socialização profissional, diz, a partir de Weber, que:

a profissionalização constituía um dos processos essenciais da modernização, ou seja, da passagem de uma “socialização principalmente comunitária”, em que o status é herdado, a uma “socialização essencialmente societária”, em que o status social depende das tarefas efetuadas e dos critérios racionais de competência e especialização (p. 169).

É essa corrente que utilizamos, predominantemente, nas reflexões desta pesquisa, principalmente a partir da produção de Eliott Freidson. Esse autor elabora um tipo ideal de profissão como sendo uma ocupação que emprega um corpo de conhecimentos especializados; o controle ocupacional da prática desses conhecimentos, garantindo que apenas membros credenciados possam executar as tarefas profissionais; a permissão para o desempenho na profissão ocorre após treinamento que se dá fora do mercado de trabalho; e a jurisdição sobre a utilização dos conhecimentos específicos é elaborada pela própria profissão (1995).

Nesse sentido, segundo o autor, alguns fatores são importantes para analisar a medicina como profissão, como a autonomia em relação a outras ocupações, a auto-regulação do saber e a legitimidade garantida pelo Estado. Com isso, a medicina tem um monopólio aprovado oficialmente sobre o direito de definir o que é saúde e doença e tratá-la (FREIDSON, 2009).

Bourdieu (2008) fala das faculdades superiores e inferiores, e coloca a medicina dentro das primeiras. Esse conceito vem do fato de que “as faculdades superiores são capazes de proporcionar ao governo uma influência mais forte e duradoura sobre o povo”, e ainda segue dizendo que “são as maiores encarregadas de formar e controlar os usos práticos e os usuários comuns do saber” ¹² (BOURDIEU, 2008, p. 88).

¹² Texto original: las facultades superiores son capaces de proporcionar al gobierno la influencia más fuerte e más perdurable sobre el pueblo”, e ainda segue dizendo que “son las más encargadas de formar y controlar los usos prácticos y a los usuarios ordinarios del saber.

Percebe-se aí uma estrutura de poder da profissão, poder de definir como e quem vai se formar profissional, poder de dizer o que é necessário para a formação profissional. Um poder diante do Estado, diante das pessoas e diante de outras profissões. Além disso, é a profissão que decide ou define as necessidades das pessoas, como informam Becker et al. (2007, p. 13): “uma profissão não deixa o cliente decidir exatamente o serviço que ele quer, pois só a profissão pode definir as suas necessidades. (...) Só os profissionais podem definir as necessidades médicas.”¹³

Isso é o que Pereira-Neto (1995) coloca quando diz que a profissão detém o monopólio sobre determinada atividade porque persuade a sociedade a crer que ninguém mais, salvo o profissional, pode fazer o trabalho com sucesso. E continua dizendo que a autonomia na profissão se consolida quando o profissional se torna capaz de decidir as necessidades de seu cliente, não permitindo que ele imponha seu próprio julgamento.

Se considerarmos a profissão médica atualmente, fica claro que sua principal característica é sua preeminência. É preeminente não apenas no prestígio, mas também na autoridade relativa à sua especialidade. Isto para dizer que o conhecimento médico sobre doenças e seu tratamento é considerado autorizado e definitivo (FREIDSON, 2009, p. 25).

Essa preeminência, reconhecida pelo Estado, ocorre devido a que, na organização formal da profissão, a ética profissional é relevante para persuadir o Estado e o público a apoiarem as profissões. É a esfera onde se professa a competência e a conduta ética para uma audiência externa (FREIDSON, 1988).

Falando dessa relação entre a profissão e o Estado, a partir de Bourdieu (1997), entendemos que o Estado “regula”¹⁴ o funcionamento do campo médico através de intervenções jurídicas que normatizam a ação das organizações e dos agentes individuais. Isso ocorre, pois a profissão detém certa quantidade de capital específico (econômico ou cultural) para garantir a ocupação de posições dominantes nos processos decisórios sobre o campo (p. 51).

¹³ Texto original: a profession does not let the client decide exactly what service he wants, for only the profession can define his needs. (...) only the professionals may define medical needs.

¹⁴ Estamos usando entre aspas devido ao fato dessa regulação ocorrer a partir do reconhecimento adquirido pela profissão perante o Estado, como se o Estado regulasse a ação profissional com instrumentos fornecidos pela própria profissão.

Quanto à noção de campo, como estamos falando, tem-se a descrição de um espaço social global, que segundo Boudieu é um campo de forças cujas necessidades são impostas aos agentes que estão nele, e também um campo de lutas no qual os agentes (indivíduos ou organizações) se enfrentam, segundo sua posição estrutural no campo de forças, contribuindo para conservar ou transformar sua estrutura (1997, p. 49).

Na medicina - o campo médico - percebemos que as disputas ocorrem entre as diversas racionalidades médicas existentes (como veremos logo adiante), balizadas pelas características da profissão: autonomia, conhecimento e auto-regulação do saber e legitimidade outorgada pelo Estado.

Essa legitimação da profissão por parte do Estado tem um efeito direto nos processos de formação profissional desde o início da medicina ocidental moderna. Isso ocorre devido ao fato de a profissão nascer separada das instituições de ensino (universidades), tal como diz Foucault (2009):

a medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista. Individualista da parte do médico, qualificado como tal ao término de uma iniciação assegurada pela própria corporação dos médicos que compreendia conhecimento de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas ou públicas (p. 102).

Ainda segundo o autor, o desenvolvimento da medicina moderna tem relação com o reconhecimento do hospital como espaço da prática médica. Becker et al. (2007), afirmam que o sistema de instituições preocupadas com a saúde é um produto do século XIX, quando o licenciamento – Estado legitimando o título de médico – foi criado. Eles relatam também que ciência e medicina, considerando que a ciência tinha espaço nas universidades, aproximaram-se naquele período, mas nunca tiveram uma convivência pacífica. Podemos dizer, então, que as universidades passaram a ser os órgãos utilizados pelo Estado para garantir a profissionalização.

Essa convivência não pacífica aproxima-se do que Nunes e Carvalho (2007) explicam em relação aos estudantes que:

ao ingressarem nas instituições de ensino superior, tendo vindo, em geral, de um ensino médio decepcionante, salvo as exceções de elite de praxe, orientam-se por uma matriz profissionalizante de ensino, deixando de lado a formação mais abrangente, humanística, histórica, social (p. 191).

E é essa formação mais abrangente que historicamente ocorre nas universidades. Além dessa relação com as universidades, o Estado, através do reconhecimento da profissão (intervenções jurídicas em Bourdieu), cria órgãos e entidades, compostos por profissionais, para regular o desenvolvimento do trabalho dos médicos – a exemplo, no Brasil, do Conselho Federal de Medicina e da Associação Médica Brasileira. Considerando a criação desses órgãos profissionais e o distanciamento citado por Becker entre profissão e universidade, podem-se perceber motivos para que qualquer processo de mudança na formação passe por resistências, o que tem ocorrido desde a implantação das diretrizes curriculares e dos processos de reforma dos currículos nas instituições de ensino no Brasil.

Essas resistências de reforma curricular e de remodelação do trabalho médico no sentido de deixar de lado a racionalidade médica dominante, a biomedicina segundo Tesser e Luz (2008), e partir para uma ação cuidadora e ética podem ser compreendidas sob a ótica de um conceito fundamental do estudo das profissões, que é o de “fechamento”. Esse conceito foi criado por Max Weber a partir de suas análises sobre os estamentos e sobre as cidades, contidas no livro *Economia e Sociedade*. A partir de duas situações colocadas pelo autor, exemplificamos a que ele se refere quando fala de fechamento:

Em Veneza, a corporação da nobreza romana conseguiu a monopolização permanente e o fechamento para fora: a admissão de novas famílias entre as que já tinham o direito à participação no Grande Conselho **somente era possível com o consentimento da corporação da nobreza**, em virtude de méritos políticos (p. 450, grifo nosso).

Já se referindo ao oriente, Weber coloca:

Na China, havia mudanças extraordinárias de sistemas políticos. O país viveu uma época de comércio exterior muito intenso, indo até a Índia. Mas depois limitou-se a política econômica ao fechamento, em relação ao exterior, de modo que todas as importações e as exportações **estavam nas mãos de apenas treze empresas e passavam por um único porto** (p. 520, grifo nosso).

Apropriado pelos neo-weberianos na sociologia das profissões, “fechamento” indica o processo pelo qual coletividades sociais procuram maximizar seus ganhos pela restrição do acesso a recursos e oportunidades, geralmente de natureza econômica, a um círculo limitado de elegíveis que procuram monopolizá-los (DINIZ, 2001, p. 30).

Isso pode ser traduzido pela força que as entidades médicas têm para direcionar o processo formativo e monopolizar a prática profissional. Assim, as profissões são ocupações particularmente bem sucedidas em seu projeto de “fechamento”. Além disso, o suporte do Estado pode estabelecer este monopólio em bases legais, fazendo das profissões “grupos legalmente privilegiados” (DINIZ, 2001).

Nesse sentido, Freidson (1995) traz o conceito de fechamento, traduzido por ele como encerramento social, e o renomeia como reserva de mercado de trabalho. O autor explica que:

a reserva é assegurada pela exigência de que somente aqueles com credencial ocupacionalmente emitida, certificando sua competência, possam ser empregados para executar uma série definida de tarefas, como cortar um corpo, ensinar a estudantes universitários, representar um cliente num tribunal e certificar a exatidão de uma declaração formal de ativos e passivos financeiros (p. 3).

Assim, a relação entre Estado e a profissão médica também é revelada através do credencialismo, ou seja, o controle sobre as habilidades, principalmente quando institucionalizado sob a forma de credenciais – como é o caso dos profissionais – constituindo um recurso para a exploração de classe quando o acesso ao treinamento necessário para a aquisição da habilidade é limitado por mecanismos que criam uma escassez artificial de pessoas habilitadas e/ou quando um sistema de credenciamento proíbe o emprego, para o uso de tais habilidades, de pessoas não credenciadas mesmo quando elas possuem estas habilidades (DINIZ, 2001, p. 121).

Na medicina, esse credenciamento é feito através da emissão do diploma de graduação pelas escolas médicas e principalmente pela inscrição no Conselho Regional de Medicina do estado onde o médico vai atuar. Especificando mais, ainda há o credenciamento feito pelas sociedades médicas de especialidades, legitimando a aquisição de habilidades em uma determinada área de atuação.

Assim, analisando a associação entre “fechamento” e a emissão de credenciais, Diniz (2001) diz que:

o que dá prestígio e está na base do “fechamento” das profissões não é a capacidade de solucionar problemas – não é a expertise que se adquire através da prática profissional. Todo conhecimento suscetível de ser adquirido na prática raramente é “esotérico” e, portanto, raramente impressiona os leigos – ninguém se impressiona com a competência de um

mecânico em consertar motores de carro. Por outro lado, o conhecimento adquirido na prática é também mais acessível a um maior número de pessoas, o que elimina o problema de escassez e reduz o valor do serviço prestado. Mas, se este aprendizado prático é colocado ao final de uma longa e dispendiosa (ainda que supérflua) sequência de estudos teóricos e de exames escolares, o acesso a ele torna-se um privilégio de poucos – um privilégio exclusivo dos que completam a sequência e adquirem as credenciais acadêmicas correspondentes (DINIZ, 2001, p. 137).

Com isso, a autora afirma que é a prática médica que direciona a formação profissional e que o curso de graduação serve para legitimar isso. Diz ainda que a função das escolas médicas é a de construir uma imagem ocupacional do “doutor” que sensibilize tanto o público quanto as autoridades. Em outros termos, trata-se de um grande esforço de construção ideológica (DINIZ, 2001, p. 133).

Para compreendermos melhor a relação entre a profissão e a formação acadêmica na escola médica, levando em conta o que a autora explica, é fundamental saber por que os estudantes escolhem a medicina como carreira, bem como quais as representações de ser médico que eles têm quando iniciam o curso.

POR QUE FAZER MEDICINA?

Pode o currículo do curso médico “iniciar antes” de o estudante ingressar na Universidade? Ferreira et al. (2000) falam que isso é possível, na medida que cada pessoa carrega consigo uma visão de médico, principalmente em decorrência da vivência pessoal e por fatores demarcados na cultura. Além disso, a escolha da profissão envolve um processo decisório de visão de futuro por um indivíduo, em geral, recém saído da adolescência. Esse momento, então, caracteriza-se como uma crise que, a partir de um raciocínio individual, não consegue ser resolvida. Para chegar a uma decisão dessas, é necessária, de acordo com Douglas (1998), a presença de um pensamento institucional na mente dos indivíduos. Esse pensamento institucional provém da ideia de medicina construída no imaginário das pessoas.

Acrescida a essa autopercepção por parte dos neófitos da medicina (os estudantes), há também as representações das pessoas em geral. Ao passar no vestibular, o aluno já passa a ser visto de forma diferente por amigos, familiares e conhecidos. Algumas pessoas já fazem “consultas” e trazem exames para os recém ingressos. Apenas um estudante acompanhado falou que não havia sido

“consultado” logo ao passar no vestibular. As seguintes falas sintetizam esse momento da vida do estudante:

“A pessoa passa pra medicina e (os *outros*) já veem como algo diferente, muita gente já chama de médico, outros chamam de doutor. (...) já acham que sabemos demais, que já sabemos de muita coisa” (Aluno do 5º período).

“Acho que, assim as pessoas têm uma concepção de que a pessoa estudou muito pra poder passar, então já tá bem por dentro da área, então já sabe alguma coisa” (Aluna do internato).

É como se o saber médico, e também o próprio profissional, fosse muito inacessível, e ter um estudante de medicina por perto pode ser um fator de aproximação com a medicina, como complementado por outro estudante do internato. Esse “saber” relatado pelo aluno pode corresponder à diferença entre o conhecimento médico e o senso comum, mas também à dificuldade de acesso das pessoas ao saber profissional quando necessitam de atendimento.

Essa relação entre os estudantes admitidos na faculdade e as pessoas já mimetiza a relação profissional. Todos já têm representações coletivas sobre o ser médico e sobre a relação profissional-paciente. Sobre tais representações é importante dizer que desvelam uma dimensão do conhecimento e do saber de um grupo e, desta forma, expõe os princípios que orientam sentimentos e comportamentos dos indivíduos na experiência social cotidiana. Assim sendo, Herzlich (2005) diz que o “sujeito” – sua experiência, o sentido que ele mesmo dá a sua ação – tornou-se objeto de estudo de máxima legitimidade, por isso a ênfase, nesta pesquisa, de captar a fala e as percepções dos estudantes de medicina.

O conceito de representação coletiva tem origem em Durkheim, que coloca:

os conceitos são representações coletivas. Se eles são comuns a um grupo social inteiro, não é que representem uma simples média entre as representações individuais correspondentes. Não são abstrações que só teriam realidade nas consciências particulares, mas representações tão concretas quanto as que o indivíduo pode ter de seu meio pessoal, representações que correspondem à maneira como esse ser especial, que é a sociedade, pensa as coisas de tal experiência própria (DURKHEIM, 1970).

Durkheim informa ainda que as representações coletivas são o produto de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço, mas no tempo; para criá-las, uma multidão de espíritos diversos associou, misturou, combinou suas

ideias e seus sentimentos; longas séries de gerações nelas acumularam sua experiência e seu saber. Concordando com Herzlich (2005), que diz que uma representação social pode funcionar como atributo de um grupo: ou seja, grupos sociais podem identificar-se, perceber-se, aliar-se ou rejeitar-se através dela, percebemos que a visão dos estudantes sobre o curso de medicina e sobre a profissão médica é fruto dessas representações coletivas, das experiências sociais que trazem sobre a profissão.

O imaginário do ingressante no curso de medicina é povoado por diversas experiências, tais como: desejo dos pais de exercer a profissão, o desejo de poder cuidar de um familiar doente, o desejo de identificação com um médico de sua família, ou de um médico que “curou” sua família, o desejo de salvar vidas, o contato precoce e sem respaldo com o cadáver - com a morte -, as teorias, os laboratórios, a impossibilidade de fragilizar-se ou até mesmo desistir, entre tantos outros aspectos da formação médica, são elementos vividos pelos estudantes de medicina e estão relacionados à sua formação e construção da identidade profissional de médico (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

Dini e Batista (2004) explicam que:

são múltiplos os fatores que levam o aluno a estudar medicina. Isto se dá por motivações de natureza consciente e inconsciente, que vão desde o prestígio social e o saber até a atração pela responsabilidade e pelo dinheiro, passando pela necessidade de tornar-se útil e aliviar os que sofrem (p. 199).

Essas percepções são, como afirmam Becker et al. (2007), inespecíficas e idealistas. O autor explica que a ideia do estudante recém ingresso no curso de medicina pode ser sistematizada em duas linhas:

1. Medicina é a melhor de todas as profissões. 2. Quando começamos a praticar, queremos ajudar as pessoas, ter um trabalho agradável e que dê satisfação, sem deixar de preservar os ideais médicos. Queremos ganhar dinheiro suficiente para levar uma vida confortável, mas essa não é a nossa principal preocupação ¹⁵ (p. 72).

Apesar das várias motivações citadas pelos autores, encontramos duas principais entre os estudantes acompanhados na UFPB, as quais se aproximam

¹⁵ Texto original: 1. Medicine is the best of all professions. 2. When we begin to practice, we want to help people, have enjoyable and satisfying work while upholding medical ideals. We want to earn enough money to lead comfortable lives, but this is not our primary concern

mais do que foi demonstrado por Becker. A busca pela medicina por ser uma profissão autônoma, “que não depende de outras profissões” para atuar, e a visão de que, dentre as profissões da área da saúde, a medicina é que traz maior retorno financeiro, como podemos ver a partir dos relatos dos estudantes.

“dentre as alternativas que você tem da área de saúde, medicina, eu acho que é aquela que lhe dá mais autonomia” (Aluno do 2º período).

“eu sempre me interessei, nos estudos, pela área da saúde. E também, nisso tudo, é uma das profissões dessa área mais bem remuneradas” (Aluna do 2º período).

Alguns estudantes falam da busca pela área da saúde de forma geral, de profissões que lidam com o cuidado às pessoas, mas essas características (de autonomia e retorno financeiro) os direcionam para a profissão médica. A representação de um profissional que ganha dinheiro, que detém grande *status* social devido ao que recebe economicamente, faz parte do imaginário do neófito e tem sido histórica e socialmente construída. Pereira-Neto (2001), analisando a construção histórica da profissão médica no Brasil expõe que a discussão sobre formas de garantir poder econômico para os médicos tem registro, pelo menos, desde o início do século XX¹⁶.

A autonomia às vezes foi comparada ao fato de que a medicina pode fazer mais que outras profissões, lembrando Becker, “a melhor de todas as profissões”.

“Pelo fato de atender fisicamente a pessoa... assim... num estado assim... numa situação que outras pessoas não pudessem atender e eu pudesse fazer alguma coisa naquele momento” (Estudante do 1º período).

Outra estudante, da metade do curso, relaciona essa autonomia com o fato de a medicina ser a profissão que “pode salvar vidas”:

“cheguei a cogitar outras profissões, como a fisioterapia, mas sempre focada na área da saúde. Apesar de não ter nenhum parente médico esse desejo de salvar vidas apareceu da forma mais natural possível” (Aluna do 5º período).

¹⁶ O autor se refere ao Congresso Nacional de Práticos, ocorrido em 1922, que foi emblemático para história da medicina no Brasil. Na ocasião, os participantes discutiram, entre outros temas, sobre os riscos da vinculação profissional a um emprego estatal, que resultaria na perda econômica por parte dos médicos, devido ao fato de não poderem manter uma clientela com poder de pagar os honorários.

E, em relação ao ganho monetário, quase unânime entre os estudantes, vemos o seguinte:

“A medicina, quanto graduação, eu escolhi pelo motivo que a maioria na verdade escolhe, né? É muita determinação social mesmo, igual que a medicina é a profissão que ganha mais, é uma lógica totalmente de mercado, ou o curso mais concorrido, quem é mais inteligente, quem tem mais facilidade de fazer as coisas tem que fazer medicina ou direito, por que se não é perda de potencial, né?” (Interno).

Além de esse relato demonstrar a valorização da profissão enfatizando que os estudantes de medicina têm essas características, esse último estudante ainda coloca um fato a mais, que é a busca pela medicina como algo que reflete o potencial cognitivo – a inteligência – do neófito, que seria desperdiçado caso escolhesse uma profissão diferente. Esse comentário nos remete a uma percepção da medicina como uma profissão superior em relação às outras. “Uma vez que você começou na medicina você não poderia trabalhar em **qualquer parte menor** da medicina porque você nunca ficaria satisfeito” ¹⁷ (BECKER et al. 2007, p. 73, grifo nosso).

A relação entre o “potencial” do estudante (e, portanto do profissional) e a determinação social da medicina como profissão superior às demais pode ser encontrada em Dubar (2005), na análise que ele faz sobre abordagens da socialização profissional. O autor explica que o saber (“inteligência”, “maior facilidade de fazer coisas” ou de adquirir conhecimento) está no cerne da profissão. Um saber que é confiado pela autoridade (Estado) a um grupo específico, como se estivesse recebendo uma missão, chamado por ele de mandato. Esse mandato geralmente é acompanhado de um conjunto de “discriminações” contra todas as categorias sociais suspeitas (demais profissões) de não serem capazes de cumpri-lo (p. 180).

PROFISSÃO E PRÁTICA MÉDICA

A Medicina é compreendida por diversos autores como constituída por uma dupla dimensão, que pode ser nomeada de diversas formas: “competência-cuidado”, “objetividade-subjetividade”, “racionalidade-experiência”, “saber-sentir”, entre outras.

¹⁷ Texto original: Once you started in medicine you couldn't work in **any small** part of medicine because you never would be satisfied.

Não são polos facilmente articuláveis e ao mesmo tempo são intrínsecos e inerentes à prática médica, conduzindo necessariamente a uma tensão, compreendida como estruturante dessa mesma prática (MENEZES, 2001, p. 118).

Bonet (2004) também fala dessa “tensão”. Na prática da biomedicina, a tensão entre a busca do saber e os sentimentos despertados nesse processo é um elemento estruturante (p. 11). Pode-se dizer que é a partir dessa relação – saber e sentir - que o profissional vai se formando ao longo do curso e que continua na pós-graduação, sendo estruturante, pois está fundamentando a “medicina vivida” no cotidiano de cada um dos que aspiram à profissão.

A partir das entrevistas e nas observações de acompanhamento dos estudantes de medicina na UFPB, percebeu-se a ênfase quase total nas doenças, ou seja, nas dimensões do saber, da objetividade, da racionalidade (biomédica, como diz Camargo Jr., 2005), da competência. A conversa dos estudantes com as pessoas segue na procura por saber que doenças elas têm. Sempre que se remetem às pessoas, caracterizando-as, falam das doenças. Ex. “aquela diabética”, ou “D. Maria, que tem depressão”. As características ou a vida das pessoas ficam em segundo plano. É como se os alunos, e consequentemente os médicos, fizessem uma “bioidentificação”. Não é apenas dar um diagnóstico que a pessoa vai carregar, muitas vezes, pelo resto da vida, é identificar a pessoa, percebê-la, a partir desse diagnóstico, como a doença que ela porta.

De acordo com Garapinheiro e Areosa (2008), a profissão médica na modernidade está estruturada em:

dois pilares que se assentam na elaboração de diagnósticos (observação e inferência) e na respectiva prescrição e execução de atos terapêuticos. Estas duas prerrogativas são a base que estrutura a autoridade profissional dos médicos (p. 7).

Assim, a profissão busca a produção do diagnóstico que é aquilo para o qual o médico tende em sua relação com o enfermo, como diz Bonet (2004). Um diagnóstico nosológico, unicausal, encontrado a partir de manifestações físicas de alterações celulares e moleculares. É “a valorização da química e da célula”, citando Da Ros (2004, p.237).

Isso ocorre, de acordo com Camargo Jr. (2007), devido a reificação da doença. Através dessa reificação, há o deslocamento do indivíduo doente para sua

doença no foco do olhar médico. O artefato heurístico para lidar com determinadas modalidades de sofrimento torna-se coisa, às expensas de seus portadores (p. 65).

Ainda sobre essa predominância da doença, Foucault (2011) diz que:

o ato fundamental do conhecimento médico é estabelecer uma demarcação – situar um sintoma em uma doença, uma doença em um conjunto específico e orientar este no interior do plano geral do mundo patológico (FOUCAULT, 2011, p. 31, grifo nosso).

Além de associar a pessoa à doença que ela tem, e, portanto, vê-la apenas como portadora de uma patologia, essa associação, para os estudantes, ocorre como se tivesse que falar da doença para caracterizar que é aluno do curso de medicina. Isso, inclusive, é solicitado pelas pessoas que já levam exames e perguntam sobre diagnósticos aos estudantes que acabaram de passar no vestibular.

Quando falam com uma pessoa e não “acham” a doença, os alunos dizem: - “não tem nenhum problema de saúde”. Dessa forma, não se tem o que fazer. Isso reflete um pensamento curativista mesmo tendo o conhecimento dos determinantes e condicionantes da saúde.

Como já vimos, para a grande maioria dos estudantes existe uma motivação financeira para a escolha pela medicina. Apesar disso não ser o fator preponderante para a opção profissional do ingressante, é um aspecto que vai ganhando corpo quando se pensa na pós-graduação, em qual área da medicina o egresso seguirá. Essa busca por uma área médica específica faz parte da vida do estudante desde antes de sua chegada à faculdade. Mesmo não tendo certeza de qual área seguir, o estudante já traz o imaginário da especialidade:

“Eu já pensava ah essa aqui (especialidade) eu acho que não vou querer não, desde que entrei eu já sabia mais ou menos o que eu não queria” (Aluno do 5º período).

Tanto a formação do estudante como a profissão médica estão estruturadas em torno das especialidades médicas. Para uma estudante do 5º período isso ocorre devido à complexidade do ser humano:

“o ser humano é repleto de complexidade e por isso as subdivisões existem para que existam profissionais conhecedores dos mínimos detalhes daquilo

que se propuseram a estudar e seja mais fácil resolver os problemas dos pacientes.”

Para Souza (2001), a especialização do conhecimento médico colabora, evidentemente, para o sonho do domínio total de um determinado campo de conhecimento e para a atomização da prática médica, cada vez mais reduzida a uma intervenção imediata de uma “técnica sobre um pedaço de corpo, sobre um corpo fragmentado”, como se nada fosse mediado pela relação entre os sujeitos sociais dessa prática (p.88).

Essa análise, relacionada à visão da estudante, é associada a uma tendência ideológica por Da Ros (2004), que, mesmo partindo de uma ideia de complexidade do indivíduo, enfatiza a necessidade de se especializar o saber e o fazer. É uma tendência ideológica de valorização do conhecimento fragmentado, como se fosse fundamental repartir o ser humano para estudá-lo em profundidade, ou seja, um pensamento na lógica positivista.

Ainda nesse sentido, Schraiber (1993) explica que nesse ambiente de transformação tecnológica, como o que ocorre na medicina ocidental moderna, a predominância de uma ideologia positivista conferindo caráter “científico” à prática médica aplicada à assistência hospitalar, em que o hospital aparece como o espaço privilegiado da intervenção curativa, as concepções biologistas e individualizantes acentuam a tendência às especializações e à fragmentação profissional do trabalho médico.

No entanto, Lampert (2009), alerta que:

a abordagem restrita ao corpo dos pacientes e de suas partes reduziu a visão do contexto social, no qual o indivíduo se insere. A prática empírica deu lugar à prática indissociável da investigação científica e técnica e uma nova forma de atuar sobre o corpo humano moldou o perfil da profissão médica moderna, que se divide em especializações e subespecializações. Essa divisão de tarefas profissionais em especialidades tende a segmentar não só a formação, mas também a própria corporação, pois forma organizações específicas, as sociedades de especialistas (p. 45).

Mas, mesmo concordando com a autora quanto à segmentação da formação e da corporação, esse processo é o que vemos atualmente e que foi construído historicamente na profissão. A construção da profissão médica em bases de especialidades focadas em partes do corpo, faixas etárias ou doenças específicas nos acompanha desde o início do século passado. Esse processo se aproxima da

ideia biomédica da importância do diagnóstico – separar torna mais fácil chegar à resposta do diagnóstico (PEREIRA-NETO, 2001).

Isso se reflete no currículo das escolas médicas que possuem uma organização na qual:

“É mais comum a visão especializada, principalmente pelo curso não se esperar como um todo na verdade. Que no primeiro período você entra no curso e já vem te perguntar o que você vai ser. Assim, vou ser médico, mas querem saber a especialidade que quer ser. Assim, perdeu a característica do que é ser médico, por que o médico é um especialista, se você terminar o curso tem que fazer a especialização” (Estudante do Internato).

Nesse sentido, os alunos são praticamente obrigados, e são, se considerarmos a ideia de coercitividade das representações coletivas, a buscarem uma especialidade que trabalhe com partes do corpo (cardiologia, pneumologia, gastroenterologia¹⁸) ou com doenças específicas (oncologia¹⁹). A representação máxima da corporação no Brasil, que é o Conselho Federal da Medicina, naturaliza essa busca pela especialidade incluindo a residência médica²⁰ como integrante visceral da formação do médico. Esse posicionamento encontra-se em um material direcionado a estudantes de medicina de todo o país (CFM, 2004).

De acordo com Dubar (2005), durante o processo de formação há a constituição de um “grupo de referência” no interior da profissão, que representa uma antecipação das posições desejáveis e uma instância de legitimidade das capacidades dos alunos. Esse grupo de referência pode estar caracterizado na biomedicina como grupo de grandes especialistas, que gozam de *status* entre os pares e na sociedade.

Muitos estudos na área da educação médica abordam esse aspecto da escolha por uma especialidade. O conteúdo intelectual da especialidade, previsão de ganho financeiro no futuro, foco em abordagens a doenças agudas e o prestígio social da especialidade correspondem às principais motivações para a escolha, inclusive em tempo precoce na graduação, segundo Khader et al. (2008). No Canadá, uma pesquisa demonstrou que o baixo retorno financeiro afasta os

¹⁸ Especialidades responsáveis pelo atendimento às doenças do coração, dos pulmões e do sistema gastrointestinal, respectivamente.

¹⁹ Especialidade que foca o diagnóstico e o tratamento do câncer.

²⁰ Residência médica é o nome do programa de pós-graduação na área médica. Significa formação em serviço e prepara o egresso do curso de medicina para exercer uma determinada especialidade. A duração da residência depende da especialidade escolhida pelo graduado.

egressos de algumas especialidades, em especial da medicina de família (ou da atenção primária, como denominam naquele país) e da carreira acadêmica (HORN et al. 2008).

Como elemento definidor da escolha da especialidade, é evidente a questão financeira, como já relatada anteriormente. A maioria dos alunos entrevistados explicou que são escolhidas especialidades que dão um maior retorno financeiro, e também as que executam procedimentos técnicos (que também estão mais relacionadas à aquisição monetária no futuro). Pode-se, através desses fatores (retorno financeiro e realização de procedimentos), encontrar especialidades que são mais valorizadas e procuradas pelos estudantes que outras.

“Uma profissão que dê mais, assim, que pague mais, eu acho que tem mais prestígio” (Aluna do 1º período).

A visão dos pacientes em relação à especialidade (reputação da especialidade) foi colocada por um aluno como motivo de escolha dos egressos:

“Os pacientes tendem a valorizar especialidades que tenham resultados visíveis ou imediatos, como acontece na cirurgia. Tendem a menosprezar coisas que, embora complexas, os resultados não são visíveis: como epidemiologia, saúde da família etc. Os médicos tendem a valorizar especialidades de difícil acesso e/ou as que permitam se ganhar muito dinheiro” (Estudante do 5º período).

A questão da realização de procedimentos é marcante no meio acadêmico, além de sua motivação pela escolha da especialidade médica na pós-graduação. A formação médica antes das diretrizes curriculares dividia o curso em dois momentos, um ciclo básico (pré-médico ou pré-clínico) e um ciclo profissional ou clínico. Terminar com essa divisão foi uma das principais propostas das reformas dos currículos das instituições de ensino, considerando a necessidade de que o estudante precisa estar inserido na prática e se relacionar com pacientes desde o início da graduação. Algumas ações têm sido motivadas a partir, também, da reforma dos sistemas de saúde, com a mudança de enfoque das práticas assistenciais, levando em conta as ações relacionadas à promoção em saúde, em contraposição a práticas meramente curativas, em geral desenvolvidas em contextos especializados (RONZANI, 2007).

Com o advento da mudança do currículo, pensando o tema da realização de atividades práticas no início do curso, há um discurso por parte dos alunos e de alguns professores de que falta alguma coisa, de que não dá pra se relacionar com as “pessoas vivas” sem um instrumento. Mesmo quando se parece entender o propósito da atividade e se percebe o potencial de promoção de vida e de saúde que ela pode gerar, existe a fala: - “não conseguíamos passar remédio e pedir exames, mas falar já era o bastante” (estudante do segundo período). Os estudantes têm a sensação de que não sabem o que falar quando se encontram diante de uma “pessoa viva”, e não do cadáver na anatomia. Alguns chegam a dizer que isso não deveria ocorrer no início do curso, pois ainda não aprenderam “o que falar”.

Esse “falar” está relacionado com a possibilidade de intervir, de executar uma ação característica da profissão, de fazer um diagnóstico e elaborar um plano terapêutico, lembrando Bonet. Os alunos são praticamente cooptados, no decorrer do curso, por um pragmatismo que exclui qualquer outro valor que não o da eficácia da ação e desconsidera o valor de verdade no discurso, como desconsidera o valor da palavra e dos sentimentos (SOUZA, 2001).

Pode-se dizer que há um modo instrumental de agir, que está estruturado como se o curso ensinasse uma forma de “falar” – representada pela técnica. Mesmo realizando uma ação necessária ao futuro profissional e aparentemente trivial, que é a comunicação entre pessoas, a ideia é que o “falar aprendido” tira o medo da incerteza. É possível refletir se é uma estratégia “contra a insegurança” ou uma diferenciação a partir de uma lógica de poder? Uma violência simbólica, retomando Bourdieu (2008). Há um momento do curso no qual se “aprende a falar”, quando passam pelo módulo de semiologia (técnica de exame clínico) no quarto semestre.

O fato de não saber o que “falar” leva a uma imobilidade, uma dificuldade de participar de atividades que não estejam relacionadas às provas e exames do curso. A sensação de que não se tem o que fazer sem o conhecimento técnico e sistematizado gera essa imobilidade. É como se a técnica estabelecesse as relações, como relações mediadas pela técnica. É a construção aprendida de um processo de trabalho morto, lembrando Merhy (2007). A aparente falta da técnica gera nos alunos um sentimento de impotência diante de situações experienciadas, além de dar a ideia de que não se tem nada o que fazer.

Contradizendo essas sensações dos estudantes podemos encontrar uma avaliação dos trabalhadores de uma equipe de saúde de João Pessoa que recebem estagiários da universidade. A equipe de saúde avalia o semestre muito positivamente, enfatizando a importância dos estudantes e professores no cotidiano das atividades e atendimentos. Alguns agentes comunitários de saúde trazem relatos de famílias acompanhadas por estudantes do primeiro e segundo período do curso que proporcionam importantes mudanças na vida das pessoas, o que pode ser notado com algumas falas reproduzidas pelos ACS: “minha vida se resume a antes dos estudantes e a depois dos estudantes, antes eu nem queria mais viver”; “se não fosse por eles, acho que ainda estava esperando marcar as consultas”. Percebe-se que o cuidado pode ser realizado desde o início do curso.

Os estudantes recriminam a falta de um roteiro para falar, o roteiro da anamnese²¹ que é aprendida no quarto período no módulo de semiologia. “E se eu me esquecer de perguntar alguma coisa?” (estudante do 4º período). A fala fica instrumentalizada e resumida ao roteiro. Fica-se tentando lembrar o que perguntar, e às vezes cria-se um desconforto e uma sensação de não saber, que angustia o aluno. Numa consulta realizada por estudantes, quando o professor demora para voltar pra sala de atendimento para fazer a supervisão, diz-se que o paciente fica ansioso e apressado. Será o paciente ou o estudante que já tem a sensação de que não sabe mais o que perguntar?²²

Quando, no início do curso, os estudantes iam para uma visita domiciliar, ou a uma unidade de saúde na comunidade, questionavam se iriam fazer o “papel de médico”. Note-se a representação de que esse papel geralmente se associa aos procedimentos de solicitar exames, ou examinar com algum aparelho, e prescrever medicamentos. Parece que esse papel promove certo distanciamento mediado pela técnica. “Não vale a pena se apegar às pessoas quando estão com doença terminal” comenta um estudante do primeiro período. Isso ocorre pela sensação de que não há o que fazer? Que não há mais procedimentos a serem feitos?

²¹ Anamnese corresponde à entrevista estruturada realizada pelo médico com o paciente na busca dos fatos (sinais e sintomas) que se relacionam com a doença, a fim de se chegar a um diagnóstico.

²² Esse é o exemplo de uma das atividades práticas que ocorre no decorrer do curso. Alunos, geralmente em dupla, realizam o atendimento de um paciente no ambulatório. Dependendo do período em que os estudantes se encontram, há o acréscimo de intervenções executadas. O caso relatado se refere à prática com alunos do 4º e 5º períodos, os quais são responsáveis por realizar a anamnese do paciente e repassar para o professor os problemas encontrados. Como um professor supervisiona um grupo de vários estudantes, ele tem que se deslocar de um consultório para outro onde estão ocorrendo as consultas, o que leva à espera pelo docente.

Além da realização de procedimentos, algumas especialidades mexem com o imaginário do estudante e, portanto, encontram-se dentre as mais procuradas na pós-graduação. Algumas trazem a ilusão de algo quase metafísico, ou seja, de que o profissional especialista é um “ser superior”. Também se relaciona ao fato de conseguir desvendar grandes mistérios, fazer coisas que ninguém consegue, ser capaz de acabar com as doenças e a morte.

“muito procurada a parte de neurocirurgia, eu acho que tá mexendo com... por exemplo, você tá mexendo diretamente com o cérebro que tá o que? Que de muita forma de afetar diretamente a vida de uma pessoa” (Aluno do 5º período).

“assim, porque eu gosto muito de coisas desafiantes, e o câncer é desafiador, porque não tem cura, que você lida com um paciente que, poxa, acha praticamente que ele vai morrer, que num vai ter jeito, né. E eu acredito que as coisas não são bem assim, que você pode oferecer uma melhor qualidade de vida, pode estudar mais sobre isso... eu acho uma especialidade (oncologia) desafiadora” (Aluna do 2º período).

Ou então vemos a procura por especialidades que associem o raciocínio com a execução de procedimentos.

“Porque envolve clínica e a parte cirúrgica e eu gosto das duas áreas, nem só cirurgia e nem só clínica, queria uma coisa que envolvesse essas duas coisas, entendeu? Aí por isso foi outra... outro motivo pra eu escolher otorrino” (Aluna do internato).

Desde o primeiro período, já se nota o rechaço a algumas áreas da medicina, como a saúde coletiva e saúde da família, e mais recentemente à pediatria e à ginecologia e obstetrícia. Já se sabe quais áreas da medicina são mais valorizadas, e geralmente são aquelas relacionadas à execução de procedimentos (cirurgias, exames de diagnóstico), como radiologia, anestesiologia e as diversas áreas cirúrgicas. No trabalho de Horn et al. (2008), os autores demonstram que há mais procura pela cardiologia do que por geriatria, doenças infecto-contagiosas, endocrinologia, reumatologia e imunologia juntas.

Isso algumas vezes aparece como uma observação do mercado – ganham melhor aqueles especialistas que fazem procedimentos. Além disso, há também a ideia do prestígio diante do Estado e da sociedade, como lembra Pereira-Neto (2001):

A subdivisão de especialidades em áreas particulares de domínio do conhecimento e da prática na medicina implicou o estabelecimento de uma

hierarquia entre elas. Esta paulatina estruturação hierárquica se traduziu nos postos de poder e prestígio que cada especialidade passou a assumir no mercado. No início do século XX, por exemplo, com a enorme difusão da tuberculose, a tisiologia tornou-se uma especialidade com muito mais prestígio e poder que as outras (p. 48).

É perceptível, a partir da visão dos estudantes, essa hierarquia entre as especialidades médicas. O olhar mercantil contribui até para fazer uma análise distorcida de qual área é mais importante, ou em que área o estudante será “mais médico”.

Dubar (2005) explica que isso ocorre devido a uma relação de forças dentro do campo médico, no qual uma parcela dominante da classe (especialidade) dominante pode dominar qualquer campo convertendo parte do seu capital econômico em capital, cultural ou simbólico. Dessa forma, a especialidade aumenta seu patrimônio (riqueza), melhora sua posição (prestígio) e aumenta seu poder legítimo, ou seja, “a estrutura ótima da combinação do capital econômico, do capital cultural e do capital simbólico” (p. 89).

Em relação à saúde da família e/ou saúde coletiva, a ideia geral dos estudantes, ao chegarem a uma unidade de saúde, é de que nada serve, de que tudo está acabado. Como se o sistema público fosse ruim e prestasse uma saúde sem qualidade, e, portanto os médicos que trabalham nesse sistema têm qualificação inferior aos outros que atuam no sistema privado ou em outro nível de atenção. Não é apenas a questão entre sistema público e privado que está aí relacionado, até porque a grande maioria dos profissionais atua em ambos, mas é o pensamento imaginário da complexidade da especialidade, geralmente associada a uma determinada parte do corpo, como o cérebro e o coração, que promove a desvalorização de algumas áreas da profissão. Como relata o estudante do segundo período:

“é como se o generalista tem que saber abranger tudo e você abranger tudo, por exemplo, eu tenho que abranger tudo, mas uma das coisas que eu tenho que abranger se eu fosse ministrar isoladamente eu usaria o tempo que eu uso pra estudar tudo, entendeu? Aí, como é que uma coisa isolada requer tanto tempo e ao mesmo tempo eu vou estudar ela junto com outras coisas dividindo o mesmo tempo? Entendeu?” (Aluno do 2º período).

A visão do médico generalista é a de um profissional que sabe de muita coisa e não sabe de coisa alguma. Se é necessária uma vida toda para estudar e se

aprofundar em uma área ou órgão específico, como um profissional pode querer saber de tantas coisas?

As áreas de pediatria e obstetrícia também não fazem mais parte das possíveis opções dos futuros médicos. Na maioria das vezes, a impressão do aluno quanto a isso é vaga:

“um dos motivos que também me fez rejeitar pediatria, da mãe ficar ligando pro médico e tal, a mesma coisa da obstetrícia, ligar e tal, de madrugada... eu penso na minha qualidade de vida” (Aluna do Internato).

Mas podemos pensar que o distanciamento do procedimento e, portanto, do retorno financeiro, também contribuam para a não escolha dessas especialidades.

Não é só entre as especialidades médicas que se percebe a diferença de prestígio e poder, mas também entre a medicina e outras profissões da área da saúde. Essa diferença entre profissões é percebida de duas maneiras, uma no momento da escolha pela carreira e a outra no trabalho inter-profissional.

Há um discurso de solidariedade subjacente às motivações que levam o estudante a escolher fazer medicina, mas, quando questionados em relação a outras profissões de saúde que também podem contribuir para o cuidado das pessoas, o mercado de trabalho pesa mais a favor da profissão médica.

“tentei (fazer outro curso), por causa do vestibular, porque eu não tava passando. Aí eu fiz enfermagem, passei, fui uma semana e desisti” (Aluna do 2º período).

Apesar de a maioria dos estudantes acompanhados dizerem que o médico é integrante da equipe de saúde e que, portanto, deve trabalhar conjuntamente, percebe-se a hierarquia existente entre as profissões:

“você é líder por quê? Por que normalmente você é o que tem mais informação, em termos de... do conhecimento. Porque, assim, se fosse uma escadinha né...” (Aluno do 2º período).

“(há uma diferença) de responsabilidade também, eu acho que quem lida mais com o peso de um diagnostico, de uma coisa assim é o médico, aí tem o... do médico ser um... assim, qualquer dúvida de um enfermeiro tem né, corre a quem?” (Estudante do 2º período).

Tanto Freidson (1995) quanto Dubar (2005) contribuem para explicar essa relação entre a profissão médica e as demais profissões da área da saúde. O primeiro autor fala que a profissão médica realiza um trabalho qualificado, que é:

o trabalho especializado que não pode ser desempenhado mecanicamente, pois as contingências de uma tarefa em particular variam tanto, em relação a outras, que o trabalhador precisa ter considerável discernimento para adaptar seu conhecimento e sua qualificação a cada circunstância, a fim de trabalhar com sucesso (FREIDSON, 1995, p.2).

Enquanto que outras profissões desempenham um trabalho “semiqualeificado”, realizando atividades subordinadas, mecânicas e repetitivas.

Já Dubar (2005, p. 177) afirma que o profissional (aqui enfatizando que a medicina é a profissão principal diante das demais) é a um só tempo quem pode delegar os “trabalhos desagradáveis” a terceiros e conservar apenas o que está ligado a uma satisfação simbólica e a uma definição prestigiosa (“curar os doentes”).

CAPÍTULO 3: CURRÍCULO E “PARA-CURRÍCULO” NA FORMAÇÃO DO MÉDICO

GRADUAÇÃO EM MEDICINA E PROCESSOS DE MUDANÇA CURRICULAR

Discutimos até o momento a predominância da racionalidade biomédica e a necessidade de se desviar o foco da doença para o cuidado na profissão médica. É fundamental ampliar essa reflexão analisando a formação médica – o currículo das escolas médicas – e o processo de mudança que vem ocorrendo no Brasil e no mundo.

Até o final do século XIX e início do século XX, não havia uma normatização quanto ao funcionamento das escolas médicas, atuando, cada instituição de ensino, de forma autônoma e com um currículo que achava ser o melhor. No começo do século XX ocorreu, nos Estados Unidos, uma revisão das práticas e da formação médica, a partir de uma avaliação realizada em todas as escolas do país. Foi em 1910, que Abraham Flexner²³, com o objetivo de dar ao ensino médico uma base científica sólida, avaliou as escolas médicas, propondo reformulação e modernização do ensino médico, com características mecanicistas, biologicistas, individualizantes e de especialização da medicina, com ênfase na medicina curativa e exclusão das práticas alternativas e da abordagem social (KOIFMAN, 2001).

Alguns aspectos publicados por Flexner correspondem à criação de um curso de medicina dividido em um ciclo básico (não clínico, em laboratórios com cadáveres) e um ciclo profissional (clínico, com pacientes), à ideia de que o lugar privilegiado para estudar a doença era o hospital e que a clínica era a ciência médica (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Em publicação anterior, Da Ros já colocava que, além dessa separação básico-clínico e da ênfase hospitalar, havia um aparato ideológico na constituição do ensino médico, que afirmava que a base diagnóstica deveria ser física e biológica, que o ensino em especialidades era melhor, que

²³ Flexner era professor da Johns Hopkins University, financiada pela Rockefeller Foundation (BULCÃO et al. 2007). Ele foi contratado para investigar o ensino médico nas mais de 150 faculdades de medicina que havia nos Estados Unidos, cada uma instituindo o ensino de forma livre. Como resultado da investigação, Flexner propõe que o ensino médico siga o modelo da Johns Hopkins University. Como muitas instituições não tinham recurso para se adequarem, foram fechadas (DA ROS, 2004). Em 1910, a pesquisa de Flexner foi publicada como *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*.

denunciava as “seitas médicas” como a homeopatia e ainda que discriminava mulheres e negros que tentavam a profissão (2004, p. 231).

Nesse sentido, o pensamento contido no Relatório Flexner era de que a doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença. Ou seja, é o modelo unicausal do adoecimento.

De acordo com Pereira-Neto (2001) essa discussão do ensino médico também ocorria no Brasil na mesma época (início do século XX). Em 1915, foi aprovado o Decreto-lei 11.530, que instituiu normas para o reconhecimento do ensino e emissão de diplomas (p. 110). Na época, já havia o debate valorizando o ambiente hospitalar e discriminando os chamados “indesejáveis” – homeopatas, curandeiros, espíritas. Apesar de a lei de 1915 não abordar diretamente a divisão entre os aspectos físicos/biológicos e os sociais/coletivos, como contido no relatório Flexner, na época já ocorria esse debate que tomou corpo com o crescimento da representação da força do complexo médico-industrial no país.

Essa separação entre o biológico e o social caracteriza a racionalidade da disciplina das doenças, com a medicina tendo por objeto o conhecimento, e por objetivo o combate das doenças, individuais ou coletivas, e não a reforma da sociedade (LUZ, 2004).

Freidson (2009), analisando essa época da medicina, ou seja, final do século XIX e início do século XX, quando da elaboração do relatório Flexner, expõe que:

no final do século XIX havia não só um enorme número de “médicos” nos Estados Unidos, mas também uma grande confusão para assimilar e comunicar ao público os avanços científicos do século ou ganhar sua completa confiança. Apenas no século XX a licença foi amplamente estabelecida nos Estados Unidos, baseada em um modelo uniforme de educação médica (FREIDSON, 2009, p. 41).

O resultado disso, para o autor, foi a criação de uma sólida base técnica de treinamento que garantiu à medicina a conquista da confiança das pessoas e o controle sobre a prática de cura como nunca havia acontecido antes (FREIDSON, 2009).

Segundo Cruz (2004), desde as décadas de 40 e 50, começou-se a perceber que o modelo formativo proposto por Flexner não conseguia suprir as necessidades

de saúde das pessoas e populações e vários movimentos de reforma curricular surgiram no mundo e no Brasil.

Algumas instituições importantes como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e fundações internacionais como a Fundação Kellogs passaram a analisar a educação médica e a dar corpo a processos de mudança da formação a partir da década de 60, inclusive no Brasil²⁴. No entanto, devido ao poder concentrado no aparato médico-industrial e na biomedicina, as mudanças foram muito tímidas até o final do século passado, no qual preponderou a avaliação e análise das repercussões sociais no processo saúde-doença.

Os anos 80 são marcados por diversos movimentos no setor saúde, tendo, no Brasil, a Reforma Sanitária²⁵ como carro-chefe na luta pela democratização da saúde e criação de substrato para mudanças nas práticas médicas no intuito de atender e garantir as necessidades da população.

A ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica), juntamente com o Conselho Federal de Medicina e algumas outras entidades médicas e estudantis, criou, em 1991, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que operou até 2002 no sentido de avaliar o ensino médico no Brasil (CRUZ, 2004).

Esses movimentos de avaliação e mudança na estrutura do currículo médico diagnosticaram que a formação médica estruturava-se a partir de uma abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada – a racionalidade da biomedicina. O modelo pedagógico hegemônico de ensino era centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

²⁴ Em 1962, foi criada a Associação Brasileira de Escolas Médicas, rebatizada em seguida com o nome de Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), que tinha como objetivo acompanhar e problematizar a formação médica, propondo reformas curriculares para os cursos de medicina.

²⁵ A Reforma Sanitária foi um movimento que contou com a participação de diversos setores da saúde, de trabalhadores e movimentos sociais, de Instituições de Ensino e da Igreja através das Comunidades Eclesiais de Base, e que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Essa Conferência, um marco para a democratização da saúde no país, deliberou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), contido na Constituição Federal de 1988 (PAIM, 2008).

Os resultados das avaliações dos currículos não demonstraram muita diferença do que já se sabia em relação ao proposto no Relatório Flexner. A questão maior que se apresentava era a insuficiência de resposta às necessidades de saúde da população. Grande parte da população mundial sem acesso à saúde, morte por doenças que deveriam estar erradicadas, doenças sendo negligenciadas por atingirem minorias populacionais pobres (a exemplo da malária no Norte do Brasil). Diante disso, a pretensão era a de que através das mudanças curriculares se mudasse a assistência médica às pessoas. O currículo, então, deveria ser diferente.

Os currículos expressam o modo como uma instituição educacional se vê no mundo, ou seja, qual o seu papel, que relações ela deve estabelecer, quem são seus interlocutores, como se concebe o conhecimento (como ele é produzido, para que serve), como se concebe a educação, qual o melhor jeito de aprender, como a escola se organiza considerando os elementos anteriores, o papel (e o poder) que cada um tem dentro da escola (FEUERWERKER, 2002, p. 23).

Considerando o que a autora diz e associando com a necessidade de melhorar a saúde das pessoas e populações, as propostas, a partir do diagnóstico da CINAEM, foram de inserir o estudante no campo de prática precocemente, terminando com o ciclo básico e profissional, pensar na formação de um profissional com uma visão holística da medicina e da saúde, não ter o hospital como único local de atuação (CINAEM, 2000 apud CRUZ, 2004).

Essas propostas serviram de base para a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina aprovadas pelo Ministério da Educação em 2001. De acordo com as diretrizes, o médico egresso deve ter visão:

generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (CNE, 2001).

E continua dizendo que para isso:

os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina (CNE, 2001).

Mesmo com a elaboração das diretrizes nacionais para os cursos de medicina, percebe-se que elas constituem-se apenas em uma indicação, uma recomendação, já que, no Brasil, as universidades gozam de autonomia.

Os processos de reforma curricular não ocorrem tranquilamente e sempre envolveram disputas ferozes e negociações complicadas porque a definição das cargas horárias das disciplinas refletia o jogo de poder entre departamentos e professores: a carga horária tinha menos que ver com a relevância do conteúdo e mais com o poder dos mestres.

Essas resistências às mudanças curriculares estão relacionadas à manutenção do poder e *status* da profissão médica. Isso, segundo Garapinheiro e Areosa (2008), associa-se ao fato de que as profissões detêm um conhecimento especializado, específico, abstrato e adquirido em instituições formais, normalmente universidades, o que expressa uma das fontes do domínio do poder. Estabelecer um processo de mudança, nesse sentido, implicaria em uma mudança ou reconfiguração das bases do poder profissional. Retornando à questão de que as universidades gozam de autonomia, é importante refletir: a universidade é autônoma para organizar os currículos ou há a pressão da corporação para que se siga o caminho formativo estabelecido por ela?

Além disso, há frequentemente a reafirmação do discurso de não mudança (DA ROS, 2004, p. 237), baseado em uma tendência ideológica que se aproxima da valorização do complexo médico-industrial, da visão do médico como o profissional que detém mais poder diante das demais profissões, do foco na doença e no fechamento para outras racionalidades que não a médica hegemônica, como afirmam Tesser e Luz (2008). É a tendência a definir e manter a uniformidade do discurso biomédico, como vemos no poder institucional retratado por Douglas (1998). Nesse contexto é tão complicada a negociação que alguns processos de inovação curricular chegaram a levar dez anos, ou ainda não ocorreram totalmente nos dias de hoje (FEUERWERKER, 2002).

Basta vermos o que dizem alguns estudantes quanto a isso:

“os professores já brigavam muito em relação ao tempo (das disciplinas) que tinha diminuído e tal, acabaram priorizando mais as aulas teóricas do que as práticas, tinham os ambulatórios, realmente tinham, mas eu achei que foi pouco... em relação a parte teórica” (Aluna do internato).

“acho que tem essa questão de colocar muitas coisas que não são importantes, e esquecer coisas que realmente vai ser do cotidiano, questão da prática, que é muito ruim dentro do curso, você tem uma relação teórico/prática muito diminuída assim, você estuda muito, mas qual é o problema? Você estuda para prova, você não estuda para aprender, que é diferente aqui no internato, que você estuda, para quando o paciente chegar você conseguir fazer intervenção” (Aluno do internato).

As aulas dedicadas ao que os alunos chamam de “práticas” são insuficientes e o curso é fragmentado, mesmo após a implantação de uma nova estrutura curricular, com cada parte sendo controlada por uma especialidade médica. Somando isso à predominância da visão biológica e tecnicista, encontramos a análise de Lampert (2009) sobre a contradição entre essa formação e a resposta às necessidades de saúde da população:

Entre os problemas mais evidentes, em primeiro lugar, está a fragmentação do objeto de trabalho; ainda que limitado ao plano biológico, não se tem acompanhado de um momento substantivo do trabalho em equipe, mesmo que a prática se tenha localizado em instituições complexas²⁶. Em segundo lugar, a aceitação dos avanços técnicos produzidos em países centrais supõe uma ênfase em patologias que nem sempre representam os problemas mais relevantes nas sociedades que os importam (p.54).

Lembramos, aqui, de um relato feito por um aluno numa discussão sobre o currículo – “o professor colocou na prova uma questão sobre um tumor que ele falou na aula; ele disse que em trinta anos de profissão, nunca tinha visto aquele tumor, mas que era importante aprender” (aluno do internato).

Por último, o desenvolvimento de subespecialidades nem sempre está associado à necessidade de dominar um corpo de conhecimentos em contínuo crescimento. Muitas vezes se trata do domínio de uma técnica ou da utilização de um aparelho que, por sua rentabilidade, justificam a dedicação exclusiva do profissional a sua aplicação (LAMPERT, 2009, p. 54).

Apesar dos vários diagnósticos quanto à realidade dos cursos de medicina e as necessidades de mudanças, parece que a racionalidade que “deve” organizar os novos currículos continua sendo a biomédica. A cientificidade da medicina, advinda dos conhecimentos das várias ciências do antigo ciclo básico é quase uma questão essencial. Quando questionados em relação ao que está deficiente na formação, estudantes e professores falam praticamente em uníssono:

²⁶ É importante lembrar as diferenças entre as profissões, já citada.

“De fato, aquelas disciplinas de anatomia e fisiologia que eram dadas muito, assim, por cima, era uma carga horária assim, muito assunto, pouco tempo, aí não dava pra ter certo tempo pra estudar como você queria” (Estudante do 5º período).

“O sete, o oito e o nove²⁷, que é neuro, osteolocomotor e sensorial, aí eu acho que sobrou muito pouco tempo pra trabalhar algo muito importante, entendeu?” (Aluno do 2º período).

“Vou defender a oncologia e a farmacologia” (Professor de Clínica).

Mesmo os alunos que fazem críticas quanto ao ciclo básico e as disciplinas nele contidas, colocam-nas como algo dependente da competência e profissionalismo docente:

“Anatomia deveria ser enfatizada MENOS. A maneira como está sendo ensinada torna a disciplina quase irrelevante. Anatomia deveria ser ensinada relacionando com o porquê aquela informação é necessária. Por exemplo, decorar origem e inserção de cada músculo é um exercício inútil, uma vez que ninguém vai lembrar aquela informação dois meses depois” (Aluno do 5º período).

“Em termos de disciplinas, não vejo a necessidade de extinguir algo, mas, sim, em termos de logística, como a irresponsabilidade de determinados professores que não cumprem sua carga horária; o raciocínio memorizador e pouco crítico” (Aluno do 4º período).

Se considerarmos, por outro lado, o que na visão de estudantes e professores deveria ser menos enfatizado durante a formação, percebemos a aproximação com as disciplinas ou módulos de saúde coletiva, saúde da família e formação médica, e ainda com as áreas da medicina chamadas de complementares (homeopatia, fitoterapia). Percebe-se a relação entre essas disciplinas e as especialidades médicas menos valorizadas.

“Eu acho que em relação a saúde da família, eu acho que foi demais, entendeu? É importante, claro, mas eu acho que foi demais, em excesso. Todos os períodos ter isso, eu acho que se pegasse pelo menos metade do tempo que gastaram e fizesse uma abordagem assim eu acho que seria suficiente” (Aluna do internato).

“Saúde coletiva é uma grande área da medicina e deveria ser tratada como tal, uma disciplina como todas as outras. Não haveria necessidade de passarmos 5 períodos + 1 rodízio do internato em uma mesma área; 2 ou 3 + internato já seriam suficientes. Além disso, a formação médica e a ética médica são excessivamente estudadas por 7 períodos. Poderiam ser facilmente condensadas em 2 a 4 períodos” (Aluna do 5º período).

²⁷ Aqui o aluno se refere aos números dos módulos (antigas disciplinas).

Além da disputa por espaços das disciplinas dentro da instituição de ensino, parece haver também, na dificuldade de implementação das reformas curriculares, a resistência, por parte dos médicos professores, a se aproximarem dos cenários que se distanciam do ideal de prática que cultivam: especialista com alguma inserção em hospital privado de alto nível e com prática “liberal” em um consultório privado. A este ideal correspondem, como cenário ideal de práticas, o hospital e outros equipamentos que permitem acesso às tecnologias (FEUERWERKER, 2002, p. 17)

De acordo com Lampert (2009):

Se o ensino é executado predominantemente em função da prática liberal, oferece ao estudante um modelo assistencial bastante curativo, centrado no indivíduo e voltado para a especialização em segmentos/partes/sistemas e órgãos do ser humano. Se o ensino for executado, contando com uma prática docente desenvolvida em instituições assistenciais organizadas sob a meta de cobertura, nos princípios da carta de Alma-Ata e da carta de Ottawa²⁸ sobre a promoção da saúde, o contexto de aprendizagem se amplia (p. 40).

Há, portanto, uma associação da inserção do médico no mercado de trabalho com o processo de formação profissional. Essa inserção através de uma prática liberal está intimamente ligada à racionalidade biomédica que é transmitida aos estudantes durante a graduação e que já está presente nas representações coletivas sobre a profissão.

Observar essa associação é importante, pois a disputa que ocorre no âmbito das universidades quanto aos processos de mudança na graduação é extrapolada para os programas de pós-graduação ou de especialidades, a Residência Médica, que, como já vimos, continua sendo um espaço fragmentado, de lógicas hierárquicas de uma especialidade sobre outras. Acompanhando os estudantes na UFPB, percebemos que é “inculcado” nos alunos a ideia de que o curso de medicina não é suficiente para formar o médico, sendo, portanto, necessária a formação

²⁸ A declaração de Alma-Ata se refere ao relatório final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que ocorreu na União Soviética em 1978, e traz o conceito desses cuidados como: Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. A carta de Ottawa foi escrita em 1986 na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que aponta que a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver.

especializada na residência. Em uma discussão sobre o currículo nas redes sociais encontramos como relato de problema na formação:

“Alunos sem preparo para residência; e a obrigatoriedade de formar médico generalista.”

E mais:

“O aluno tem que ter o direito de escolher se quer ou não fazer uma especialidade, temos que garantir a especialidade para os estudantes.”

Além da ideia de que o curso é insuficiente, há também o fato de que a graduação “tem” que formar para a residência médica, e não para ser médico. Outro aspecto importante é a resistência em relação à formação geral, como está nas diretrizes curriculares, que pode estar associada ao modelo de inserção no mercado de trabalho e a ideia de profissão baseada na racionalidade biomédica. Isso pode ser visto no depoimento extraído do debate na internet:

“Os médicos não vão (atuar na saúde da família como médico generalista) pelo simples fato de as outras especialidades serem mais interessantes. Em termos de cenário de prática, tecnologia associada, flexibilidade, versatilidade nas atividades, estilo de vida, possibilidade de crescimento dentro da ciência médica, remuneração, seja lá o que for. Os médicos têm essa liberdade, a de escolher.”

Segundo Feuerwerker (2002), a insuficiência do treinamento prático proporcionado pelas faculdades de medicina (em razão do processo de fragmentação que a formação de graduação vinha sofrendo) e a existência de um mercado mais competitivo e voltado à especialização, portanto, foram os ingredientes essenciais à multiplicação da procura por vagas de residência médica pelos recém-formados (p. 15).

Parece, então, que houve o deslocamento, com os processos de mudança curricular, da trajetória formativa especializante da graduação para a pós-graduação. Entretanto, essa ideia não é verdadeira. As resistências às mudanças curriculares na graduação são expressivas, mesmo com novos currículos em andamento. Os conflitos sobre a importância dos conteúdos ainda permanecem, com a mesma fragmentação das atividades. Às vezes criam-se segregações entre os estudantes que são favoráveis ou contrários ao novo currículo, muitas vezes incitadas pelos docentes que espalham a visão de que determinada atividade (como acompanhar o

processo de adoecimento das pessoas e famílias em domicílio) não facilitará a formação de um bom médico.

“Os dois primeiros MhA's poderiam tornar-se um só, no 2º período, já que a carga horária é excessiva para o que é proposto; deixando a carga horária do MHA1 livre para as outras matérias...”

E por outro lado:

“Mudanças vão ser necessárias sim, no entanto não dá para, SIMPLEMENTE, tirar carga horário de módulos horizontais e passá-los para os verticais. É preciso que alguns professores dos verticais reorganizem sua forma de transmitir seu conteúdo proporcionando aulas extremamente interessantes e completas.”

Para esclarecer esses depoimentos, é importante trazer algumas informações sobre a organização curricular do curso na UFPB (2007), que vamos chamar de currículo novo, e tentar estabelecer uma comparação com o currículo que funcionava anteriormente (que vamos chamar de antigo). As antigas disciplinas foram agrupadas para a criação de módulos organizados por sistemas corpóreos (ex. módulo de sistema cardiovascular, que contém as disciplinas de anatomia, fisiologia, embriologia, histologia enfocando esse sistema). Esses módulos sistêmicos passam a ser clínicos a partir do 5º período do curso, abrangendo conteúdos de doenças que acometem determinadas partes do corpo. Esses módulos são chamados de verticais por terem carga-horária cumprida de forma intensiva em algumas semanas do semestre. É uma estrutura que Yazbeck et al. (2000) chamam de integração vertical – um conjunto de disciplinas (básicas, clínicas, cirúrgicas) que deveriam trabalhar de forma complementar.

Extensivamente, durante todo o período letivo, existem os módulos horizontais, cujos conteúdos englobam a saúde da família, saúde coletiva, ética médica e relação médico-paciente. Para compreendermos melhor essa organização curricular em módulos verticais e horizontais, bem como a estrutura do currículo antigo, é importante visualizar as figuras abaixo. Escolhemos dois períodos de cada conformação curricular para exemplificar: o primeiro e o sexto período.

PRIMEIRO PERÍODO
Anatomia 2 (primeira parte)
Histologia 1
Embriologia 1
Biologia Celular
Bioquímica 1
Educação Física
História da Medicina

Figura 1: Relação de disciplinas do primeiro período do currículo antigo.

SEXTO PERÍODO
Pneumologia
Anatomia Patológica
Dermatologia
Nefrologia
Bases da Técnica Cirúrgica e Anestesia

Figura 2: Relação de disciplinas do sexto período do currículo antigo.



Figura 3: Organização do primeiro período do currículo novo.

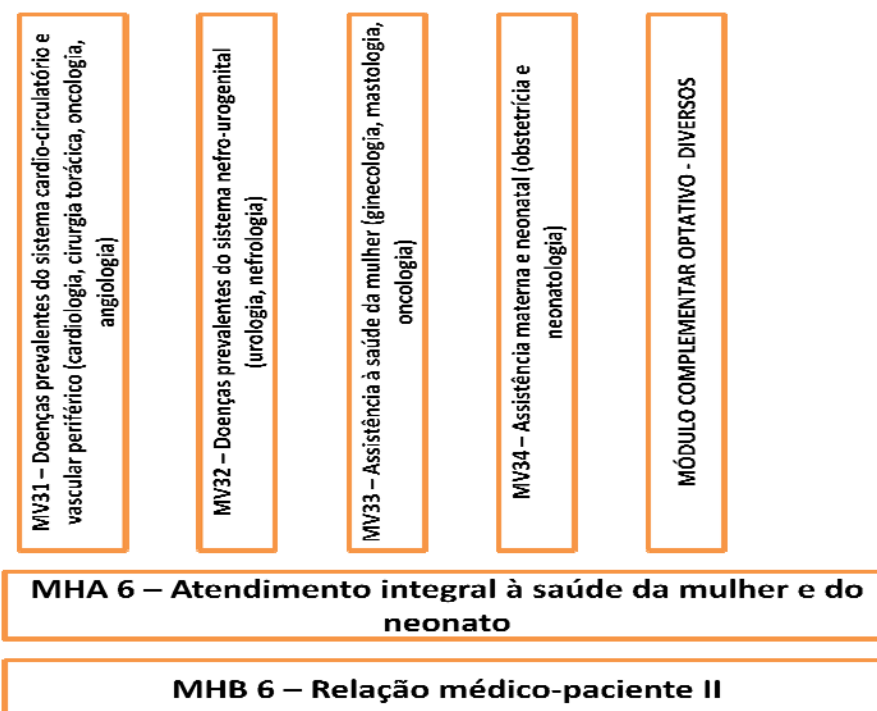


Figura 4: Organização do sexto período do currículo novo.

Como podemos notar, a organização curricular antes da reforma (currículo antigo) é feita através da integração horizontal das disciplinas, como explicam Yazbeck et al. (2000). Nesse formato, o primeiro período (figura 1) contém várias disciplinas das ciências básicas, cada uma atuando separadamente. O sexto período (figura 2) é dominado por várias especialidades diferentes, cada uma responsável por “fornecer” ao estudante seu campo de conhecimento. Nesse contexto, a integração entre disciplinas se dá de um período para outro.

A partir da mudança do currículo, que passa a ser estruturado em módulos verticais e horizontais, o primeiro período (figura 3) está organizado em uma sequência de módulos que agregam as antigas disciplinas das ciências básicas, além de destinar parte importante da carga-horária para as ações práticas e integrativas, que são os módulos horizontais. No sexto período, no lugar das especialidades, o agrupamento ocorre a partir de partes do corpo, faixas etárias ou sexo. Aqui, a integração entre as antigas disciplinas deve ocorrer dentro do mesmo módulo. Essa mudança visa dar conta de alguns aspectos evidenciados pelas avaliações dos currículos através da CINAEM, como a extrema fragmentação entre as disciplinas, a separação entre ciclo básico e profissional (já que temos áreas do antigo ciclo profissional que começam a atuar nos primeiros períodos) e a pouca inserção dos estudantes nas comunidades e na “prática” (com a criação dos MHA).

O problema que encontramos a partir do acompanhamento dos estudantes é que, mesmo com a constituição dos módulos e a possibilidade de integração dos conhecimentos, as antigas disciplinas continuam funcionando como antes. A integração ocorre, segundo os estudantes, “apenas por causa do clipe que junta as páginas no momento da prova do módulo”.

Nos depoimentos acima, observamos o debate para ampliação da carga-horária de módulos verticais e diminuição do tempo dos módulos horizontais. Como os primeiros estão relacionados ou se aproximam mais da biomedicina, tendem a ser mais valorizados pelos estudantes e professores.

O CURRÍCULO PARALELO E A REAL PRÁTICA MÉDICA

Um dos apontamentos mais vistos nos documentos sobre os processos de reforma curricular é a predominância de um curso teórico, com carga-horária de prática curricular insuficiente.

“As práticas deixam muito a desejar. Principalmente após a reformulação do currículo, em que a clínica foi unida à cirurgia, vemos as duas coisas simultaneamente em cada módulo (como foi o caso de pneumo, gastro, dermato e cabeça e pescoço nesse período). Infelizmente, a parte cirúrgica de cada um desses módulos deveria ter sido melhor elucidada por meio de mais horas de aulas práticas, ao invés de aulas teóricas que através de exibição de slides tentavam repassar um conhecimento que só possível de ser adquirido quando se observa a realização de um procedimento” (Aluna do 5º período).

As propostas de mudança sugerem ampliar o tempo de prática de duas maneiras: iniciando precocemente o contato com as “pessoas vivas”, desde o primeiro período; e aumentando o tempo de internato (estágio curricular obrigatório) ao final do curso, que passa a ser de dois anos ao invés de um. A reforma curricular tenta modificar essa desproporção entre teoria e prática colocando atividades de acompanhamento de pessoas, famílias e comunidades desde o primeiro período, entretanto isso não chega a ser visto como “a prática médica”, pois se acredita que é apenas a partir do módulo de semiologia no quarto período do curso que se tem contato com a clínica e com o paciente (MUNHOZ et al. 2011). Esse

acompanhamento antes do 4º período confunde-se com o trabalho do Agente Comunitário de Saúde²⁹.

Mesmo com essas propostas, permanece a sensação de que o curso de graduação não promove atividades práticas suficientes. Faltam práticas no curso, que continua sendo predominantemente teórico. Isso é um dos motivos que levam os estudantes a procurarem outras atividades extracurriculares. São variadas essas atividades buscadas pelos alunos.

“Participo de grupo de pesquisas fora da universidade, grupos de estudo e estágio extracurricular. Escolhi participar de grupos de pesquisa, pois é uma área bastante deficiente na Universidade e podemos, além de pesquisar novas técnicas, publicar nossas experiências. O currículo é bastante valorizado em grandes centros e pretendo seguir a carreira acadêmica. Os grupos de estudo são oportunidades únicas de aprofundar sobre diversos temas de interesse, que não serão abordados durante a graduação. E os estágios supervisionados³⁰ são onde encontro minha realização como estudante e vejo que escolhi a carreira certa. Posso praticar o que estudei na teoria, além de realizar diversos procedimentos que me permitem aprimorar técnicas vistas na teoria, mas ainda não praticadas” (Aluna do 5º período).

E essa busca dos estudantes por essas atividades começa bem cedo no curso, como vemos no seguinte depoimento:

“se tem como eu acompanhar alguns plantões seus (ou se não for possível com o senhor se teria algum médico de sua indicação), pois, como eu disse, tá chegando a semiologia e eu tenho interesse de ver um pouco a realidade do atendimento e, conseqüentemente, aprender mais” (Aluno do 2º período).

Muitas vezes, a procura por essas ações ocorre para aprender a fazer procedimentos, especialmente suturas³¹, pois as práticas no curso são insuficientes. Há um verdadeiro fetiche pelos instrumentos utilizados para realização dos procedimentos. Vários alunos do início do curso procuram cursos de sutura,

²⁹ O Agente Comunitário de Saúde (ACS) existe no Brasil desde o final a década de 80, e sua ação foi institucionalizada no início dos anos 90 com a criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). No entanto, o reconhecimento como profissional ocorreu apenas em 2006. O trabalho do ACS é aproximar as pessoas e famílias que vivem em determinado território a uma unidade de saúde, sendo o elo de ligação entre serviço de saúde e comunidades. No início, bastava que o Agente fosse alfabetizado. A partir de 2006, é pré-requisito ter ensino fundamental completo (BRASIL, 2006).

³⁰ Esses estágios supervisionados, em sua grande maioria, ocorrem através do acompanhamento de algum profissional médico em algum hospital. O estudante geralmente vai ao plantão em que o médico está no hospital e participa dos atendimentos.

³¹ Reparação de uma ferida utilizando agulha e fio, como o ato de costurar um tecido.

dissecação de cadáver, primeiros socorros, para se aproximarem dessa ação instrumental.

Entretanto, não é apenas a procura por mais prática no currículo que mobiliza os estudantes em busca de atividades extracurriculares. É a relação com profissionais, com pacientes fora das aulas, com o ambiente profissional que chama a atenção dos alunos na formação profissional. Mesmo reconhecendo a importância da instituição de ensino na formação do médico, o ambiente profissional é crucial para a criação do profissional. Como a diz a estudante:

“Desde o quarto período comecei a prática da medicina nos hospitais. Meus finais de semana são sempre preenchidos com os plantões de sábado à noite, num serviço público da cidade, o que foi fundamental para o meu crescimento como estudante, me proporcionando a prática que chega a ser insuficiente e limitada durante a graduação propriamente dita. Senti-me realizada ao entrar pela primeira vez numa sala de cirurgia e gosto bastante de discutir os casos com os médicos e de ajudá-los, já que ao mesmo tempo acabo aprendendo com profissionais da mais extrema competência. Toda essa bagagem adquirida foi fundamental para me transmitir mais segurança e para me guiar nos estudos” (Estudante do 5º período).

Merton, Reader e Kendall (1957), citados por Nunes (2007), afirmam que:

a função da escola médica é transmitir a cultura da medicina e desenvolvê-la. Sua tarefa é modelar o neófito em um prático efetivo da medicina, dar-lhe o melhor conhecimento e habilidades disponíveis e provê-lo com a identidade profissional, de forma que venha a pensar, sentir como médico. Seu problema é capacitar o médico a preservar as expectativas do papel profissional num longo tempo após ter deixado o ambiente valorativo de sustentação fornecido pela escola médica (NUNES, 2007, p. 164).

Ainda a partir de Merton (1957), sabe-se que há um aprendizado indireto, no qual atitudes, valores, padrões de comportamento são adquiridos pelo estudante, como subproduto do contato com os instrutores. A formação, nesse sentido, vai além do currículo. Trata-se de uma forma mais relacionada à vivência, e ocorre de maneira duradoura, envolvendo o estudante numa filosofia de vida, de práticas e de organização social (LAMPERT, 2009).

Esse aprendizado indireto que os estudantes vão adquirindo no decorrer do curso, somado às representações que trazem da profissão vai constituir o *habitus* de médico. A noção de *habitus* vem de Bourdieu, que o define “como sistemas de disposições duradouras e transponíveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípios geradores e

organizadores de práticas e de representações” (2009b). Nesse sentido, Dubar (2005) explica que o *habitus* é a “cultura do grupo de origem” e que, portanto, no processo de profissionalização, o estudante vai incorporando a cultura, valores e as práticas da profissão (p. 80).

Então, buscar participar de plantões extracurriculares, acompanhando um professor ou algum profissional conhecido é a forma mais procurada e validada para o exercício da prática médica durante a graduação. Praticamente todos os estudantes, exceto aqueles que estão muito no início do curso, apesar de que alunos do terceiro período já vão a plantões, participam de alguma atividade assim durante o curso. Certa vez, houve a surpresa de um pedido de um estudante do segundo período, via e-mail, para participar de plantões junto a este professor/pesquisador. O motivo da busca foi “antecipar o conhecimento que será dado na semiologia”.

Menezes (2001), acompanhando estudantes que faziam estágio em um centro de terapia intensiva (CTI) no Rio de Janeiro relata que pelo fato de a faculdade não proporcionar um ensino referente aos aspectos práticos, como o preenchimento de prontuários e requisição de exames, o estágio no CTI é extremamente valorizado pelos discentes.

São essas ações de busca dos estudantes por estágios extracurriculares que chamamos de currículo paralelo. Rego (1994), citado por Tavares et al. (2007), conceitua currículo paralelo como o conjunto de atividades extracurriculares que os alunos [de medicina] desenvolvem, subvertendo, na maioria das vezes a estrutura curricular formal estabelecida pela faculdade e o estágio extracurricular como todas as atividades de prática clínica ou cirúrgica cumpridas pelo aluno “sem que esteja sob os auspícios e direção da escola”. Os próprios autores complementam a definição de currículo paralelo como sendo “atividades na área médica e afins e que não geram créditos para serem integralizados no currículo do curso médico do aluno e não irão fazer parte do histórico escolar” (TAVARES et al. 2007).

A análise dos dados da literatura sobre o tema “currículo paralelo” parece não deixar dúvidas de que a principal motivação dos estudantes é a “aquisição de prática clínica” ou a “experiência clínica” ou “aperfeiçoar a clínica”. Os alunos frequentemente se referem à possibilidade de entrar em contato com grande número de pacientes agudos, das mais diversas patologias e com grande autonomia de atuação, o que não acontece nos hospitais universitários em seus estágios curriculares, que apresentam forte viés de pacientes crônicos e de patologias raras (p. 261).

Acompanhando os estudantes na UFPB também identificamos essa motivação:

“Acompanhava um clínico na urgência, foi importante também assim, acho que deu mais essa, fica muito virtual durante o curso qual o seu papel enquanto médico, você tá muito lá com o livro na mão, ou está com o paciente e o professor lhe explicando as coisas, mas não tem o fazer assim, sentar na frente do paciente, perguntar ao paciente e tal e buscar entender que ‘você precisa saber tomar tal medicamento, soubesse fazer o diagnóstico, fazer os exames direitinho, a semiologia todinha” (Aluno do Internato).

“Eu já acompanhei profissional médico não ligado à universidade. Eu adorei. Eu fiquei acompanhando ele na urgência e emergência, né! E também atuei. Como no quarto período eu já tinha pago BTC³², eu suturei também. Eu procurei isso porque eu acho que... assim... deixou a desejar... o curso deixou a desejar a prática” (Aluno do 5º período).

O que nos chamou atenção foi que os alunos que ainda não realizam essas atividades extracurriculares do currículo paralelo pensam que estão atrasados no curso, que não conseguirão uma boa formação.

“Meu Deus, e eu? O que é que eu fiz até agora? Não fiz nada!” (Aluno do 2º período).

Apesar da precocidade da preocupação desse estudante do segundo período, percebe-se que a participação em atividades extracurriculares vai aumentando com o decorrer do curso, com os internos tendo participado ou ainda participando de mais atividades. Praticamente todos os estudantes ao final do curso já acompanharam algum profissional médico em plantões ou atendimentos fora do currículo formal.

A prática do currículo paralelo parece ser fundamental para a formação do médico e construção da identidade profissional. No entanto, nas entrevistas e nos momentos de observação dos estudantes na UFPB, duas situações dessa prática chamaram atenção, a realização de plantões sem supervisão de um profissional - assumindo o aluno a posição de médico - e a participação em grupos denominados ligas acadêmicas.

³² A ideia de “pagar” a disciplina ainda permanece na linguagem dos estudantes, que se refere ao fato de passar ou ser aprovado, tendo cumprido a carga-horária exigida (que no currículo antigo era chamada de créditos).

O artigo 282 do código penal brasileiro criminaliza a prática do exercício ilegal da profissão médica por pessoas não credenciadas pelo Estado (conselhos de medicina), com previsão de pena que varia de 6 meses a 2 anos de prisão. O estudante de graduação de medicina faz parte desse grupo de pessoas, mas isso parece não inibir a busca por plantões ou atendimentos nos quais se apresentam como profissional habilitado nem tampouco a aceitação de profissionais médicos de facilitar essa atividade, em toda forma, ilegal. Esses plantões chamados irregulares, nos quais os estudantes de graduação de vários períodos assumem o lugar de um médico, geralmente, mas não exclusivamente, ocorrem em cidades do interior do Estado, onde a assistência à saúde é mais deficiente.

Tavares et al. (2007), citando Kloetzel (1976), que analisou informações sobre as atividades extracurriculares (o “ensino paralelo”) de 272 estudantes de Medicina de quatro escolas médicas de São Paulo, registraram que, no quarto e quinto anos do curso, dois terços dos alunos já trabalham fora da escola, atingindo 92% no último ano, com a média de 24 horas semanais de trabalho. O principal motivador seria o desejo de um aprendizado mais apurado.

Não encontramos, na literatura mais recente, um quantitativo que represente o número de estudantes que praticam plantões irregulares, mas nas discussões e entrevistas realizadas durante a pesquisa todos os alunos afirmaram não executar tal prática, mas foram unânimes ao relatarem que conhecem outros estudantes que as realizam.

A busca por plantões irregulares é tratada como forma de suprimir dificuldades financeiras, o que aparece na maioria dos relatos dos estudantes:

“Não. Não tenho amigos, mas sei de vários casos. Antes de tudo, é crime. É desrespeito à vida, é falta de ética. Não iria a nenhum profissional se tivesse conhecimento de que já utilizou dessas práticas, por mais competente que ele fosse. A maioria dos estudantes o faz por ambição. A minoria, para sustentar a casa para ter condições de terminar o curso” (Aluna do 5º período).

“Creio que são atividades irregulares que precisam ser combatidas, mas que refletem a pressa do estudante de medicina em ganhar dinheiro, em ser rico, como muitos imaginam que seja possível com a prática médica” (Aluno do 4º período).

“Muitos acabam recebendo vantagens no sentido financeiro com tais práticas, ou apenas usam tal situação para sua promoção pessoal. Conheço pessoas que fazem isso e considero falta de respeito com a profissão, além de ser um crime” (Aluna do 5º período).

Às vezes, além da motivação financeira, houve alguns depoimentos como o da última aluna que enfatizou a “promoção pessoal”. É como se fosse uma forma de o estudante “testar” o ser médico, colocar-se diante das pessoas e da sociedade como profissional e vivenciar antecipadamente o *status* de ser médico.

Um dos alunos entrevistados problematizou que a questão financeira aparece apenas de forma discursiva, pois os estudantes que fazem plantões irregulares, em sua maioria, não são de classe econômica pobre.

“Tem um discurso que é financeiro, só que assim, as pessoas que fazem, e que são pegadas, você vai ver que essas pessoas não têm condições sócio econômicas tão básicas assim, e você vai ver que quando fazem plantão, não faz só para cumprir essas demandas econômicas básicas, você vê o pessoal andando com um C3, vê o pessoal andando com um EcoSport. Então que necessidade financeira é essa né? Ai dizer assim, que tem déficit em relação ao curso de medicina na questão financeira? Tem! É um curso integral, manhã e tarde, deveria tá buscando e brigando pela questão de ter bolsa no internato” (Aluno do internato).

Parece que essa ação é naturalizada no meio acadêmico por alunos e professores apesar das falas de criminalização e irregularidade. Vários professores comentam que isso sempre existiu. Recordando do período de formação, este pesquisador conheceu vários alunos que faziam plantões como médicos, e a maioria não tinha sérios problemas financeiros, e mais, alguns hoje são professores da universidade.

O que não aparece nessas observações é que podem ser motivadoras da prática ilegal de plantões a aquisição de autonomia profissional, que demonstra o intenso poder do conhecimento médico transmitido aos estudantes nas universidades de medicina, e a grande oferta de postos de trabalho em cidades do interior, onde médicos habilitados não querem trabalhar (CREMEPE, 2009).

A outra atividade do currículo paralelo a qual nos referimos, a participação dos alunos em ligas acadêmicas, vem ganhando força nas universidades. As ligas acadêmicas são entidades constituídas fundamentalmente por estudantes, em que se busca aprofundar temas em uma determinada área da medicina (ABLAM).

A Liga Acadêmica de Medicina é considerada associação civil e científica livre, de duração indeterminada, sem fins lucrativos, com sede e foro na cidade da instituição de ensino que a abriga, que visa complementar a formação acadêmica em uma área específica do campo médico, por meio

de atividades que atendam os princípios do tripé universitário de ensino, pesquisa e extensão (ABLAM).

Monteiro et al. (2008) comentam que as ligas acadêmicas são instrumentos de forte poder para inserção na atividade médica e científica, e propiciam melhor contato e conhecimento da especialidade. Moreira (2011) reconhece que:

a aspiração por atividades práticas dos participantes das ligas parece relacionada ao desejo de reconhecimento social e à satisfação da necessidade do graduando de praticar suas habilidades precocemente, abrandando a necessidade psicossocial de ser reconhecido como um adulto profissionalmente capaz³³.

Parece, então, com a busca via ação extracurricular, por uma formação médica baseada no conteúdo das especialidades e com objetivo de formar profissionais especialistas, o que vai de encontro à necessidade colocada pelas diretrizes curriculares de formação de um médico geral. Além disso, há a criação de um espaço de aquisição do *habitus* de médico, com reconhecimento social e possibilidade de intervenção, que muitas vezes não ocorre no currículo oficial.

Essas ações fazem parte do currículo paralelo, que subverte a estrutura curricular formal. De acordo com alguns estudos, isso ocorre devido a expectativas não contempladas pelo currículo instituído, o que os leva a afirmar que a participação em Ligas Acadêmicas tem como principal motivador “aproximar da prática médica” (TORRES et al. 2008).

Outras motivações para a participação nas ligas, ainda segundo Torres, são compensar frustrações em relação ao curso e lacunas no currículo, integrar-se com colegas de diferentes anos e sentir-se como um membro da instituição, bem como atender futuras preocupações profissionais.

A explicação racional que alguns autores elaboram quando analisam o desenvolvimento de atividades como as Ligas Acadêmicas é que:

o docente tem pouco ou nenhum preparo específico para as atividades pedagógicas, exercendo essa função, em geral, de modo intuitivo, reproduzindo modelos - igualmente despreparados - com os quais teve contato durante seu próprio curso de graduação. Há maior valorização das atividades de ensino ligadas à pós-graduação, do número de alunos orientados ou de trabalhos publicados em revistas científicas de alto impacto, e de verbas conseguidas junto a agências de fomento à pesquisa,

³³ Disponível em: <<http://semiologiamedica.blogspot.com.br/2011/06/o-fenomeno-das-ligas-academicas-de.html>>. Acesso em: 10 abril 2012.

em comparação com as atividades desenvolvidas com os alunos de graduação. Deste modo, sobrecarregados de compromissos obrigatórios e eternamente correndo contra o tempo, tanto discentes quanto docentes se veem numa roda-viva de atividades que executam sem muita liberdade, reflexão ou prazer. Nesse contexto, vêm ganhando força, progressivamente, as ligas acadêmicas (LA), desenvolvidas como atividades extracurriculares (TORRES et al, 2008).

Essa explicação apenas não basta para compreender totalmente a resistência às mudanças curriculares e o aumento de atividades junto às ligas acadêmicas, já que o aumento do número de ligas em todo país está relacionado aos processos de implementação das reformas dos currículos. É preciso considerar o movimento corporativo atuando nas universidades e na sociedade, no intuito de ser o único legitimador da prática profissional, bem como um mercado que valoriza mais a especialidade. Além de a racionalidade biomédica prevalecer após a mudança curricular como o ideal de formação para muitos alunos e professores, ela está encontrando espaço em ações extracurriculares.

Em João Pessoa, existem ligas de diversas especialidades, e até de doenças específicas, o que fragmenta ainda mais as ações. Conhece-se a liga de cardiologia, de urologia, de saúde mental, de ginecologia e obstetrícia, de clínica médica, de ortopedia, de trauma, de cirurgia e de hipertensão arterial. Outras estão em vias de iniciarem atividades como dermatologia e pneumologia.

Os estudantes e professores integrantes das ligas desenvolvem atividades de ensino, com aulas sobre doenças típicas da especialidade, fazem estágios extracurriculares em hospitais e desenvolvem projetos de pesquisa sobre a área específica.

A criação de ligas está se desenvolvendo tanto que em setembro de 2006, foi fundada a Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina - ABLAM durante o 8º Congresso Brasileiro de Clínica Médica, contando com o apoio de várias entidades médicas regionais e nacionais.

Se do ponto de vista da produção do conhecimento a especialização propicia, em certo sentido, inequívoco progresso, seu impacto na organização da prática e da formação médicas vem sendo devastador, em razão da fragmentação excessiva da capacidade de intervenção prática e da aquisição do conhecimento (FEUERWERKER, 2002). Mesmo com a reforma do currículo do curso de medicina e implantação de ações direcionadas à formação de um médico com visão geral, a prática cotidiana da graduação ainda está direcionada aos blocos disciplinares

separados e o que faz a integração dos saberes é, como já relatamos a partir dos depoimentos dos alunos acompanhados, o “clipe que junta as páginas das provas”, ou seja, o módulo do sistema funciona como um somatório de disciplinas que atuam separadamente. Isso, associado ao movimento de criação das ligas acadêmicas, reforça a busca por uma prática especializada.

CAPÍTULO 4: PROCESSOS DE SOCIALIZAÇÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA

É possível evidenciar que, além de toda a estrutura do processo formativo na medicina (currículo, mudança curricular, graduação, pós-graduação), a formação do médico se completa com as relações e interações com o meio profissional. Não é apenas o saber, a aquisição cognitiva progressiva, que garante a construção do médico. Há todo um trabalho institucional de elaboração da identidade profissional que ocorre com as práticas do currículo paralelo, com a vivência com os pacientes e, principalmente, com a interlocução com médicos.

Esse percurso de “lapidação” (como diz um diretor da faculdade de medicina) do estudante dentro da profissão ocorre pelo aprendizado de valores, atitudes, jeitos de ser que fazem parte da “vida de médico”. É um percurso que dura até mais que o curso de graduação. É um processo ritualizado desde o vestibular.

Para entendermos melhor a ritualização da formação médica, é importante fazer uma associação com as ideias de Claude Dubar sobre socialização. Isso pelo fato de o que chamamos nesta pesquisa de rituais diz respeito aos processos de socialização pelos quais passam os estudantes no decorrer da graduação.

Seguindo a análise de Dubar (2005), utilizamos o termo socialização para representar a incorporação duradoura das maneiras de sentir, de pensar e de agir que o aluno adquire vivendo no meio formativo.

Nesse sentido, a socialização é “um processo biográfico de incorporação das disposições sociais oriundas não somente da família e da classe de origem, mas também do conjunto dos sistemas de ação atravessados pelo indivíduo no decorrer de sua existência” (DUBAR, 2005, p. 94).

O autor aprofunda essa noção de socialização até chegar a explicar a construção social da identidade, que é o que vamos abordar no último capítulo falando da construção identitária do estudante de medicina até se tornar médico. Para isso, Dubar explica que na socialização, o indivíduo passa por um processo de “entrada na comunidade”, que corresponde ao período de ingresso na universidade, e por um processo de “entrada na sociedade”³⁴, que ocorre ao final do curso com a formatura e entrada na pós-graduação ou no mercado de trabalho.

³⁴ É importante relatar que o autor utiliza esses termos – “entrada na comunidade” e “entrada na sociedade” – a partir de análise de Weber da ação comunitária e da ação societária (DUBAR, 2005, p.110).

A esse processo de formação profissional, Dubar chama de “socialização secundária”³⁵, que é definida como:

a interiorização de subdivisões de mundos institucionais especializados e aquisição de saberes específicos e de papéis direta ou indiretamente arraigados na divisão do trabalho. Trata-se, antes de tudo, da incorporação de saberes especializados – saberes profissionais, que constituem um novo gênero de saberes (p. 122).

Percebemos, então, com o auxílio das análises de Dubar, que os processos de socialização na formação médica ocorrem desde a entrada do estudante no curso de medicina até a inserção dele no mercado ou em um programa de residência médica.

Falando sobre a busca de estudantes pelo curso médico, o momento de entrada na universidade, Becker et al. (2007) dizem que:

No outono, milhares de formandos saem de suas roupas casuais de faculdade, colocam o uniforme de jovem executivo – terno escuro com uma linha ordenada do lenço branco ao bolso – e apresentam-se para entrevista pelos comitês de admissão das escolas médicas³⁶ (p. 3).

No Brasil, o ingresso na universidade não ocorre da mesma forma, mas permanece o ritual de entrada no período do vestibular. Os alunos que pretendem seguir a profissão médica precisam abdicar da maioria das atividades sociais e que dão prazer para permanecer horas estudando, em busca do saber especializado da “socialização secundária”. Muitas vezes passam vários anos tentando, fazendo provas, como diz a estudante:

“eu passei quatro anos no cursinho, então aquele sofrimento, fazer todo ano e num dá certo, aquela depressão pós prova, pós resultado, e querendo ou não, a família sofre junto. Depois que você passa, assim, é o momento de êxtase” (Aluna do 2º período).

Ao tornarem-se estudantes de medicina, os meninos entram em um dos mais longos ritos de passagem em nossa parte do mundo. Um rito de passagem é uma série de instruções, cerimônias e provações pelas quais

³⁵ A “socialização secundária” é diferenciada pelo autor da “socialização primária”, pois esta última forma de socialização diz respeito à incorporação de saberes básicos, provenientes da relação com a família e a escola.

³⁶ Texto original: In the fall of the year several thousand college seniors get out of their casual college clothing, put on the uniform of the young executive – dark suit with a line of white handkerchief at the decreed distance parallel above the breast pocket – and present themselves to be interviewed by the admissions committees of medical schools

os neófitos são iniciados em seu “círculo encantado”, pelo qual os homens deixam de ser meninos e tornam-se homens membros (da profissão), prontos para serem membros e sucessores (na profissão)³⁷ (BECKER et al. 2007, p. 4).

E a frase ouvida pelos estudantes durante a primeira semana de aula na universidade é que eles “agora são médicos em formação, e não estudantes de medicina”.

Durante o curso de medicina, a construção do “doutor”, como um esforço ideológico, encontra em Foucault (2005) uma explicação que associa o processo de formação ao ritual que estamos falando. Para o autor, o ritual define a qualificação que devem possuir os indivíduos que falam (na profissão). Fixa, enfim, a eficácia suposta ou imposta das palavras, seu efeito sobre aqueles aos quais se dirigem, os limites de seu valor de coerção. Os discursos religiosos, judiciários, terapêuticos não podem ser dissociados dessa prática de um ritual que determina para os sujeitos que falam, ao mesmo tempo, propriedades singulares e papéis preestabelecidos (FOUCAULT, 2005).

Em relação a essas propriedades e papéis singulares, Pereira-Neto (1995) comenta que o aluno está inserido em uma coletividade de pares que exige que a conduta profissional seja padronizada. Só assim, os clientes passariam a ter condições de distinguir, pelo comportamento, se tal ou qual atitude é ou não compatível com a atividade profissional.

É o “dançar conforme a música”, como dizem Becker et al. (2007). O ritual define quem é aceito na profissão até mais do que o conhecimento. “Ciência e habilidades não criam o médico; deve ser iniciado no *status* de médico; para ser aceito, deve aprender a desempenhar o papel de médico no drama de medicina³⁸” (p. 4).

Menezes (2001) explica que:

as expressões ‘você tem que aguentar’ ou ‘você tem que se acostumar’ são frequentemente referidas em diversos estudos sobre o processo de formação profissional. Um médico, que provavelmente também foi

³⁷ Texto original: In becoming medical students, the boys enter upon one of the longest rites de passage in our part of the world. A rite of passage is that series of instructions, ceremonies, and ordeals by which those already in a special status initiate neophytes into their charmed circle, by which men turn boys into fellow men, fit to be their own companions and successors.

³⁸ Texto original: Science and skill do not make a physician; one must also be initiated into the status of physician; to be accepted, one must have learned to play the part of a physician in the drama of medicine

submetido a certos ritos de passagem dolorosos ao longo de sua formação profissional, replica a experiência com seus jovens aprendizes. Pode-se aqui apontar que, ao longo do processo de socialização médica, há uma analogia entre a sujeição do aluno diante do professor e a esperada submissão do doente frente às intervenções médicas (p. 127).

Assim, é possível dizer que através dos rituais formativos, são transmitidas as relações de poder na profissão.

Acompanhando os estudantes na UFPB, pudemos ver várias situações que permitem a visualização dos ritos acadêmico-profissionais. Desde a confecção de camisetas pelos alunos ingressantes contendo imagens de instrumentos médicos (ex. um estetoscópio) para caracterizá-lo como pertencente ao grupo profissional até uma reunião de médicos residentes decidindo que a partir de determinado momento todos deveriam ir ao hospital de camisa social com gravata e jaleco branco por cima.

Esse ritual, que é perene nas atividades formativas do curso de medicina também é analisado por Diniz (2001), que explica que os profissionais são especialistas em ministrar rituais, impressionando os leigos com os aspectos cerimoniais de seu ofício; e esta particularidade é tanto facilitada pelo caráter “esotérico” de seu corpo de conhecimento quanto exigido pela margem de incerteza dos resultados do trabalho profissional. As escolas não apenas ensinam os profissionais a exibir sua imagem idealizada (roupa, expressões faciais, palavras e gestos adequados às circunstâncias), mas o próprio ensino tem a estrutura de um ritual destinado a criar um forte sentido de comunidade e de identidade profissional (p. 138).

Além das imagens (roupas, palavras, gestos) ritualizadas na formação médica, um fato marcante aparece na constituição profissional. Sinclair (1997) afirma que avaliações incessantes tornam os estudantes cientes da necessidade de conformidade institucional para responder às perguntas, em vez de poder perguntar ou discutir com os médicos-professores.

O autor continua dizendo que:

no ‘frontstage’, o papel dos estudantes sai do de plateia nas palestras, combinando o de público com o de ator nos plantões, até serem totalmente atores quando internos. Nos últimos dois períodos de treinamento, vigilância e humilhação potencial (justificadas pelos objetivos morais da profissão)

promovem o ideal de profissionalismo e a confiança necessária na performance para o avanço na profissão ³⁹ (SINCLAIR, 1997, p. 297).

Assim, para avançar na carreira, há a ideia, transmitida pelos professores e pelos profissionais, de que a jornada é muito difícil e árdua. “Estudante do internato não precisa de hora de almoço! Basta sair e fazer um lanchinho ali”, foram as palavras de uma professora sobre os deveres dos internos. É passado para os alunos que ele tem que saber tudo, dominar todas as teorias, responder provas que perguntam sobre doenças que nem o professor viu em toda sua carreira de médico. Essa pressão sobre os estudantes é real, mas a dificuldade imposta nem sempre é.

“no final, botam provas fáceis para passar, não precisa reprovar, então perde o porquê de avaliar, daí a avaliação fica muito mais por burocracia, outra pelo ego do professor, questão de punição, tal, ou uma imagem desvirtuada, que estudante só estuda se tiver uma prova difícil” (Aluno do internato).

Em Becker (2007) também encontramos a ideia de uma dificuldade “não real”. O problema não é nem a dificuldade das atividades, mas o fato de que há muita coisa a fazer. Com isso, o autor retrata o ritual dos estudantes para conseguirem bons resultados nos testes e, portanto, o prestígio diante dos professores.

1. Você deve passar de quatro a seis horas por noite estudando, 2. Você deve estudar cinco a sete horas por dia durante o fim de semana, 3. Você deve retornar ao laboratório de anatomia uma noite por semana para revisar ou terminar trabalhos; 4. Você não deve sair em um encontro mais do que uma noite por semana; 5. Você deve comparecer a cada palestra, 6. Você não deve faltar ao laboratório, exceto imediatamente antes de um bloco (ou seja, o exame principal) ⁴⁰ (BECKER et al. 2007, p. 96).

O estudante de medicina, portanto, “é um estudante desesperado, angustiado e, por vezes, exagerado”, como diz uma aluna do quinto período. É um estudante que “tem menos saúde, menos paciência, mais estresse (risos)” completa essa aluna do segundo semestre. A ideia de que o curso médico é mais difícil, associada

³⁹ Texto original: in official frontstage settings, students role has moved from that of audience in lectures, through combined audience and actors on ward rounds, to full-time actors as housemen. In the last two periods of training, **surveillance and potencial humiliation (justified by the moral aims of the profession)** promote the professionally idealistic and confident performance necessary for professional advancement.

⁴⁰ Texto original: 1. You ought to spend four to six hours a night studying; 2. You ought to study five to seven hours a day over the week-end; 3. You ought to return to the anatomy lab one night a week to review or finish up assignments; 4. You ought not to go out on a date more than one night a week; 5. You ought to attend every lecture; 6. You ought not to cut lab except just before a block (i.e., major examination).

ao longo tempo de formação (6 anos de graduação), faz transparecer que a medicina é uma profissão mais completa e mais importante que as demais.

Pode-se dizer também, que o ritual chega a um ponto máximo na formação profissional com o juramento, que tem por objetivo garantir que as regras da profissão sejam cumpridas, que seus segredos sejam guardados e que haverá honra e respeito aos seus jurados, controladores “eleitos”, conforme Dubar (1997) pelo poder do Estado.

CAPÍTULO 5: FORMAÇÃO IDENTITÁRIA DO ESTUDANTE DE MEDICINA NO CONTEXTO DE UM NOVO PERCURSO FORMATIVO

O PROCESSO DE FORMAÇÃO IDENTITÁRIA

Dubar (1997), analisando as trajetórias sociais e as formas identitárias, informa em duas orientações para pensar/estudar as identidades, uma “psicologizante” que ele chama de “essencialista”, estruturada na realidade de um “self” permanente e autônomo, e a outra “sociologista ou relativista” que oculta a pluralidade de papéis sociais.

Nesse mesmo sentido, Perrusi (2003) explica que a identidade é percebida do ponto de vista de dois eixos centrais:

aquele relacionado aos aspectos psicológicos e psicossociais da identidade, em que a constituição do “eu” é entendida como uma interiorização (trazer o mundo para si) e uma internalização (incorporar o mundo a si) do social pelo indivíduo. A identidade, assim, seria fruto da socialização experimentada pelo indivíduo no meio social (família, escola...) e, geralmente, apreendida de forma positiva, cumprindo uma função de integração psicológica na personalidade do indivíduo; e o eixo que enfatiza os aspectos coletivos e propriamente “sociológicos” da identidade. O que importa aqui são as modalidades de “pertença” do indivíduo a um grupo, categoria social, etnia, classe e os processos de identificações estruturados pelas interações sociais. A identidade é vista como “coletiva”, “social”, “cultural”, de “classe”, sendo formada por um processo de incorporação — geralmente de valores dominantes ou consensuais —, cumprindo um papel, muitas vezes funcional, de integração social ou de resistência coletiva ao sistema social (p. 35).

Nesta pesquisa estamos analisando o processo de construção da identidade de estudantes de medicina a partir da orientação sociológica (relativista de Dubar), enfatizando a trajetória dos alunos na busca pela pertença ao campo profissional médico, e como, ao longo do curso de graduação, ocorre a incorporação dos valores profissionais e, conseqüentemente, a “criação” do médico. No pano de fundo, está o processo de reformulação dos currículos médicos.

Trataremos identidade, então, como o “resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições” (DUBAR, 2005, p. 136).

Essa identidade social apresenta alguns pressupostos, que são:

1) ela é socialmente construída, mas não é imutável; 2) implica uma relação entre indivíduo e grupo; 3) a identificação grupal não implica somente as semelhanças, mas também as diferenças entre os membros; 4) indivíduos tendem a ter múltiplos grupos de identidades, mas a importância dada ao grupo de identidade depende do grau de envolvimento com determinado grupo; e 5) a identidade social e suas manifestações refletem a estrutura social e cultural da qual elas fazem parte (SIGEL, 2001, citada por RONZANI e RIBEIRO, 2003).

Compreender como se reproduzem e se transformam as identidades sociais implica esclarecer os processos de socialização através dos quais elas se constroem e se reconstróem ao longo da vida. Isso ocorre, segundo Dubar (2005), pela articulação de processos identitários heterogêneos. Para explicar melhor a construção social da identidade, o autor trabalha com algumas categorias de análise que partem da definição de “atos de atribuição”, ou seja, a identidade para o outro, e de “atos de pertencimento”, que representa a identidade para si (p. 137).

O autor relaciona a “atribuição” ao conceito de Goffman de “identidade social virtual”, que corresponde ao processo identitário que é conferido às pessoas, e “pertencimento” à “identidade social real”, que as próprias pessoas se atribuem (p. 140). Diante disso, para a discussão da identidade profissional médica, aprofundamos a construção identitária conhecendo dois processos: o processo identitário biográfico e o processo identitário relacional.

O processo biográfico, relacionado com a identidade para si referida anteriormente, diz respeito não apenas “à escolha da profissão ou à obtenção de diplomas, mas à construção pessoal de uma estratégia identitária que mobilize a imagem de si, a avaliação de suas capacidades e a realização de seus desejos” (p. 150).

O processo identitário relacional “faz das relações de trabalho o ‘lugar’ em que a pessoa experimenta o enfrentamento dos desejos de reconhecimento em um contexto de acesso desigual, movediço e complexo de poder”, e ainda que coloca em questão o reconhecimento recíproco dos parceiros. Esse processo relacional se constitui em três dimensões identitárias: o campo de investimento (acesso ao poder), as normas de comportamento relacional, e os valores resultantes do trabalho (DUBAR, 2005, p. 152).

Quando observamos, no espaço da formação médica, a ritualização do processo de estudo e trabalho no decorrer do curso, a utilização de roupas e acessórios que associam o estudante ao meio médico, mesmo no início do curso, a

busca pelas atividades extracurriculares do currículo paralelo e a aquisição da linguagem profissional, estamos diante da articulação desses processos identitários analisados por Dubar.

As categorias sociais, interiorizadas no decorrer do ciclo de vida (níveis escolares, categorias profissionais, posições culturais...), constituem o material a partir do qual os indivíduos inventam para si identidades singulares, para unificar suas existências e tentar fazer valer sua pretensão em um ou outro campo da prática social (DUBAR, 1997).

Associado a isso, a trajetória social "objetiva", categorizada pelas instituições, determina as identificações subjetivas e, conseqüentemente, percebemos que "a pessoa não existe de fato fora de seus quadros sociais" (ELIAS, 1991).

Hall (1997) fala que a identidade é formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam. É definida historicamente e não biologicamente, ou seja, não transmitida geneticamente nas gerações.

Enfatizando isso, Sisson (2009) aponta, assim como Hall, que as sociedades modernas produzem uma pluralidade de centros, com a possibilidade de emergirem novas identidades. Diz ainda que atualmente existe um processo de recomposição das identidades profissionais. Esta dimensão é relevante se considerarmos a medicina uma instituição social, cujas práticas de saúde informam os praticantes e aqueles sob sua tutela.

Há, então, um recorte na análise das identidades que é a discussão sobre identidade profissional, como é explicado por Dubar (1997), quando o autor diz que a dimensão profissional das identidades adquire uma importância particular. As identidades profissionais estão centradas nas relações entre o mundo da formação e o mundo do trabalho ou do emprego. Trata-se, também, de identidades sociais, exatamente na medida em que, num dado sistema social, a posição social, a riqueza, o *status* e/ou prestígio dependem do nível de formação, da situação de emprego e das posições no mundo do trabalho, ou seja, a profissão é um sistema de relações sociais que pode levar à aquisição de diferentes níveis de *status* e posição dentro do sistema social (DUBAR, 1997).

O autor continua dizendo que:

Nas sociedades contemporâneas, a trilogia formação/emprego/trabalho parece ser a mais estruturante dos "espaços-tempos" individuais e, portanto, da maneira segundo a qual as pessoas - especialmente os homens - "narram sua vida" e categorizam suas situações sucessivas (DUBAR, 1997, p. 16).

Porque se tornou um elemento raro, o emprego condiciona a construção das identidades sociais; porque conhece mutações impressionantes, o trabalho obriga a transformações identitárias delicadas; porque acompanha cada vez mais frequentemente as evoluções do trabalho e do emprego, a formação intervém nestes domínios identitários muito para além do período escolar.

Dessa forma, a relação com o mundo do trabalho é vista como fundamental para a construção da identidade. Giddens (2002) fala do trabalho como um "momento decisivo" na vida das pessoas, afirmando que "alguns tipos de atividade são geralmente pensadas pela pessoa em questão como tendo mais consequências para ela do que outros - como a atividade que se desenrola na esfera do trabalho" (GIDDENS, 2002, p. 107).

Acompanhando os estudantes de medicina na UFPB, percebe-se que o processo de construção da identidade profissional começa a ser gestado quando tomam forma o interesse e o desejo de ter a medicina como profissão, a partir das primeiras identificações e de algumas representações sobre o exercício da atividade do médico (MAZER e MELO-SILVA, 2010).

Para as autoras, a construção da identidade profissional envolve um complexo conjunto de experiências internalizadas, que abrange desde a concepção de mundo e a adoção de valores até a exteriorização em escolhas e comportamentos. A compreensão de como se processa o trabalho profissional, associada à compreensão do por que se processa dessa forma, alicerça a formação dessa identidade (MAZER e MELO-SILVA, 2010, p. 287).

Na construção da identidade do médico, Sinclair (1997) analisa quatro disposições que estão presentes durante a formação profissional: o conhecimento (a aquisição do saber médico), a experiência (adquirida pelo contato com profissionais, professores ou estudantes mais experientes), a responsabilidade (pelos pacientes, o que vai ocorrendo de forma progressiva durante o curso de graduação, e depende da permissão dos professores, profissionais ou estudantes mais experientes) e a cooperação (no grupo de estudantes, para com os professores e para com os profissionais).

No decorrer da formação profissional, o significado social dessas disposições muda em três níveis diferentes: o idealismo original (do estudante) só pode ser mantido pessoalmente, sem lugar na oficialidade; a cooperação mudou de uma prática horizontal operando igualitariamente para uma forma vertical (hierárquica); o conhecimento, a base do trabalho pré-clínico (ciclo básico do curso), foi substituído pela certeza da experiência para os alunos clínicos (ciclo profissional) e pela responsabilidade para os internos (SINCLAIR, 1997, p. 297).

Além disso, o estudante de medicina, durante a formação e construção da identidade profissional, segue um percurso de individualização:

nesse processamento institucional aparentemente uniforme, os graduandos em medicina se tornam muito individualistas. Isto é, por várias razões: apesar da metáfora onipresente da equipe cooperativa, o processo de socialização se dá através da individualização; conhecimento é verificado e memorizado pelo próprio corpo de cada indivíduo; a natureza da experiência e da responsabilidade pessoais leva a uma base epistemológica, dependente da biografia diferente de cada indivíduo ⁴¹ (SINCLAIR, 1997, p.299).

No processo de formação da identidade profissional do médico percebe-se que os estudantes de medicina são “forjados” na profissão trilhando dois caminhos complementares. O primeiro é a incorporação institucional da profissão – a aquisição do saber, a aprendizagem da clínica, o olhar sobre a doença, o seguimento das normas. O outro é a construção da auto-identidade, o sentir-se e o ver-se como médico – a individualização, a busca por mais atividades que outros alunos, a montagem do currículo, o reconhecimento por parte dos professores, dos outros estudantes e dos pacientes.

Nesse contexto de construção de identidades, considerando a formação do estudante de medicina e a prática profissional do médico, podemos utilizar dois conceitos trazidos por Goffman, o de linha e o de fachada.

Segundo o autor:

Todas as pessoas vivem num mundo de encontros sociais que as envolvem, ou em contato face a face, ou em contato mediado com outros participantes. Em cada um desses contatos a pessoa tende a desempenhar

⁴¹ Texto original: within this apparently uniform institutional processing, medical graduates have also become highly individualistic. This is for several reasons: despite the omnipresent metaphor of the Co-operative team, the process of socialisation is through individualisation; Knowledge is checked and memorised by the use of each individual's own body; the nature of Experience and Responsibility leads to a personally certain epistemological base, dependent on each individual's different biography

o que às vezes é chamado de *linha* - quer dizer, um padrão de atos verbais e não verbais com o qual ela expressa sua opinião sobre a situação, e através disto sua avaliação sobre os participantes, especialmente ela própria. Não importa que a pessoa pretenda assumir uma linha ou não, ela sempre o fará na prática (GOFFMAN, 2011, p. 13).

O conceito de *fachada* vem de um valor social positivo que uma pessoa efetivamente reivindica para si mesma através da linha que os outros pressupõem que ela assumiu durante um contato particular. A fachada é urna imagem do eu delineada em termos de atributos sociais aprovados - mesmo que essa imagem possa ser compartilhada, como ocorre quando uma pessoa faz uma boa demonstração de sua profissão ou religião ao fazer uma boa demonstração de si mesma (GOFFMAN, 2011, p. 14).

Durante o processo formativo, o aluno de medicina vai assumindo linhas e fachadas até adquirir as características de profissional – ingressante no ciclo básico (estudar muito, abdicar da vida social), estudantes do ciclo clínico (identificação com professores e práticas profissionais, currículo paralelo), internos (maior responsabilização, ampliação das práticas, especialização).

O ESTUDANTE DE MEDICINA E A IDENTIDADE PROFISSIONAL

Como já vimos, e de acordo com Menezes (2001), a formação profissional do médico não consiste apenas na incorporação de novos conhecimentos, nem se restringe à discussão dos aspectos inerentes a sua base técnica. Além disso, há um conjunto de representações coletivas sobre o “ser médico”, o qual os estudantes já possuem ao entrar na universidade.

A visão que os graduandos têm do profissional médico já é trazida desde o ingresso na faculdade e não se modifica muito ao longo do curso, como é visto nos depoimentos a seguir:

“Ah! Pra mim, médico significa cuidado, em todas as áreas, não só na questão científica, entendeu, como a gente mesmo fala na questão da escuta, acolher bem as pessoas, e aí o conhecimento científico pra tratar as doenças, melhorar a qualidade de vida da pessoa” (Aluna do 2º período).

“É saber cuidar, aliviar e curar. Nessa ordem” (Estudante do 5º período).

“o médico ele vai além da concepção do que a maioria pensa, que médico está ali para curar todo mundo, a grande maioria das vezes você não vai poder nem curar a doença do paciente, nem chegar a cura, então eu acho

que está lá mais para ajudar, cuidar do paciente, ter uma perspectiva de cuidar” (Aluna do internato).

Ser médico, para os estudantes acompanhados na UFPB, aproxima-se de uma ideia de cuidado. Entretanto, o conhecimento científico é fundamental.

“Prestar atenção à saúde de forma integral, **com várias ciências em mente**⁴², e, não somente, as biológicas” (Aluno do 4º período).

“É enxergar primeiramente que por trás de cada patologia há uma pessoa que vem em busca de sua ajuda e que faz parte de um universo muitas vezes totalmente diferente do seu. É entender que suas ações e condutas tomadas têm o poder de definir o destino de cada paciente que busca atendimento, e por isso exige respeito para com o outro e, principalmente, responsabilidade” (Aluna do 5º período).

“Não adianta formar médicos que sejam bons com as pessoas, é preciso saber diagnosticar e tratar o que elas têm” (grupo virtual).

É o que Sinclair (1997) diz: “o *habitus* básico de médico resulta de um centro formador profissional que produz médicos competentes e seguros, ao invés de ‘bons’ ou cuidadosos ⁴³” (p. 302).

O conflito entre competência e cuidado está sempre presente e perceptível nas falas e sentimentos dos alunos. Um aspecto trazido pela última estudante é característico da relação profissional e da constituição da profissão, que é o poder de definir o que as pessoas têm, lembrando Freidson (2009). Outro estudante colocou da seguinte forma:

“Médico é uma pessoa que presta serviço de cunho altamente especializado **para outro indivíduo, que normalmente não tem condições de avaliar a qualidade desse serviço**. É essencialmente uma prestação de serviço que requer grande sensibilidade por parte do médico, pois é essencialmente **uma relação assimétrica de poder**⁴⁴, especialmente frente a um paciente fragilizado e sem alternativas” (Aluno do 5º período).

Na formação em medicina, há um aprendizado não apenas do conhecimento médico, da clínica, mas também de como se deve agir na profissão, o que falar e até o que vestir. Novos valores e posturas devem ser incorporados pelos estudantes ao longo do seu processo de aprendizagem, o que pode ser ilustrado pelas frequentes

⁴² Grifo nosso.

⁴³ Texto original: the basic medical habitus, which results from the central professional enterprise of producing safe and competent doctors, rather than ‘good’ or caring ones.

⁴⁴ Grifos nossos.

repreensões feitas por médicos supervisores a estagiários ou residentes a respeito da forma de sentar-se durante uma reunião.

Por vezes estagiários sentavam-se dando as costas para outros profissionais, colocando os pés em cadeiras vagas ou se recostando nas cadeiras. Quando isto ocorre, em geral o profissional orienta os estagiários e residentes sobre a postura física adequada e também sobre a forma do 'aprendiz' se dirigir a outros profissionais (MENEZES, 2001, p.122).

Na percepção dos alunos, o médico é reconhecido devido:

"a forma como são tratados pelas outras pessoas e o modo de vestir-se. Percebo que o tratamento é diferenciado quando se trata de um médico e quando se trata de qualquer outro profissional. São pessoas que carregam consigo um status de superioridade intelectual aos olhos dos outros e, por isso, vestem-se muitas vezes de forma a ostentar tal superioridade. Considero que é importante andar bem vestido" (Aluna do 5º período).

"sem conversar, antigamente, sabia-se por estar vestido de branco. Hoje em dia essa prática não é mais comum. Não costumo identificar médicos apenas com o olhar, mas, quando vejo alguém mal vestido em ambiente de trabalho e sei que se trata de um médico, logo penso 'que não tem cara de médico'" (Aluna do 5º período).

"a roupa: camisa de botão, ensacada, calça social ou jeans, possível bata ou estetoscópio; a estética: cabelo penteados, curtos para os homens, bem cuidados para as mulheres; um jeito de quem está apressado, pouco simpático se possuir esse jeito" (Aluno do 4º período).

"ser reconhecido bem, assim, de não só de ter a imagem boa, assim, de um médico prestativo, sabe? Não só a imagem, mas essa imagem ter merecimento e não ser fajuta" (Aluno do 2º período).

Isso é o que Menezes fala. Estar bem vestido, arrumado, com "ar de intelectual", ter postura acolhedora e ser prestativo são características que os estudantes precisam adquirir e desenvolver para fazer parte e se sentir na profissão.

A observação feita pelo estudante do quarto período é unânime entre os graduandos, a de que o médico está sempre apressado, correndo de um local de trabalho a outro devido à quantidade de empregos que possui.

"Muito trabalho, noites sem dormir em plantões, pacientes ligando a toda hora, mas uma vida recompensadora tanto financeiramente quanto pessoalmente, quando você recebe elogios de que é uma das pessoas mais importantes na vida de um paciente" (Estudante do 5º período).

"eu vejo muita gente, muitos médicos que são verdadeiros escravos da medicina, que não tem vida própria, assim, a família dele, mesmo que ele

ame e tudo mais, ela tá em segundo plano, o primeiro plano dele é a profissão dele” (Aluno do 2º período).

A multiempregabilidade do médico, observada por todos os estudantes, ocorre devido ao processo de incorporação maciça de tecnologia na área da saúde. Lampert (2009) relata que a abundante oferta de trabalho médico especializado pode ter favorecido a incorporação de tarefas auxiliares de profissionais com nível de qualificação relativamente alto, determinando uma situação de subocupação de significativa quantidade de médicos jovens e não tão jovens, e uma sub-remuneração de seu trabalho, a qual estimula a busca de vários empregos (p. 55).

Associa-se também a essa multiplicidade de empregos o fato de que não existe só um mercado de oferta e demanda de serviços de saúde. Há, portanto, distintos mercados de trabalho médico – setor público com contrato por concurso público e pagamento de salário; setor privado por pagamento direto dos serviços ou honorários profissionais e setor privado com pagamento via seguro de saúde – cada qual com modalidades específicas de incorporação de recursos humanos, podendo o médico atuar em todos os sistemas simultaneamente.

Um dos alunos acompanhados fez referência de que a busca por vários empregos está relacionada à aquisição de um maior *status* sócio econômico na sociedade. Além disso, segundo ele, “o trabalho do médico é precarizado, muitas vezes não tendo garantias de trabalho”.

Isso apareceu também na realização da observação com grupos dos estudantes, principalmente internos. A visão de que o profissional médico é desvalorizado, que já não tem mais o prestígio de outrora, que, inclusive, é explorado pelos empregadores a produzir mais sem retorno financeiro adequado. Na internet, durante o desenvolvimento da pesquisa, circulou uma comparação entre os valores que médicos recebem por consultas e o que ganham cabeleireiros, demonstrando que um corte de cabelos pode render mais de que algumas consultas médicas. Isso era colocado com indignação por parte dos alunos e professores como um exemplo de desvalorização profissional: “como pode o médico estudar tanto, ter tanta responsabilidade, e receber menos por uma consulta do que um cabeleireiro que às vezes nem estudou.” Nesse sentido, ocorre a maioria das justificativas pela busca de vários empregos.

Essa “vida corrida” do profissional médico já é sentida e vivenciada pelos estudantes mesmo antes da formatura. Parece ser mais um aprendizado que o aluno adquire durante a formação.

O estudante, em sua formação, deve incorporar os valores, conhecimentos, novas formas de comportamento e de humor, além de aprender uma nova língua – não somente a linguagem técnica como também uma gíria médica específica. O estudante deve aprender a se comunicar – na escrita ou oralmente – de acordo com o universo a que se dirige, seja a profissionais ou pacientes. O aluno deve passar a conceber as pessoas enfermas como pacientes, a representar a doença e o funcionamento fisiológico por meio de números e de valores de laboratório. O aprendizado da escrita, em uma forma seletiva e específica, é fundamental para se tornar médico (MENEZES, 2001).

Esses múltiplos aprendizados fazem com que os alunos de medicina adquiram valores profissionais, maneiras de se relacionar com pacientes, outros estudantes, professores e outros profissionais, formas de falar e agir em determinadas situações.

É o que Galli (1989) relata:

o aluno incorpora a cultura médica, identifica os atributos que dão prestígio social e adquire uma escala de valores. Assim, por exemplo, no hospital, vendo e escutando seus professores, fora das atividades formais, que avisam que ser especialista traz mais prestígio e que determinadas especialidades gozam, entre os médicos e na população em geral, de maior reconhecimento que outras. Aprende também muitos outros valores e/ou critérios: que a “boa medicina” é a que faz na enfermaria, com pacientes hospitalizados; que a atenção a pacientes no ambulatório não é gratificante e que os consultórios externos se identificam com a “Sibéria” do hospital; que a tarefa mais importante do médico é fazer o diagnóstico e que a solução do problema do paciente escapa em certa medida de sua responsabilidade, já que muitos fatores influenciam, inclusive a “falta de colaboração” do doente; que os pacientes crônicos são “chatos” e que a tarefa médica é essencialmente o manejo das situações agudas ⁴⁵ (GALLI, 1989, p.345).

⁴⁵ Texto original: El alumno incorpora la cultura médica, identifica los atributos que logran prestigio social y adquiere una escala de valores. Así, por ejemplo, en el hospital, viendo y escuchando a sus profesores, fuera de las actividades formales, advierte que ser especialista tiene más prestigio que no serlo y que determinadas especialidades gozan, entre los médicos y en la población en general de mayor reconocimiento que otras. Aprende también muchos otros valores y/o criterios: que la “buena medicina” es la que se hace en la sala, con pacientes hospitalizados; que la atención de pacientes ambulatorios no es gratificante y que los consultorios externos se identifican como la “Siberia” del hospital; que la tarea más importante del médico es hacer el diagnóstico y que la solución del problema del paciente escapa en cierta medida a su responsabilidad, dado que intervienen muchos factores, incluso la “falta de colaboración” del enfermo; que los pacientes crónicos son “aburridos” y que la tarea médica es esencialmente el manejo de las situaciones agudas

Todos os estudantes retratam o “anti-exemplo” de médico – aquele que não olha nos olhos, que só se preocupa com os sintomas, que já está quase com a receita pronta na gaveta. Ou ainda o profissional que apenas está preocupado com o retorno financeiro proveniente do pagamento do salário ou da consulta. É uma ideia do tipo de profissional que “não serve” para a profissão. Essa ideia está relacionada às representações de um bom profissional, como também com o idealismo do estudante em formação.

“Eu não gostaria de ser um médico arrogante, que mal olha para o rosto do paciente para ver o que atende bem. Não gostaria de ser um médico que vem trabalhar só pensando no dinheiro, que trabalha pensando naquilo, é isso, não gostaria de ser um médico assim” (Aluna do internato).

“O médico que se focasse demais nas ciências biológicas” (Aluno do 4º período).

“Esses mercenários que a gente acabou de falar, tipo aquele cara que chega no posto, vê uma fila de gente sofrendo senta na cadeira e nem olha na cara do paciente e já sai receitando o medicamento sem levar em consideração a situação do paciente, se aquilo ali é viável ou não pra ele” (Aluno do 2º Período).

Esse “anti-exemplo” faz parte do cotidiano dos estudantes que precisam articular a competência técnica, o cuidado e o prestígio financeiro da profissão. Diante disso, Dubar (2005) explica que no processo de socialização ocorre a “instalação de uma dualidade” entre o “modelo ideal” que caracteriza a “dignidade da profissão”, sua imagem de marca, sua valorização simbólica, e o “modelo prático” que concerne às tarefas cotidianas e aos trabalhos duros (p. 183).

A imagem do profissional que “não serve” para a profissão está associada ao “modelo prático” exclusivo e se relaciona com uma prática tecnicista, de estabelecimento de relação médico-paciente meramente mediada pela técnica e pelo procedimento. No entanto, a atuação não muda disso. Tem-se a sensação de que a cordialidade, a promoção da autonomia, da saúde e da cidadania diminui a ação tecnicista, e, portanto, torna o médico menos competente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos esta pesquisa com um questionamento: se mudanças no processo de formação de médicos proporciona a construção de novas identidades profissionais. Para tentar respondê-lo, trilhamos um percurso de discussão e compreensão dos processos sociais que contribuem com a formação identitária dos estudantes de medicina da Universidade Federal da Paraíba, em meio às propostas de reforma no currículo de graduação.

Não se pretendeu associar a normatividade da estrutura curricular do curso de medicina com a construção de identidades profissionais, mas problematizar o movimento de transformação de uma formação identificada como exclusivamente focada na técnica, nos aspectos biológicos dos indivíduos e microbiológicos das doenças, para a preocupação com a produção do cuidado, com o compromisso profundo com o indivíduo em sua completude, inclusive na doença. Ou seja, a discussão não fica no plano rígido de uma disposição de módulos acadêmicos promovendo maior ou menor proximidade dos graduandos com os pacientes, mas se aproxima da constatação de necessidade de mudança na formação, devido ao fato de que o crescente avanço tecnológico biomédico não é suficiente para proporcionar qualidade de vida, saúde e felicidade às pessoas.

“Falta algo” na medicina ocidental moderna - foi o que apontamos no início do trabalho. Nesse momento de considerações finais da pesquisa, essa preocupação permanece. Durante todo o período no campo percebeu-se a pressão do complexo médico-industrial no meio universitário. A busca dos estudantes pela medicina de ponta, o “brilho nos olhos” com as tecnologias duras e com as especialidades médicas que as utilizam preponderantemente fazem parte do cotidiano formativo da profissão médica.

No entanto, observou-se uma tensão entre a procura pela competência técnica e a produção de ações cuidadoras. Uma tensão estruturante na construção da identidade profissional que percorre todo o curso, apresentando no início – primeiros períodos – uma tendência à visão técnica mais nublada e uma preocupação mais aparente com o indivíduo total e com seu entorno, e chegando ao internato com a nitidez da necessidade fundamental de enfatizar que o médico tem o papel de fazer o diagnóstico e prescrever uma terapêutica.

Os estudantes ao ingressarem no curso já trazem representações da profissão, algumas baseadas em experiências vividas e outras associadas ao senso comum. Essas representações, na maioria das vezes, demonstraram uma ideia de profissão que possibilita a aquisição de grande *status* social e, principalmente, de capital econômico. Mesmo que ganhar dinheiro não tenha aparecido como o motivador mais explícito pela escolha da carreira médica, esse aspecto esteve presente nos depoimentos de todos os alunos acompanhados. Associado a isso, encontramos a ideia do médico como um profissional focado primordialmente no trabalho, buscando a inserção em diversos empregos para suprir a necessidade social de diferenciação diante das pessoas em geral e das demais profissões de saúde em particular.

Outro aspecto de diferenciação, e aí relacionado ao fechamento da profissão, é o saber profissional. Um saber esotérico e um segredo, limitado apenas aos que seguem as normas institucionais. Normas essas da profissão, e não da universidade, mesmo a instituição de ensino sendo transmissora dos preceitos profissionais de forma legítima. Um conhecimento que dá permissão aos profissionais de definirem, inclusive, o que as pessoas têm, e que, em algumas situações – não visualizadas, mas fortemente ouvidas – dão poder ao estudante para exercer a profissão sem a credencial através de plantões irregulares. A impressão que tivemos é que a profissão está mais preocupada com seu funcionamento interno e com o respeito a seus procedimentos burocráticos (normas) do que com a qualidade dos serviços prestados às pessoas. Isso está relacionado com o desequilíbrio que pende para o lado da competência técnica, ao invés de para o cuidado.

Esse desequilíbrio não deixa de ser sentido pelos alunos, que, algumas vezes sofrem. É o problema de se ter em mente o “modelo ideal” de profissão – *status* social, cuidador, extremamente competente - e o “modelo prático” do mundo do trabalho, dos vários empregos, daquele que “só pensa no retorno financeiro”. Nesse sentido, falar em construção de novas identidades pode ser muito difícil, pois o parâmetro institucional continua se baseando na racionalidade biomédica hegemônica, no qual todos os professores e médicos com os quais os estudantes têm contato até o momento do curso foram formados.

O vislumbre com a técnica e a busca do conhecimento biomédico é perene durante o curso, mesmo com a exposição a situações que requerem a abordagem

de outras ciências – sociologia, antropologia, psicologia. O que acaba acontecendo é que, mesmo pensando em promover ações de cuidado, a ciência positiva e biológica é fundamental. Procura-se um aprendizado da ciência biomédica, mas quando há necessidade de se conhecer o campo das ciências sociais, por exemplo, há um rechaço. A ideia predominante é que se deve aprender a fazer um diagnóstico nosológico, e que se relacionar com o outro – no âmbito das tecnologias leves - só depende de certa generosidade e bondade individual, ou seja, usam-se elementos do senso comum.

Entendemos que isso também está relacionado com as representações sobre a profissão e sobre a hegemonia da racionalidade biomédica. No âmbito do trabalho com as tecnologias leves, um dos pressupostos é a promoção da autonomia da pessoa que procura atendimento, ou seja, a possibilidade do compartilhamento do saber para a tomada de decisões terapêuticas conjuntas. Assim, como uma das características da profissão é a autonomia do saber e a possibilidade de determinar o que as pessoas têm, há muita resistência quanto ao aprendizado dessas tecnologias sob o pressuposto de se diminuir o poder profissional.

Essa resistência é explicitada por alunos e professores que defendem a manutenção da formação cientificista e com foco nas doenças. O que pudemos compreender a partir desta pesquisa foi que o movimento de resistência “não vem” de professores e estudantes, mas das tendências ideológicas que eles carregam – uma formação voltada para as especialidades médicas; predomínio do hospital como espaço de aprendizado da medicina; abordagem biológica do adoecimento. Ou seja, a resistência tem lugar na profissão médica – é o pensamento institucional da medicina que impulsiona a maior resistência aos processos de reforma curricular e, portanto, à mudança do foco da doença para o foco de quem tem a doença.

Não é só no currículo formal que as tendências ideológicas da racionalidade biomédica hegemônica têm lugar. As tendências de “não mudança” na formação, além de manter a mesma estrutura das disciplinas fragmentadas mesmo na vigência de um novo currículo, ocupam espaço também nas ações extracurriculares. Ficou claro, a partir do acompanhamento dos estudantes, que a procura por ações que os aproximem da prática profissional é fundamental para o processo formativo, no entanto, essas atividades, além de poder sobrecarregar ainda mais o aluno que já tem tempo exíguo para o curso, direciona-o para uma prática profissional focada nas especialidades médicas. É o caso das ligas acadêmicas, entidades que se

proliferam especialmente após a implantação dos novos currículos e que, sob o pretexto de atuarem como ações de ensino-pesquisa-extensão, direcionam os participantes para o conhecimento fragmentado em partes do corpo, faixa etária, sexo ou doenças específicas.

Para conseguir ser aceito na profissão, os estudantes, além de seguirem as normas institucionais, precisam passar por um longo e “difícil” processo de formação. Quanto mais longo e ritualizado for o processo, mais sucesso haverá no fechamento da profissão em relação ao meio comum e às demais profissões. Esse aspecto foi bastante observado durante a pesquisa nas comparações que os alunos fizeram entre a medicina e outras profissões, e inclusive é um fator de apego quando se discute a importância da carreira na sociedade – lembrando-se da indignação com os cabeleireiros.

Abordamos a ritualização como processos de socialização que promove a passagem dos estudantes por diversas fases durante o curso. No início, os graduandos vivem um processo de maior idealização, o que faz com que alguns estudantes repensem se estão no caminho certo, pois continua a ideia de que os primeiros períodos do curso são apenas um preparatório para a “real medicina” após a semiologia. Não há o reconhecimento por parte dos alunos iniciantes de que a medicina começou, mesmo já realizando acompanhamento de pessoas ou famílias adoecidas. É a necessidade do saber instrumental que mantém o curso dividido em dois blocos (básico e profissional), como ocorria no currículo antigo e que se pretendeu modificar com a organização das disciplinas em módulos e com a criação dos módulos horizontais. Avançando na graduação, os estudantes se aproximam cada vez mais da técnica exigida pela profissão, sendo mais valorizadas, nesse momento do curso, as experiências vividas, preferencialmente no meio profissional. Quando internos, a busca por experiências é máxima e agrega-se a responsabilização pelos atos praticados.

Acompanhando os estudantes durante a pesquisa, percebemos que o processo de formação da identidade profissional do médico é construído a partir da incorporação institucional da profissão – a aquisição do saber, a aprendizagem da clínica, o olhar sobre a doença, o seguimento das normas, e da construção da auto-identidade, o sentir-se e o ver-se como médico – a individualização, a busca por mais atividades que outros alunos, a montagem do currículo, o reconhecimento por parte dos professores, dos outros estudantes e dos pacientes. Assim, a identidade

se dá pela construção pessoal de estratégias identitárias que mobilizem a imagem de si e pelo reconhecimento recíproco dos parceiros em relações de poder.

Nesse percurso de construção da identidade profissional, tanto no aspecto da imagem de si, quanto em relação aos pares – professores, outros médicos e outros estudantes – está fortemente presente a ideia de uma identidade de especialista focado em partes do corpo ou doenças específicas. Há praticamente a obrigatoriedade pela formação especializada, que deve iniciar na graduação e ser efetivada nos programas de residência médica. Dessa forma, não é só a identidade de médico que abordamos nesta pesquisa, mas a identidade do médico especialista. Isso pode reforçar ainda mais as tendências de “não mudança”.

O que conseguimos responder, então, ao questionamento inicial é que, mesmo diante de uma pluralidade de centros possíveis existentes na modernidade, com possibilidade de construção de novas identidades, a formação identitária dos estudantes de medicina está mais relacionada a um pensamento tradicional enraizado na profissão médica. O deslocamento do foco na doença e na técnica para o cuidado e a produção de vida e saúde poderá acontecer, e o processo já está iniciado, mas talvez seja necessário que os egressos formados nas novas modalidades curriculares assumam um espaço no meio formativo e possibilitem a imagem de novos “modelos ideais”. Além disso, para uma mudança mais radical, há a necessidade de uma nova organização do Estado, portanto, da forma como a profissão se relaciona com ele e com a população, favorecendo a reconfiguração do meio do trabalho e construindo novos “modelos práticos”.

REFERÊNCIAS

ABLAM (Assiação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina). Disponível em: <<http://www.ablam.org.br/index.html>>. Acesso em 10 abril 2012.

ALMEIDA, A.J. Contributos da Sociologia para a compreensão dos processos de profissionalização. **Medi@ções**. Vol. 1, nº 2. 2010. p. 115-127.

AMARAL, R. Antropologia na internet: pesquisa e campo no meio virtual. **Os Urbanitas – Revista Digital de Antropologia Urbana**. São Paulo, outubro 2003.

AMARAL, A.; NATAL, G.; VIANA, L. Netnografia como aporte metodológico da pesquisa em comunicação digital. **Comunicação Cibernética**, nº 20, Porto Alegre: FAMECOS/PUCRS, 2008.

ARCOVERDE, T.L.: Formação Médica: (Des)construção do sentido da profissão – A Trajetória da Representação Social. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Regional de Blumenau: 2004. 128p.

AYRES, J.R.C.M. Subjetividade, Intersubjetividade e Práticas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 6(1):63-72, 2001.

BECKER, H.S. et al. **Boys in white: student culture in medical school**. 10ª printing. Reprint of the 1961 ed. New Brunswick (USA)/London (UK): Transaction Publishers. 2007. 456p.

BONET, O. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 136p.

BOURDIEU, P. **Razones prácticas sobre la teoría de la acción**. Barcelona: Editorial Anagrama. 1997.

BOURDIEU, P. **Homo Academicus**. 1ª Ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2008. 320p.

BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. 322p.

BOURDIEU, P. **O senso prático**. Petrópolis: Vozes, 2009.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**, DF : Senado, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-Lei No 2.848, de 7 De Dezembro de 1940. Redação dada pela **Lei Nº 7.209, De 11 De Julho de 1984**. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal Nº 11350 de 5 de outubro de 2006.** Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

BULCÃO, L.G.; EL-KAREH, A.C.; SAYD, J.D. Ciência e ensino médico no Brasil (1930 – 1950). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.14, n.2, Rio de Janeiro, abr.-jun. 2007. p.469-487.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CAINE, J. **O Jardineiro Fiel**. [Filme-vídeo]. Direção Fernando Meirelles. Estados Unidos/Reino Unido, Instituição, 2005. 129 min. Drama.

CAMARGO JR., K.R. A biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):177- 201, 2005.

CAMARGO JR., K.R. As armadilhas da “concepção positiva da saúde”. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 76(1):63- 76, 2007.

CAPRA, F.: **O Ponto de Mutação – A ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix. 1997. 447p.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 9(1):139-146, 2004.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5), 1400-1410, set-out 2004.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde). Atenção Primária e Promoção da Saúde. **Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS**. 1ª Ed. Brasília, 2007. 232p.

CONSELHO FEDERAL DA MEDICINA (CFM). **Os estudantes de medicina e o ato médico: atitudes e valores que norteiam seu posicionamento**. PIMENTEL, A.J.P.; ANDRADE, E.O.; BARBOSA, G.A. Brasília: CFM, 2004. 144p.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Resolução Nº 4 CNE/CES de 7 de novembro de 2001** que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Curso de Graduação em Medicina. Brasília. 2001.

CREMEPE. **Exercício da Medicina – Plantão Ilegal é crime**. Disponível em: http://www.cremepe.org.br/leitorNews.php?cd_noticia=3164. Acesso em 15/2/2012.

CRUZ, Kathleen Tereza.: A formação médica no discurso da CINAEM. **Dissertação de Mestrado**. Campinas, SP. 2004. 334p.

DA MATTA, R. O ofício do etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”. In: NUNES, Edson de Oliveira. **A Aventura Sociológica**, Rio de Janeiro, Zahar. 1978.

DA ROS, M.A. A ideologia nos cursos de medicina. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J.B.; ARAÚJO, J.G.C. (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 224-243.

DIAS, M. A pesquisa tem “mirongas”: notas etnográficas sobre o fazer etnográfico. In: BONETTI, A.; FLEISCHER, S. (org.). **Entre saias justas e jogos de cintura**. Florianópolis: Editora Mulheres; Santa Cruz do Sul: EDUNISC. 2007. p. 73-92.

DINI, P.S.; BATISTA, N.A. Graduação e Prática Médica: Expectativas e Concepções de Estudantes de Medicina do 1º ao 6º ano. **Revista Brasileira de Educação Médica** Rio de Janeiro, v.28, nº 3, set./dez. 2004.

DINIZ, M. **Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais**. Rio de Janeiro: Revan. 2001. 192p.

DOUGLAS, M. **Como as instituições pensam**. Tradução de Carlos Eugênio Marcondes de Moura, São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

DUBAR, C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. **Revue Sociétés Contemporaines**. Université de Versailles. 1997.

DUBAR, C. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2005, 343p.

DURKHEIM, E. Representações Individuais e Representações Coletivas. In **Sociologia e Filosofia**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1970.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1994. 201p.

FERREIRA, R.A., et al. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Rev Ass Med Brasil**. 46(3). 2000. p. 224-231.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso de mudança na educação médica – processos e resultados**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica. 2002. 306p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 27ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1987, 288p.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 9 ed. São Paulo: Edições Loyola. 2005. 80p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 27ª reimpressão. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009, 295p.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7º Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011, 231p.

FREIDSON, E. **Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais**. 19º Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu/ MG, 19 de outubro de 1995. Disponível em: URL www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_08.htm. Acesso em 13/04/2012.

FREIDSON, Eliot. **Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política**. São Paulo: EDUSP. 1998. 280p.

FREIDSON, E. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: Editora UNESC; Porto Alegre: Sindicato dos Médicos. 2009. 451p.

GARAPINHEIRO, G.; AREOSA, J. Quanto a imagem é profissão: profissões da imagiologia em contexto hospitalar. **Sociologia, problemas e práticas**, n.º 57, 2008, pp.83 -108.

GALLI, A. Argentina: transformacion curricular. **Educ Med Salud**, Vol. 23, No. 4 .1989.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989, p. 13-41.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.,2002.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOFFMAN, E. **Ritual de Interação: Ensaio sobre o comportamento face a face**. Petrópolis: Vozes. 2011.

HALL, S. **A Identidade Cultural na Pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A. 1997. 108p.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 15ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

HERZLICH, C. A problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):57-70, 2005.

HORN, L.; TZANETOS, K.; THORPE, K.; STRAUS, S.E. Factors associated with the subspecialty choices of internal medicine residents in Canada, 8:37, **BMC Medical Education**, 2008.

IBGE. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. 45p.

KHADER, Y.; AL-ZOUBI, D.; AMARIN, Z.; ALKAFAGEI, A.; KHASAWNEH, M.; BURGAN, S.; EL SALEM, K.; OMARI, M. Factors affecting medical students in formulating their specialty preferences in Jordan. **BMC Medical Education**, 8:32, 2008.

KOIFMAN, L.: O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, 3 (1): 48-70, mar.-jun. 2001. p. 48-70.

LAMPERT, J.B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. 2º Ed. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2009. 305p.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985.

LUZ, M.T. **Natural, racional, social: razão média e racionalidade científica moderna**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MACHADO, M.H. (org.), **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MATTOS, F.L.R. Vivendo nu paraíso: comunidade, corpo e amizade na Colina do Sol. **Tese de Doutorado em Ciências Sociais**, UERJ, 2005.

MAZER, S.M.; MELO-SILVA, L.L. Identidade Profissional do Psicólogo: Uma Revisão da Produção Científica no Brasil. **Psicologia Ciência e Profissão**, 30 (2), 276-295. 2010.

MENEZES, R.A. Etnografia do ensino médico em um CTI. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v.5, n.9, p.117-30, 2001.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2007, 189p.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 9ª Ed. São Paulo: Hucitec. 2006. 406p.

MONTEIRO, L.L. et.al. Ligas Acadêmicas: o que há de positivo? Experiência de implantação da Liga Baiana de Cirurgia Plástica. **Rev. bras. cir. plást**; 23(3). 2008. p. 158-161.

MOREIRA, P.A.A. **O fenômeno das ligas acadêmicas de estudantes de medicina**: Semioblog, 2011. Disponível em: <<http://semiologiamedica.blogspot.com.br/2011/06/o-fenomeno-das-ligas-academicas-de.html>>. Acesso em: 10 abril 2012.

MUNHOZ, et. al. Experiência do Estudante de Semiologia Médica em Aulas Práticas com o Paciente à Beira do Leito. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 35 (3): 376-381. 2011.

NUNES, E.D. Merton e a sociologia médica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.159-172, Jan. -Mar. 2007.

NUNES, E.; CARVALHO, M.M. Ensino universitário, corporação e profissão: paradoxos e dilemas brasileiros. **Sociologias**, ano 9, nº 17, Porto Alegre, jan./jun. 2007. p. 190-215.

PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A.: O Relatório Flexner – para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 32 (4). Rio de Janeiro: 2008. p. 492-499.

PAIM, Jairnilson Silva.: **Reforma Sanitária Brasileira – Contribuição para a compreensão crítica**. EDUFBA/Fiocruz. Salvador/Rio de Janeiro: 2008. 356p.

PATCH ADAMS: O amor é contagioso. [Filme-vídeo]. Produção de S. Oedekerk. Direção Tom Shadyac. Estados Unidos, 1998. 115 min. Comédia Dramática.

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

PEREIRA-NETO, A.F. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, 232p.

PEREIRA, M.C.; JUNG,NM. Quando o familiar se torna “estranho” e o “estranho” quase se torna familiar: duas experiências surpreendentes no campo de pesquisa. **Ciências & Letras**, nº 23/24.Porto Alegre/RS: FAPA, 1998. p. 305-317.

PERRUSI, A.F.A. **Tiranias Da Identidade: Profissão e Crise Identitária entre Psiquiatras**. Tese de Doutorado. 2003. 307p.

QUEIROZ, M. I. P. **Variações sobre a Técnica de Gravador no Registro da Informação Viva**. São Paulo: T.A.Queiroz, 1991. 171 p.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; LIMA, M.C.: A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em medicina. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** v.6, n.11, p.107-16, 2002.

RONZANI, T.M.; RIBEIRO, M.S.: Identidade e Formação de Profissionais Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 3(27). Rio de Janeiro: 2003. p. 229-236.

RONZANI, T.M. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: Qual o Papel das Crenças? **Revista Brasileira de Educação Médica**. 31 (1). 2007. p. 38 – 43.

SBMFC. **A Medicina de Família e Comunidade: o que, como, quando, onde, por que**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2004.

SCHRAIBER, L. **O médico e seu trabalho**. São Paulo: Hucitec. 1993

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

SINCLAIR, S. **Making Doctors: An institutional apprenticeship**. Oxford/New York: Berg. 1997. 347p.

SISSON, M.C: Identidades Profissionais na Implantação de Novas Práticas Assistenciais. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 33 (1). Rio de Janeiro: 2009. p. 116-122.

SOUZA, A.N. Formação médica, racionalidade e experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1): 2001, p. 87-96.

TAVARES, A.P. O “Currículo Paralelo” dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 31 (3). 2007. p. 254 – 265.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(1): 2008, p. 195-206.

TORRES, A.R. et al. Ligas Acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27. out./dez. 2008. p. 713-720.

UFPB. Coordenação do Curso de Graduação em Medicina. **Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. UFPB/CCS/COPPEM. 2007.

WEBER, M. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. Vol. 2. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa; Revisão técnica de Gabriel Cohn - Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1999. 586 p.

VÍCTORA, C.G., KNAUTH, D. R. & HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde. Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial. 2000.

YAZBECK, Dalva Carolina de Menezes; AZEVEDO, Luiz Lanziotti; LIGNANI, Marcello Rebello; MENEZES, Siqueira Vinícius Martins. Novos rumos para a educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2(24). Rio de Janeiro: 2000.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

Tema: Escolha da Profissão

Por que você escolheu fazer medicina?

Como se deu essa escolha? Em que momento da sua vida você decidiu?

Qual a reação da sua família quando soube da escolha por essa profissão?

Alguém ou algum acontecimento na sua vida influenciou você nessa escolha?

Tema: Formação Profissional

Que área da medicina lhe chama mais atenção até o período que você está no curso? Por que?

O que deveria ser mais enfatizado e o que deveria ser menos enfatizado durante o curso?

Você já decidiu sobre seu futuro profissional, escolheu alguma especialidade?

Qual a sua avaliação do curso até o período em que você está?

Que área da medicina você não gosta até o momento no curso? Por quê?

Você participa de alguma ação extracurricular? Qual? Porque escolheu essa ação?

Que tipo de atividade é/foi fundamental para lhe formar médico?

Já fez plantão em algum hospital sem a presença de um médico junto? Conhece alguém que tenha feito? O que acha desses plantões? Porque o estudante procura essa atividade durante o curso?

Tema: Identidade

O que é ser médico pra você?

Que médico você gostaria de ser? Por quê?

Que médico você não gostaria de ser? Por quê?

Como você acha que é a “vida de médico”?

Quando você olha pra alguém e tem a impressão que se trata de um médico, que características lhe informam isso?

Como você caracteriza o estudante de medicina? Existe diferença de um estudante de outra área? Por quê?

Tema: Prática Profissional

O que você já viu/ouviu dizer da prática profissional que você não concorda? Por quê?

Há aspectos que precisam mudar na profissão médica? Quais?

Que você acha do trabalho em equipe?

Considerando que tenhas escolhido uma área da medicina, como você vê a relação dela com outras especialidades?

Como você vê a relação da medicina com outras profissões de saúde? Como deve ser o trabalho entre elas?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: **FORMAÇÃO IDENTITÁRIA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA: NOVO CURRÍCULO, NOVAS IDENTIDADES?**

Pesquisador Responsável: André Petraglia Sassi

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal da Paraíba

Telefones para contato: 83-30214789 ou 83-88054789

Endereço: Cidade Universitária – CCHLA – PPGS (primeiro bloco à direita na entrada principal da UFPB)

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

Responsável legal (quando for o caso): _____

R.G. Responsável legal: _____

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **FORMAÇÃO IDENTITÁRIA DO ESTUDANTE DE MEDICINA: RELAÇÃO ENTRE O CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO E A PRÁTICA PROFISSIONAL**, de responsabilidade do pesquisador André Petraglia Sassi.

Objetivos e Justificativa do Projeto:

O projeto tem como objetivo analisar o processo de formação identitária do médico, no contexto de práticas médicas de cunho tecnológico-biológico e da intervenção das propostas de mudanças nos currículos das escolas médicas. Além disso, são objetivos específicos:

- Conhecer as concepções dos estudantes de medicina sobre o ser médico e o exercício da medicina;
- Analisar, em diferentes etapas do curso de medicina, as percepções dos estudantes sobre a identidade profissional;
- Compreender se os processos de mudança nos currículos das escolas médicas podem se relacionar com a formação identitária profissional;
- Conhecer, a partir da comparação entre experiências de formação curricular diferentes, as concepções de medicina e da profissão médica;
- Analisar se existem diferenças de concepção profissional em instituições pública e privada.

Diante disso, esta pesquisa será importante para compreender a relação entre a graduação em medicina, no âmbito de implantação de um novo currículo, e a prática profissional.

Métodos Utilizados na Pesquisa

Para execução deste trabalho de pesquisa, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, com roteiro previamente estabelecido (em anexo). A entrevista será gravada e depois transcrita para posterior análise. A qualquer momento o Sr.(ª) poderá requisitar o material gravado ou transcrito para observação. As gravações ficarão em poder do pesquisador e poderá ser requisitada cópia se o Sr.(a) desejar.

Desconfortos e riscos associados

Para análise dos dados e elaboração do relatório de pesquisa, será preservado o nome do voluntário em anonimato, podendo-se utilizar nome fictício ou apenas fazer menção ao período do curso de graduação, garantindo a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do sujeito da pesquisa

Dessa forma, não se espera que haja riscos aos participantes.

Mesmo assim, o pesquisador estará sempre à disposição para sanar eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa pelos telefones ou no PPGS.

Quanto à participação do (a) voluntário (a)

A participação é *voluntária* e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem constrangimento ou qualquer tipo de penalização ao participante.

Caso o Sr. (a). consinta, será necessário assinar este termo de acordo com a Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional De Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, garantindo o seu anonimato nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), que os (as) pesquisadores (as) acharem convenientes. Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos sua colaboração.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Ou

Eu, _____, RG nº _____, responsável legal por _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

João Pessoa, ____ de _____ de _____

Nome e assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE C – Autorização da observação no grupo da internet

Curriculo Medicina UFPB

https://www.facebook.com/groups/167770789973255/

facebook Pesquise o que quiser no Facebook

André Sassi Página inicial

Escreva um comentário...

André Sassi

Caros participantes do grupo Currículo Medicina UFPB, estou no mestrado de Sociologia da UFPB (linha Saúde e Sociedade) e desenvolvo a pesquisa intitulada "FORMAÇÃO IDENTITÁRIA DO ESTUDANTE DE MEDICINA: RELAÇÃO ENTRE O CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO E A PRÁTICA PROFISSIONAL". Como forma de coleta de dados, realizei entrevistas com alguns estudantes de diversos períodos do curso. Parte do trabalho envolve a compreensão sobre os processos de mudança e estruturação curricular. Nesse sentido, gostaria de saber se eu poderia, nesse grupo virtual, atuar como observador participante e utilizar partes da discussão (sem nenhuma identificação) sobre as análises feitas do currículo do nosso curso. A observação participante é um método de pesquisa social a partir do qual são considerados discursos das pessoas. O formato de observação em grupo virtual é novo na pesquisa acadêmica, dependendo que o grupo se manifeste para autorizar ou não minha participação como pesquisador. Quaisquer dúvidas podem me escrever aqui ou por e-mail (andre_sassi@yahoo.com.br). Obrigado pela atenção.

Curtir · Comentar · Seguir (desfazer) publicação · 21 de Março às 20:47

... e outras 14 pessoas curtiram isso.

Minhas postagens estão autorizadas, professor. =)

21 de Março às 23:48 · Curtir · 1

... As minhas quando quiser

21 de Março às 20:48 · Curtir

Acho que ngm se oporá, as minhas podem ser utilizadas

22 de Março às 20:21 · Curtir

Escreva um comentário...

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética

Andamento do projeto - CAAE - 1109.0.000.462-11				
Título do Projeto de Pesquisa FORMAÇÃO IDENTITÁRIA DO ESTUDANTE DE MEDICINA: RELAÇÃO ENTRE O CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO E A PRÁTICA PROFISSIONAL				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	26/05/2011 08:33:12	02/08/2011 07:21:37		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	24/05/2011 07:02:56	Folha de Rosto	FR431230	Pesquisador
3 - Protocolo Pendente no CEP	07/07/2011 10:20:49	Folha de Rosto	056/2011	CEP
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	26/05/2011 08:33:12	Folha de Rosto	1109.0.000.462-11	CEPV
5 - Protocolo Aprovado no CEP	02/08/2011 07:21:37	Folha de Rosto	056/2011	CEP
4 - Protocolo Pendente no CEP	07/07/2011 10:29:23	Folha de Rosto	056/2011	CEP

[Voltar](#)