

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

FORMAÇÃO, TRABALHO E IDENTIDADE:
Expectativas Pessoais e Profissionais de
Futuros Médicos

MARIA ELIZABET LAUTERT DE SOUZA

SÃO PAULO

2012

MARIA ELIZABET LAUTERT DE SOUZA

**FORMAÇÃO, TRABALHO E IDENTIDADE:
Expectativas Pessoais e Profissionais de Futuros Médicos**

CAAE - 0512.0.241.000-11¹

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGE da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosemary Roggero

SÃO PAULO
2012

¹ Este número é único e corresponde ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética. Refere-se ao identificador do projeto em todos os níveis: no SISNEP, no Comitê de Ética Pesquisa (CEPs), na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, inclusive nas revistas de publicação científicas ou congressos.

Souza, Maria Elizabet Lautert de.

Formação, trabalho e identidade: Expectativas pessoais e profissionais de futuros médicos./ Maria Elizabet Lautert de Souza. 2012.
191 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2012.

Orientador (a): Profa. Dra. Rosemary Roggero.

1. Formação. 2. Trabalho. 3. Identidade profissional. 4. Medicina.

I. Roggero, Rosemary. II. Título

CDU 37

**FORMAÇÃO, TRABALHO E IDENTIDADE:
EXPECTATIVAS PESSOAIS E PROFISSIONAIS DE FUTUROS MÉDICOS**

MARIA ELIZABET LAUTERT DE SOUZA

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Nove de Julho - UNINOVE, Programa
de Pós-Graduação em Educação - PPGE para a
obtenção do título de Mestre em Educação, pela
Banca Examinadora, composta por:

Presidente: Profª Drª. Rosemary Roggero – Orientadora – UNINOVE

Membro: Profª Drª. Elaine Dal Mas Dias – UNINOVE

Membro: Profª Drª. Renata Mahfuz Daud Gallotti – USP-SP

Membro: Prof. Dr. Marcos Antonio Lorieri– UNINOVE
(Suplente)

Diretor do PPGE UNINOVE: Profª Dr. José Eustáquio Romão

Discente: Maria Elizabet Lautert de Souza – UNINOVE

São Paulo, 18 de outubro de 2012.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Rosemary Roggero, por toda a sua dedicação, pela forma carinhosa de dar a direção, por sua generosidade em dedicar seu tempo, demonstrar confiança e sempre incentivar, acreditando inclusive nos momentos mais difíceis, e por sua habilidade em compartilhar seus conhecimentos, respeitando o ritmo e a habilidade de cada um de seus orientandos.

Aos colegas do grupo de pesquisa, com quem tive oportunidade de conviver e aprender a cada encontro, Giane Carvalho, Gislaine Baciano, Lee Siqueira, Marta Croce e Renata Ortale, pelo carinho e torcida. E as novas colegas Aline Coura e Rosana Pedrosa, por seu apoio e torcida e, em especial, a Cinthya Duran por todo o incentivo, apoio, amizade e confiança.

À Universidade Nove de Julho, e ao Programa de Pós-Graduação em Educação pelo apoio e incentivo à pesquisa acadêmica e pela concessão de bolsa de estudos PROSUP (CAPES), o que me permitiu maior dedicação ao projeto.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE – UNINOVE), pelo compartilhamento de suas experiências e conhecimentos.

Às professoras Dr^a. Elaine Dal Mas Dias e Dr^a. Renata Mahfuz Daud Gallotti, pela acolhida ao projeto, pelo aprendizado e pelo espírito de contribuição.

À Adriane Gozzo, por seu carinho, interesse e precioso apoio. À Denise Santos, por sua grande ajuda. À Katia Galavoti pelo apoio e torcida.

À minha filha Karen, pelo incentivo constante, por seu bom humor, pela alegria, pelo carinho, pela compreensão das minhas ausências e por todo apoio incondicional. Ao Fábio, por todo suporte, incentivo e torcida.

Ao meu filho Ricardo, por sempre acreditar e pela torcida.

Ao meu filho Rodrigo, por sua alegria, carinho, ânimo e incentivo. À Márcia, por seu carinho incondicional e torcida.

Aos meus netinhos Sabrina e Rafael por seu companheirismo, carinho, bom humor, boa disposição e alegria contagiantes, e compreensão da minha falta de tempo e atenção.

Aos meus netos Tamires e Gabriel, por serem tão gentis e queridos, o que aquece
o
coração.

A história da medicina é uma história de vozes. As vozes misteriosas do corpo: o sopro, o sibilo, o borborismo, a crepitação, o estridor. As vozes inarticuladas do paciente: o gemido, o grito, o estertor. As vozes articuladas do paciente: a queixa, o relato da doença, as perguntas inquietas. A voz articulada do médico: a anamnese, o diagnóstico, o prognóstico. Vozes que falam da doença, vozes calmas, vozes ansiosas, vozes curiosas, vozes sábias, vozes resignadas, vozes revoltadas. Vozes que se querem perpetuar: palavras escritas em argila, em pergaminho, em papel; no prontuário, na revista, no livro, na tela do computador. Vozerio, corrente ininterrupta de vozes que flui desde tempos imemoriais, e que continuará fluindo.

Moacyr Scliar, em “A Paixão Transformada”, 1996.

SOUZA, Maria Elizabet Lautert de. **Formação, trabalho e identidade: expectativas pessoais e profissionais de futuros médicos.** Dissertação (Mestrado em Educação) Programa de Pós-Graduação em Educação – Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2012.

RESUMO

O tema dessa pesquisa é a relação entre formação, trabalho e identidade. Tem como questão central as expectativas dos estudantes de Medicina, em relação ao futuro pessoal e profissional. O objetivo foi investigar como o estudante é afetado pelas práticas sociais e educacionais ao longo da formação; quais as influências da cultura que se fizeram presentes em suas escolhas; como a formação em Medicina contribui para a construção da identidade profissional; quais as mudanças entre as expectativas iniciais e ao final da graduação. Partiu-se dos seguintes hipóteses: a) na visão dos estudantes o processo de formação em Medicina está, ainda, mais comprometido com a capacitação técnica e menos com o desenvolvimento de uma visão humanista; b) no início da formação, as expectativas que os estudantes têm sobre o trabalho que irão exercer estão distantes do trabalho possível e, ao longo do curso, aproximam-se da realidade; c) as expectativas, que o indivíduo tem do trabalho e de si mesmo, estão diretamente relacionadas com a cultura e a valorização que seu contexto atribui à atividade profissional que escolhe e desempenha. Os sujeitos são estudantes de Medicina no final de sua graduação, durante o período do Internato, em vias de inserção no mercado profissional. A pesquisa é bibliográfica, documental e qualitativa e configura-se como um estudo de caso, pela análise de dados do curso. Como metodologia de pesquisa empírica, foi utilizada a observação de atividades curriculares dos grupos de Internato, e a história oral de vida como método de entrevista. A escolha do método visa contemplar a dimensão do sujeito em relação com a dimensão social de forma que permita a narrativa mais livre. Foram feitas perguntas disparadoras relativas à história de vida, formação, expectativas, inserção social e profissional, conquistas e projetos, e o porquê da escolha da profissão de médico. Pela análise da narrativa dos sujeitos, se buscou depreender as influências da formação e do trabalho em sua trajetória e construção de identidade profissional. O referencial teórico é o da Teoria Crítica da Escola de Frankfurt. O estudo parte da concepção histórico-social do indivíduo e de sua constituição como sujeito, cujo desenvolvimento está submetido à lógica do capital, em que sua subjetividade e construção de identidade respondem a uma concepção de vida e trabalho atrelada àquela lógica. Dos resultados pode-se destacar que: na visão dos estudantes a formação ainda é mais tecnicista do que humanista; suas percepções diante do final da graduação são de formação em andamento; suas expectativas estão voltadas mais para o sucesso no ingresso e na realização da residência médica como forma de melhor capacitação para o mercado profissional do que para projetos de vida pessoal; suas identidades profissionais ainda estão em fase de transformação em que convivem sentimentos como receio e orgulho; são perceptíveis as influências culturais em suas escolhas e formação, bem como as influências de modelos como amigos, familiares e professores que acabam por se refletir na constituição de valores e na identidade profissional. Quanto à formação, sugerem-se novas pesquisas sobre estudantes ao longo da graduação e sobre os formadores e seu trabalho pedagógico no âmbito da Medicina.

Palavras-chave: Trabalho. Formação. Identidade profissional. Medicina. História De Vida.

SOUZA, Maria Elizabet Lautert de. **Training, work and identity: future doctors' personal and professional expectations.** Dissertation (Master's in Education) – Postgraduate Program in Education – Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2012.

ABSTRACT

The topic of this research is the relationship between training, work and identity. The study aims to explore medical students' expectations regarding their personal and professional future. Its main objective was to investigate how those students are affected by social and educational practices during training; what cultural influences shape their choices; how training in medicine contributes to the development of their professional identity; what changes characterize the initial expectations and the completion of the degree. The assumptions framing the investigation were: a) from the students' perspectives, training in medicine still revolves more around technical development rather than around a humanistic view; b) at the beginning of their training, students' expectations about the work to be carried out in the future do not match possible scenarios and, as the training progresses, those expectations become closer to reality; c) the expectations one has about work and about oneself are directly related to the culture and to the values projected by the context towards professional choices and practices. The subjects of this study are medical students at the completion of their degree, during the internship, and about to enter the professional market. The survey is bibliographic, documentary and qualitative and it takes up the form of a case study looking at data during the course. The empirical research methodology was based on the observation of curricular activities carried out by members of the internship, as well as on interviews about life oral histories. The choice of method aims to encompass the dimension of the subject in relation to the larger social dimension in order to allow the development of free narratives. Questions were asked about life history, training, expectations, social and professional insertion, achievements and projects, as well as the reasons guiding the choice of the medical career. The analysis of the narrative was guided by the Frankfurt School approach to Critical Theory and it sought to unpack the influence held by training and work upon the development of the subject's professional identity. The study derives from individuals' sociohistoric conception and their constitution as subjects whose development is subjected to the logic of capital, in which their subjectivities and identity constructions respond to a conception of life and work tied to that logic. The results highlight that: according to the students' views, training is still more technical than humanist; their understanding at the time of graduation is that training is an ongoing process; their expectations are predominantly geared for success in the initial period of residence as a way to develop better qualification for the professional market rather than for personal life projects; their professional identities are still undergoing transformation including feelings of fear and pride, cultural influences are noticeable in their choices and training and so are the influences of models including friends, family and teachers who end up having an effect on the development of values and professional identity. As for training, we suggest new research about students in training and about their trainers and their pedagogical work in medicine.

Keywords: Work. Training. Professional identity. Medicine. Life History.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1. CAPÍTULO I – MEDICINA: HISTÓRIA E FORMAÇÃO MÉDICA.....	28
1.1. ASPECTOS HISTÓRICOS.....	28
1.2. ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL.....	37
1.3. ESCOLAS MÉDICAS EM SÃO PAULO.....	40
1.4. A FORMAÇÃO MÉDICA.....	46
2. CAPÍTULO II – CULTURA, FORMAÇÃO E TRABALHO: CONTEXTO E SUBJETIVIDADE.....	58
2.1. CULTURA E SOCIEDADE.....	58
2.2. SUBJETIVIDADE/IDENTIDADE/PERSONALIDADE.....	65
2.3. FORMAÇÃO.....	81
2.4. TRABALHO.....	86
3. CAPÍTULO III – ESTUDANTES DO INTERNATO: PERCEPÇÕES SOBRE A FORMAÇÃO E A ATIVIDADE MÉDICA E EXPECTATIVAS PARA O FUTURO.....	95
3.1. O MÉTODO.....	98
3.2. O CURSO.....	104
3.3. HISTÓRIA ORAL DE VIDA — NARRATIVAS.....	116
3.4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	167
REFERÊNCIAS.....	172
ANEXOS.....	182
Anexo 1 – Questionário socioeconômico.....	183
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - História Oral.....	184
Anexo 3 – Carta de Cessão.....	186
Anexo 4 – Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	187
Anexo 5 – CAAE 0512.0.241.000-11.....	188
Anexo 6 – CEP – Andamento do projeto.....	189
Anexo 7 – Grade curricular completa – Medicina.....	190

INTRODUÇÃO

A relação da sociedade, e de cada indivíduo, com os médicos que atendem e participam dessa mesma sociedade é permeada por vários aspectos. Todos esses aspectos são, sem dúvida, muito relevantes, pois dizem respeito à saúde das pessoas e de como isso se dá e como afeta cada indivíduo, na medida em que todos são usuários potenciais do Sistema de Saúde. Ao longo desse trabalho serão expostos alguns desses aspectos e como a categoria profissional de médico foi sendo constituída ao longo da história.

A relação médico por habitante no Brasil é de 1,8 médicos para cada mil habitantes, sendo que a meta do programa conjunto dos ministérios da Educação e da Saúde será ampliar a quantidade de médicos no país para 2,5 por mil habitantes até 2020. (ROCHA, 2012) Para que isso ocorra já existe um projeto e incentivos para o aumento de vagas nas escolas médicas.

Em geral, a atividade médica é analisada do ponto de vista do usuário, do paciente, da população, o que é perfeitamente compreensível dada à importância dessa atividade e de seus efeitos sobre a saúde de todos.

A cada ano formam-se novos médicos que partem em busca de oportunidades e meios de aprimoramento para inserção no mercado profissional. Quando estão prestes a serem titulados médicos generalistas, que desafios, sentimentos, expectativas, em suma, apresentam esses formandos? Essa é uma questão que pretende investigar, do ponto de vista do futuro médico, como ele enxerga a si mesmo e a sua profissão. Médicos, cuja identidade se constrói em perspectivas complexas, em meio às demandas sociais e às características histórico-culturais da profissão.

Sendo assim, este estudo tem por tema a relação entre formação, trabalho e identidade em que são investigadas as expectativas pessoais e profissionais de estudantes de Medicina, cursando os últimos anos da graduação, no período do Internato, que compreende os quatro últimos semestres (do 9º ao 12º) da graduação. Jovens em vias de inserção no mercado profissional, com suas histórias de vida, e suas projeções para o futuro.

Investigar a relação entre formação e trabalho e suas implicações na construção da identidade do médico surgiu como ideia a partir de um percurso de

estudos e experiências na área de Saúde e Trabalho. Área em que existe uma equipe multidisciplinar para o atendimento do paciente trabalhador, constituída de tal modo que o médico é uma figura central, sobre quem em geral repousam muitas expectativas, sendo que esse médico também é um trabalhador.

A partir desses estudos sobre as concepções de trabalho, entre elas a de que o trabalho confere ao trabalhador uma identidade com a qual passa a ser reconhecido pelo grupo de que faz parte, surgiu a ideia de pesquisar sobre a relação entre formação e trabalho e suas implicações na construção da identidade. Reunindo os estudos e experiências vividas, como pesquisadora e psicóloga do trabalho no Serviço de Saúde Profissional (SSO) do HC-FMUSP, bem como os estudos de duas pós-graduações, sendo uma delas em Saúde e Trabalho e outra em Formação de Docente do Ensino Superior, começou a se delinear a questão de pesquisa sobre a identidade do médico, que já estaria em construção desde a formação, no curso de graduação, ou mesmo antes.

Durante a vivência de 1800 horas do curso de aprimoramento, seguido por mais três anos de atividade profissional como colaboradora do citado ambulatório, alguns aspectos despertaram a atenção desta pesquisadora. Convivendo e trabalhando com os profissionais de saúde, e entre eles, com os médicos titulares e residentes, ou estudantes de graduação durante seus estágios, e percebendo a estruturação do ambiente hospitalar em torno da figura dos médicos, a questão da identidade dos mesmos passou a ser objeto de curiosidade e reflexão. O hospital é um local, nas palavras dos próprios profissionais de saúde, “feito para os médicos”, é o local em que os médicos são os principais atores; espaço e papel que eles assumem com naturalidade e no qual atuam com seu poder centralizador, de tal forma que mesmo entre eles surgem comentários ora jocosos, ora mais críticos, de que afinal “eles são apenas deuses”. Apesar do tom de brincadeira de uma grande maioria, percebe-se que essa ideia permeia as crenças deste contexto, sendo uma delas a de que o médico tem o poder sobre a vida e a morte. Essa ideia a respeito do poder médico e do fato de que o médico não erra, ou não pode errar, é também, por sua vez, geradora de alta expectativa por parte de todos em relação ao desempenho médico e fator de muita pressão sobre os mesmos.

Nesse contexto começaram a surgir as primeiras indagações relativas à identidade dos médicos. Entre elas surgiram reflexões sobre como a cultura, a sociedade, o contexto da graduação com todas as suas implicações, a prática

médica e a formação, tanto pessoal como profissional, influenciam a construção dessa identidade e de seu respectivo espaço social.

Durante o curso de Formação de Docente, tanto a teoria como a vivência foram sobre o processo de formação profissional de um futuro formador. Essa experiência instigou a reflexão a respeito das influências da formação. Pensando como pesquisadora e professora, surgiu também a questão de como se refletirão sobre o espaço social e sobre a identidade do formando as vivências e expectativas desenvolvidas ao longo do processo da graduação.

Da reunião dessas experiências e reflexões, bem como do exposto no início deste texto, de que todos, como indivíduos e sociedade, somos afetados de alguma maneira pela atuação médica, recorrendo ao atendimento à saúde para si ou para alguém próximo de si, definiu-se a escolha do tema. O ponto central é o sujeito revelando como nessa trajetória, com sua história de vida, a formação, o trabalho e a cultura influenciam a construção de uma identidade profissional e o espaço social correspondente. Para abordar esses aspectos, a principal pergunta desta pesquisa trata das expectativas pessoais e profissionais que esses futuros médicos têm para as suas vidas.

Na sequência, ocorreu a inserção desta pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Educação, PPGE-UNINOVE, por meio da pesquisa sobre formação e trabalho, no âmbito das Políticas Públicas, também relacionadas ao novo projeto da orientadora, incluindo a formação na área de saúde, no GruPeS (Grupo da Pedagogia da Simulação).

Quanto ao tema da pesquisa, um dos primeiros passos foi realizar um levantamento, no banco de teses da Capes, em que foram colocadas as palavras-chave *estudantes medicina*, resultando em 272 dissertações. Ao inserir junto o termo *expectativas* o número de trabalhos em nível de mestrado caiu para 16.

Desses, vale destacar o seguinte trabalho: Luiz Osvaldo Viola Coelho. *Opiniões de estudantes de medicina sobre sua formação profissional e motivação durante o curso*. Mestrado em Educação. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul. 01/12/1997. 269p.

Trata-se de um estudo que alerta quanto ao estado emocional dos estudantes ao longo do curso e da necessidade de acompanhamento dessas fases de

enfrentamento de difíceis situações, que envolvem simultaneamente as buscas de autofirmação e de identidade, conforme dados de seu resumo:

A amostra foi composta por alunos do III, IV, IX, XII semestres do curso de medicina da UFSM. Uma grande parte dos alunos revela fases de desmotivação e mesmo de crises durante o curso, alguns depoimentos relatam momentos particularmente graves. Essas situações ocorrem em todo o curso, mas, especialmente nos últimos semestres, se intensificam. Essas situações necessitam de acompanhamento e apoio para que o aluno possa superá-las, pois se encontra numa fase de vida que pressupõe mudanças buscando autoafirmação e busca da própria identidade. Justamente nessa fase vivencia situações difíceis tais como convivência com o cadáver, com a doença, com o paciente grave e com a morte. Concluindo, há necessidade de uma reflexão profunda sobre o sistema de ensino, de se partir para uma educação mais integral, mais holística, que possa proporcionar um desenvolvimento mais harmônico, tanto no aspecto intelectual como no aspecto emocional dos nossos alunos. (COELHO, 1997, resumo).

Relativos ao período de 2000 até 2011 restaram 12 trabalhos. Desses, os temas referem-se a: morte excluída do ensino médico; influência de expectativas sobre o comportamento do uso de álcool entre estudantes da área da saúde; ser médico e saúde mental do estudante de Medicina; percepção sobre saúde e doença; questões de sexualidade; o estudante e o paciente; a mediação docente.

Apenas uma dissertação referia-se a trabalho, mas tendo como sujeitos não os estudantes do Internato, mas os recém-formados. Mais adiante há um comentário sobre essa produção.

Quanto ao doutorado, retornaram sete teses, no período de 2000 a 2011, com as palavras-chave: *expectativas*, *estudantes*, *medicina*. Dessas, os temas tratavam de expectativas diante de situações clínicas específicas, como cardiologia e pediatria, e apenas uma dizia respeito também a trabalho, mas tendo como sujeitos estudantes de vários cursos. Será comentada adiante.

Ao incluir também a palavra *trabalho* junto com as palavras-chave *expectativas*, *estudantes* e *medicina*, retornaram três dissertações e uma tese.

Entre esses trabalhos vale destacar a dissertação, citada anteriormente que se refere aos recém-formados: Douglas Henrique de Macedo. *O mundo do trabalho na graduação médica: a visão dos recém-egressos*. Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde. Universidade Federal de São Paulo. 01/06/2010. 127p.

O autor pondera sobre o modelo tecnicista de Medicina, em detrimento do humanismo e discute se a formação médica prepara o estudante para o exercício profissional da Medicina:

O desenvolvimento tecnológico após a Revolução Industrial fez com que a prática médica fosse calcada num modelo tecnicista em detrimento ao modelo humanista. Em virtude disto, muito se tem discutido sobre a influência das Humanidades e das Ciências Biomédicas no processo de formação médica. No entanto, a visão econômica e trabalhista do exercício profissional do médico, numa dimensão individual, foi negligenciada. Este estudo se propôs a responder a questão: A graduação prepara os futuros médicos para lidarem com as influências das variáveis econômicas e trabalhistas do Mundo do Trabalho sobre o seu exercício profissional? (MACEDO, 2010, resumo).

Quanto ao mercado de trabalho e os estudantes universitários, tem-se a tese citada anteriormente sobre sujeitos estudantes de vários cursos: Elizabeth Fiúza Aragão. *Tempo de Trabalhar: os descaminhos de jovens universitários rumo ao mercado de trabalho*. Doutorado em Sociologia. Universidade Federal do Ceará. 01/10/2005. 246p.

A autora aborda o trabalho como “alicerce da produção e da riqueza, como também ponto de referência maior de identidade social” na modernidade; discute a crise do trabalho em suas formas mais estáveis na contemporaneidade e tem como um dos resultados de sua pesquisa o que o jovem valoriza em relação à preparação para o trabalho e às profissões que considera de futuro:

O conjunto de novas habilidades e competências apregoado pelas “fórmulas” do sucesso na atualidade é percebido pelos jovens, contudo ele foca sua preparação para o futuro no investimento intensivo nos estudos, não buscando agregar outros saberes e conhecimentos fora de sua área de formação. Acredita que os estudos aprofundando o conhecimento e o saber fazer técnico constituem a única possibilidade para entrar no processo de competição rumo ao mercado de trabalho. Resguarda uma visão de sucesso que contradiz alguns valores que os adultos julgam predominantes entre os jovens. Toma como profissões de futuro aquelas vinculadas às áreas de Tecnologia, Informação e Comunicação; todas as vinculadas à Biotecnologia; e as referentes à Medicina e seus desdobramentos. (ARAGÃO, 2005, resumo).

Nessa dissertação é investigada a influência da cultura do professor na formação dos estudantes: Maria Elizabeth de Oliveira Urtiaga. *A mediação da cultura*

docente na formação médica. Mestrado em Educação. Universidade Federal de Pelotas. 01/11/2001. 140p.

De acordo com a autora, nessa pesquisa fica evidenciada a importância da subjetividade dos envolvidos no processo de educação médica:

Os dados confirmaram os pressupostos do estudo, indicando que os alunos incorporam valores que são mediados pela figura do professor, especialmente daqueles que se fazem, por eles, admirar. Compreender melhor esse processo pode auxiliar os esforços de inovação na educação médica através da análise das subjetividades dos sujeitos envolvidos. (URTIAGA, 2001, resumo).

Fabiola Lucy Fronza, em sua dissertação, investiga as mudanças no Ensino Superior, dos cursos de Direito, Medicina e Psicologia provocadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN): *Diretrizes Curriculares Nacionais: mudanças no Ensino Superior?*. Mestrado em Educação. Universidade do Vale do Itajaí. 01/02/2009. 110p.

O ensino superior, que antes era baseado nos Currículos Mínimos, a partir da década de 1990 passou a ser orientado pelas Diretrizes Curriculares. Após realizar sua pesquisa nessa área de políticas educacionais, a autora indica em seu trabalho uma recomendação:

Pesquisas nesta área são necessárias para a geração de indicadores que permitirão uma melhor compreensão das especificidades e da complexidade envolvidas na política educacional. Neste sentido, faz-se necessário que profissionais envolvidos diretamente com a formação de futuros profissionais entendam as intenções que permeiam as medidas oficiais. (FRONZA, 2009, resumo).

As dissertações e teses citadas têm enfoques nas áreas de formação, trabalho, subjetividade e identidade que podem contribuir nesta pesquisa.

Quanto aos estudos internacionais a respeito do tema desta pesquisa, foi feito um breve levantamento, por meio de buscadores em bibliotecas virtuais acadêmicas e junto aos *newspapers* e *journals*, dedicados à Educação Médica.

Na base de dados dos periódicos da Capes, em artigos acadêmicos internacionais, em que foram colocados os descritores: *medical students*, surgiram 318 artigos de pesquisas. Ao limitar para os anos de pesquisa após 2008, os trabalhos reduziram para 254, limitando para “apenas periódicos revisados por pares”, o número ficou em 203. Ao adicionar a palavra *expectations* e reduzir o

período de tempo dos estudos para os anos de 2010 a 2012 foram destacados, por ordem de relevância, dois artigos que serão apresentados a seguir. E ainda, ao adicionar o descritor *professional*, pode-se destacar, seguindo o mesmo critério, mais dois artigos citados na sequência.

Um dos estudos aborda as expectativas dos estudantes de Medicina quanto à carreira: GIBIS, Berthard; HEINZ, Andreas; JACOB, Rüdger; MÜLLER, Carl-Heinz. *The career expectations of medical students: findings of a nationwide survey in Germany*. **Deutsches Ärzteblatt International**. 2012; 109(18): 327–32.

De acordo com os autores os fatores como: evolução demográfica, o progresso técnico, e mudança nos padrões de uso do serviço de saúde alemão, devem influenciar a futura demanda de médicos para cuidar do sistema. As atitudes dos estudantes de Medicina frente a seu trabalho são importantes para o planejamento atual de saúde. Por essa razão, foi feita uma pesquisa nacional que teve como objetivo identificar as principais tendências sobre a especialidade preferida, as características do local de trabalho (localização regional, hospital) e obstáculos percebidos para trabalho clínico.

Nesse estudo de Gibis *et al.* (2012), foi utilizado um questionário composto por 34 questões fechadas, desenvolvido na Universidade de Mainz, em 2009 e enviado pela Internet em junho e julho de 2010 para todos os estudantes de Medicina da Alemanha. As perguntas abordaram as intenções dos alunos em matéria de formação da especialidade, localização de prática, a carga horária e preferência regional, bem como potenciais razões as quais eles poderiam escolher para não praticar a Medicina clínica no futuro. Os resultados foram de 12.518 questionários preenchidos (cerca de 15,7% de todos os estudantes de Medicina na Alemanha, em 2010). A idade média foi 24,9 anos, com 64% do gênero feminino e 36%, masculino. As especialidades mais indicadas foram: Medicina Interna (42,6%), Medicina de Família (29,6%), Pediatria (27,0%) e Cirurgia (26,8%). Quase todos os entrevistados (96%) afirmaram que atribuem importância à compatibilidade de trabalho e vida familiar. A preferência em trabalhar como assalariado (92,2%) foi maior do que trabalhar em consultório particular (77,7%). A clínica geral, em especial nas localidades rurais, foi significativamente menos favorecida do que o trabalho como especialista em cidades. Como conclusão, os autores indicam que:

Although the coming generation of physicians anticipate working in clinical settings in the future, shortfalls in the areas of primary care and in rural

*locations are likely if medical students adhere to their preferences stated in the questionnaire.*² (GIBIS et al., 2012, p. 327).

Outro artigo, referente às expectativas dos estudantes de Medicina, diz respeito àqueles que buscam a especialização em cirurgia: SNIADCKI, Marcin; KISZKIELIS, Marta; WYDRA, Dariusz. *Surgery course evaluation. Expectations of medical students in surgery rotation? From bench to bedside. Polski przegląd chirurgiczny*. 2011, Vol.83(10), pp.554-61. PMID: 22189283 [PubMed - indexed for MEDLINE].

Nesse estudo foi pesquisada a relação entre o currículo da faculdade de Medicina e como a redução de tempo para aquisição de habilidades práticas básicas pode afetar os alunos. O objetivo do estudo foi avaliar o atual currículo e responder à pergunta: “Quais são as expectativas dos estudantes quanto ao ensino de cirurgia?” Foram comparadas as opiniões em dois centros acadêmicos na Polônia:

*Students expect a full "non-corridor" utilization of classes, learn and practice the basic and most frequent activities at the patient. They are dissatisfied with the current training methods, and would be taught in a diverse and active way.*³ (SNIADCKI; KISZKIELIS; WYDRA, 2011 - abstract)

Os alunos, em sua maioria, acreditam que a quantidade de aulas teóricas é suficiente, mas consideram que há falta de aulas práticas, de materiais didáticos e estão insatisfeitos com os atuais métodos de treinamento. Consideram que o treinamento poderia ser mais diversificado e ativo.

Ainda na base de dados dos periódicos da Capes, com os descritores: *professional expectations of medical students*, destacam-se dois artigos que abordam a questão das expectativas profissionais de estudantes de Medicina. Um deles diz respeito aos estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane (FM-UEM), em Moçambique, nos anos de 1998/99 e 2007/08: FERRINHO, Paulo; FRONTEIRA, Inês; SIDAT, Mohsin; DA SOUSA, Fernando; DUSSAULT, Gilles. *Profile and professional expectations of medical students in*

² “Embora se possa antecipar que a próxima geração de médicos estará trabalhando em ambientes clínicos no futuro, provavelmente haverá carências nas áreas da atenção primária e na zona rural, se os estudantes de Medicina aderirem às suas preferências indicadas no questionário.” (tradução nossa)

³ “Os alunos esperam que as aulas sejam melhor aproveitadas e que possam aprender e praticar as atividades básicas de forma mais frequente no paciente. Eles estão insatisfeitos com os atuais métodos de treinamento e pensam que deveria ser ensinado de uma forma mais diversificada e ativa.” (tradução nossa)

Mozambique: a longitudinal study. Human Resources for Health. 2010, Vol.8, p.21-21. U.S. National Library of Medicine (NIH/NLM). De acordo com os autores:

*There is a high level of commitment to public sector service. However, students, as future doctors, have very high salary expectations that will not be met by current public sector salary scales. This is reflected in an increasing degree of orientation to double sector employment after graduation.*⁴ (FERRINHO et al, 2010 - abstract)

Os resultados indicaram que dobrou o número de alunos matriculados na FM-UEM e que houve uma melhora no desempenho. No entanto, a satisfação com a formação recebida permanece baixa e os alunos ainda relatam a falta de acesso a livros ou a tecnologia de aprendizagem. Referem como um dos principais problemas a inadequada preparação de professores. Os alunos, como futuros médicos, têm expectativas salariais muito altas que não serão preenchidas pelos atuais tabelas salariais do setor público.

Em outro estudo, são analisadas a formação e expectativas profissionais dos estudantes de escolas públicas de Medicina de Angola, Guiné-Bissau e Moçambique, nos anos de 2007 e 2008: FERRINHO, Paulo; SIDAT, Mohsin; FRESTA, Mário; RODRIGUES Amabélia; FRONTEIRA, Inês; DA SILVA, Florinda; MERCER, Hugo; CABRAL, Jorge; DUSSAULT, Gilles. *The training and professional expectations of medical students in Angola, Guinea-Bissau and Mozambique. Human Resources for Health.* 2011, Vol.9(1), p.9. De acordo com os autores:

*Medical education is an important national investment, but the returns obtained are not as efficient as expected. Investments in high-school preparation, tutoring, and infrastructure are likely to have a significant impact on the success rate of medical schools. Special attention should be given to the socialization of students and the role model status of their teachers. In countries with scarce medical resources, the hospital orientation of students' expectations is understandable, although it should be associated with the development of skills to coordinate hospital work with the network of peripheral facilities. Developing a local postgraduate training capacity for doctors might be an important strategy to help retain medical doctors in the home country.*⁵ (FERRINHO et al, 2011 - abstract)

⁴ “Há um alto nível de comprometimento com o setor de serviço público. No entanto, os alunos, como futuros médicos, têm expectativas salariais muito altas que não serão preenchidas pelos atuais tabelas salariais do setor público. Isso se reflete em um aumento do grau de orientação para dobrar o emprego no setor após a graduação.” (tradução nossa)

⁵ “Educação médica é um importante investimento nacional, mas os retornos obtidos não são tão eficientes quanto o esperado. Investimentos em preparação no Ensino Médio, tutoria, e infraestrutura

O objetivo deste artigo, além de descrever e analisar as expectativas de estudantes de medicina, como já indicado, também é de identificar as suas origens sociais e geográficas, as suas expectativas profissionais e dificuldades relativas para a educação e futuro profissional. Os resultados indicam que: os estudantes decidem estudar Medicina em uma idade precoce; parentes e amigos parecem ter uma influência especialmente importante para incentivar, reforçar e promover o desejo de ser um médico. As expectativas de entrar na faculdade de Medicina já estão associadas com a migração da periferia para a capital, mesmo antes de entrar em educação médica e o desempenho acadêmico é pobre. Isso parece estar relacionado com: dificuldades de acesso aos materiais, finanças e preparação escolar insuficiente. Cerca de 75% dos estudantes desejam ser especialistas e seguir uma carreira de base hospitalar. A educação médica é um importante investimento nacional, mas faltam investimentos na preparação, tutoria, e infraestrutura escolar que antecede a escola médica. O desenvolvimento de uma capacidade local de formação de pós-graduação para médicos pode ser uma estratégia importante para ajudar a manter os médicos no país de origem.

Em busca realizada junto a Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, com os descritores: *medical students, expectations of medical students, professional expectations of medical students*; no período que compreende os anos de 2009 a 2012, e por ordem de relevância, destacam-se três estudos que serão apresentados a seguir.

Um dos artigos, que trata dos estudantes de Medicina, aborda também suas aspirações quanto a uma carreira: GÖTZ, K.; MIKSCH, A.; HERMANN, K.; LOH, A.; KIOLBASSA, K.; JOOS, S.; STEINHÄUSER, J. *Aspirations of medical students: "planning for a secure career" - results of an online-survey among students at five medical schools in Germany*. **Dtsch Med Wochenschr.** 136(6): 253-7, 2011 Feb. [MEDLINE PMID: 21287428]. De acordo com os autores:

Interest in a certain specialty changes markedly at during medical school. Factors such as economical guarantee, good future prospects and also the studies itself have an essential impact for students on choosing a specific

teriam um impacto significativo sobre a taxa de sucesso das escolas médicas. Especial atenção deve ser dada para a socialização dos alunos e para o fato de seus professores serem modelos. Em países com escassos recursos médicos, a orientação das expectativas dos alunos para trabalho em hospital é compreensível, embora deva ser associado com o desenvolvimento de competências para coordenar os trabalhos do hospital com a rede de equipamentos periféricos. Desenvolvimento de uma capacidade local de formação de pós-graduação para médicos pode ser uma estratégia importante para ajudar a manter os médicos no país de origem." (tradução nossa)

*career. Strategies to face physicians' shortage in different specialties need to be close to the needs and expectations of future physicians. This is not only valid for the undergraduate time period but also for the work circumstances of their future.*⁶ (GÖTZ et al, 2011 - abstract)

Os autores partiram da ideia de que em tempos de escassez de médicos, as expectativas e os interesses da futura geração de médicos quanto à carreira é de grande importância. Foram analisadas as expectativas de estudantes de medicina nas cinco escolas médicas no Estado de Baden-Wuerttemberg (Alemanha) sobre a sua escolha de carreira e os fatores que a influenciam. Entre janeiro e fevereiro de 2010, 1.299 estudantes de Medicina (de um total de 12.062 estudantes de medicina nas cinco escolas médicas) participaram de uma pesquisa online. Entre os resultados, tem-se que o momento de decisão varia conforme os anos de graduação e a especialidade. Alunos no início de seus estudos parecem estar interessados principalmente em cirurgia. Durante a faculdade de Medicina cresce o interesse em medicina interna. Fatores como: garantia econômica, boas perspectivas para o futuro e os estudos em si, têm um impacto na escolha de uma carreira específica.

Ouro estudo aborda as expectativas dos estudantes de Medicina: AMIN, Z.; TANI, M.; ENG K. H.; SAMARASEKARA D. D.; HUAK C. Y. *Motivation, study habits, and expectations of medical students in Singapore. Med Teach.* 31(12): e560-9, 2009 Dec. [MEDLINE PMID: 19995157. De acordo com os autores:

*Students' learning behaviour is determined by complex factors such as educational incentives, learning support, assessment and competition. Among several external factors, family, job prospects and expectations about the future play a critical role in education.*⁷ (Research Support, Non-U.S. Gov't). (AMIN et al, 2009 - abstract)

Os autores tiveram como objetivo determinar a motivação e incentivos na educação, experiência de aprendizagem e técnicas de ensino, e as expectativas sobre futuras carreiras entre estudantes de Medicina a partir de um país multiétnico asiático. Foi aplicado um questionário combinando respostas qualitativas com

⁶ “O interesse em certa especialidade muda significativamente durante a faculdade de Medicina. Fatores como: a garantia econômica, as boas perspectivas para o futuro e também os estudos em si têm um impacto essencial para os estudantes na escolha de uma carreira específica. Estratégias para enfrentar escassez de médicos em diferentes especialidades precisam estar em acordo com as necessidades e expectativas dos futuros médicos. Isso não é válido apenas para o período de graduação, mas também para as circunstâncias de trabalho de seu futuro.” (tradução nossa)

⁷ “O comportamento de aprendizagem dos alunos é determinado por fatores complexos, tais como incentivos educacionais, avaliação de aprendizagem, apoio e competição. Entre os vários fatores externos, as perspectivas de família, trabalho e expectativas sobre o futuro, desempenham um papel fundamental na educação.” (tradução nossa)

medidas semiquantitativas. A taxa de resposta foi de 83,1%. O fator mais importante para o prosseguimento do estudo universitário era "perspectiva de encontrar um trabalho interessante e desafiador". A família teve uma contribuição significativa na tomada de decisão. Dada a oportunidade, a maioria (67,2%) dos entrevistados prefere estudar no exterior. Apesar disso, a maioria (73,9%) dos entrevistados indicou que estava ou muito satisfeita ou satisfeita com sua escolha atual de estudo universitário. Como conclusão, os autores referem que o comportamento de aprendizagem dos alunos é determinado por fatores complexos, tais como incentivos educacionais, avaliação da aprendizagem, apoio e competição. Entre os vários fatores externos, as perspectivas de família, trabalho e expectativas sobre o futuro desempenham um papel fundamental na educação.

Quanto às expectativas profissionais de estudantes de Medicina, há um estudo que aborda também os aspectos éticos da formação e conduta profissional: ANDERSON, L. C.; PICKERING, N. J. *The student code: ethical and professional expectations of medical students at the University of Otago*. **N Z Med J**. 123(1318): 43-9, 2010 Jul 16. [MEDLINE PMID: 20651867]. De acordo com os autores:

*The student code, while having common values espoused in other extant codes, is framed with the student experience in mind. The authors discuss the process of development, implementation and proposed review.*⁸
(ANDERSON and PICKERING, 2010 - abstract)

Estudantes de Medicina da Universidade de Otago devem assinar um "código de aluno" no início do curso. Esta nova exigência é devida a mudanças no currículo médico, que resultaram em maior e mais precoce contato com pacientes, profissionais de saúde e público em geral. Um código de estudante pode ser útil para fins disciplinares e de avaliação. Os autores fazem uma reivindicação para o código ser usado como ferramenta educacional para ajudar os alunos a interiorizar suas obrigações para com os outros.

Na busca realizada junto aos *newspapers* e *journals*, dedicados à Educação Médica, foram localizados artigos nos seguintes periódicos: *International Journal of Medical Education*, ISSN: 2042-6372 DOI: 10.5116/ijme.4ec5.92b8; *Scottish Universities Medical Journal*, Dundee; *Deutsches Ärzteblatt International*, DOI: 10.3238/arztebl.2012.0327; usando como critério de busca as palavras: "estudantes

⁸ "O código de estudante, apesar de terem valores comuns adotados em outros códigos existentes, é moldado tendo em vista a experiência do estudante. Os autores discutem o processo de desenvolvimento, implementação e revisão propostos." (tradução nossa)

de medicina” e “expectativas”, no período de 2011 e 2012. Foram localizados artigos que são apresentados a seguir.

O primeiro estudo, não em ordem de importância, mas apenas por citação, refere-se às expectativas dos estudantes de Medicina: DIDERICHSEN, Saima *et al.* *Swedish medical students' expectations of their future life. International Journal of Medical Education*. 2011; v. 2, p.140-146 ISSN: 2042-6372.

Nesse estudo os autores, Saima Diderichsen, Jenny Andersson, Eva E. Johansson, Petra Verdonk, Antoine Lagro-Janssen e Katarina Hamberg, buscaram investigar as expectativas de vida futura entre estudantes de Medicina do primeiro e último ano. O estudo foi realizado em uma escola médica sueca. De um total de 600 alunos convidados, 507 (85%) responderam a uma pergunta aberta sobre a sua vida futura, sendo 298 (59%) alunos do primeiro ano e 209 (41%) do último ano de graduação. As mulheres constituíram 60% dos entrevistados. As respostas dos alunos foram agrupadas em quatro temas: "Trabalho", "Família", "Lazer" e "Qualidade de vida pessoal". Quase todos os alunos incluíram aspectos do trabalho em suas respostas. As moças apresentaram respostas mais detalhadas do que os rapazes, quanto as suas preocupações familiares. Quase um terço de todos os alunos refletiu sobre o equilíbrio “trabalho-vida futura”, mas as considerações acerca da qualidade de vida pessoal e de lazer foram mais comuns entre alunos do último ano. As conclusões do trabalho foram:

*Today's medical students expect more of life than work, especially those standing on the doorstep of working life. They intend to balance work not only with a family but also with leisure activities. Our results reflect work attitudes that challenge the health care system for more adaptive working conditions. We suggest that discussions about work-life balance should be included in medical curricula.*⁹ (DIDERICHSEN *et al.*, 2011, p. 140).

Um segundo trabalho diz respeito à avaliação dos estudantes quanto ao processo de orientação acadêmica em uma universidade iraniana: SHAMSDIN, Azra & DOROUDCHI, Mehrnoosh. *Student evaluation of the academic advising process in an Iranian medical school. International Journal of Medical Education*. 2012; 3:17-20 ISSN: 2042-6372.

⁹ “Os estudantes de hoje esperam da vida mais do que trabalho, especialmente aqueles que estão “em pé na soleira da porta” da vida profissional. Eles pretendem equilibrar o trabalho não só com uma família, mas também com atividades de lazer. Nossos resultados refletem as atitudes de trabalho que desafiam o sistema de saúde para condições de trabalho mais adaptáveis. Sugerimos que discussões sobre o equilíbrio da vida profissional devem ser incluídas nos currículos médicos.” (tradução nossa)

Foi realizado um estudo transversal com alunos de quarto e quinto ano, estudantes de Enfermagem, Medicina e Tecnologia Laboratorial. Foi aplicada uma versão resumida de um questionário validado em 85 alunos (23 do gênero masculino e 62 do gênero feminino) na Fasa Medical School, Iran.

Os resultados deste estudo revelaram uma falta de planejamento sistemático, habilidades e recursos para o processo de orientação acadêmica na Faculdade de Medicina Fara. De acordo com os autores:

*The results of this study reveal a lack of systematic planning, skills and resources for the academic advising process at the Fara Medical School. The results indicate the need for academic staff development initiatives to improve the academic advising process. An ongoing evaluation program of the academic needs of students may help to advisors to provide academic advising and academic support for students in various courses.*¹⁰
(SHAMSDIN and DOROUDCHI, 2012, p. 17).

Um terceiro estudo diz respeito à avaliação dos estudantes quanto ao currículo do curso: TANG, Wen *et al.* *Students' evaluation indicators of the curriculum. International Journal of Medical Education*. 2012;3:103-106 ISSN: 2042-6372.

Nessa pesquisa os autores: Wen Tang, Jianning Bai, Jinbuo Liu, Hui Wang, Qi Chen, tiveram como objetivo analisar indicadores e métodos que os estudantes da área de saúde utilizam para avaliar a qualidade do currículo e do ensino. O estudo contou com duas fases: primeira envolvendo estudantes aos quais foram aplicados questionários e segunda, em que educadores médicos classificaram os fatores indicados pelos estudantes. Como resultado, obtiveram que os alunos valorizaram a capacidade de aprendizagem autônoma como um indicador-chave de ensino e aprendizagem ($r = 0,65$, $p < 0,0005$). Suas conclusões indicam que: “*The importance Chinese students placed on autonomous learning may suggest new initiatives to new curriculum*¹¹.” (TANG *et al.*, 2012, p. 103).

Um quarto estudo explora as estratégias de aprendizagem: LUMMA-SELLENTIN, Antje. *Medical students' attitudes towards group and self-regulated*

¹⁰ “Os resultados indicam a necessidade de iniciativas para o desenvolvimento acadêmico de pessoal para melhorar o processo de orientação acadêmica. Um programa de avaliação contínua das necessidades acadêmicas dos alunos pode ajudar aos conselheiros na prestação de apoio e na orientação acadêmica para os alunos em vários cursos.” (tradução nossa)

¹¹ “A importância que os estudantes chineses colocaram na aprendizagem autônoma pode sugerir novas iniciativas, para novo currículo.” (tradução nossa)

learning. International Journal of Medical Education. 2012;3:46-56 ISSN: 2042-6372.

Nesse trabalho foi explorada a associação entre atitudes dos estudantes em relação à aprendizagem em grupo e sua consciência de estratégias de aprendizagem, em que é importante a integração de conhecimentos, habilidades e atitudes. Aliado a isso foi feita uma comparação levando em conta as variáveis demográficas, de locais de estudo dos estudantes, e a exposição dos estudantes a diferentes metodologias de ensino: a) baseada em problema e, b) currículos mistos. Foram sujeitos da pesquisa os estudantes de duas escolas médicas com currículo baseado em problemas e currículo baseado em palestras, da Alemanha e Suécia, respectivamente. Um questionário foi concebido para medir atitudes em relação ao grupo e aprendizagem individual. A consciência de estratégias de aprendizagem foi avaliada com o Inventário de Consciência Metacognitiva. Como resultado foi obtido que os alunos do currículo baseado em problemas, da escola alemã, revelaram mais experiência com o grupo de aprendizagem e foram melhores na regulação de suas estratégias de aprendizagem que os alunos da escola sueca, com ensino baseado em palestra. Como conclusão da pesquisa, tem-se que:

*Students' clinical experience seemed to benefit self-regulation skills. Problem-based teaching methods and early interprofessional education appear to be favorable learning conditions for the development of professional skills.*¹² (LUMMA-SELLENTHIN, 2012, p. 46).

Em um quinto estudo, foram exploradas as percepções de alunos e educadores do corpo docente da faculdade, em relação ao apoio disponível para os estudantes de Medicina, depois de eles terem falhado em uma avaliação somativa (avaliação final), na escola médica da Universidade de Dundee: DICK, Jocelyn. *Medical Students and peer support: a discussion based on findings from a BMSc research project.* © 2012 **Scottish Universities Medical Journal**, Dundee. Vol 1 Issue 1: page 14-22 Published online: Feb 2012.

Conforme a autora existe pouca evidência de regimes de apoio disponíveis para os estudantes. Iniciativas de aprendizagem em educação médica têm sido realizadas para aumentar o engajamento dos alunos com o aprendizado acadêmico.

¹² “A experiência clínica dos estudantes parece favorecer a autorregulação de habilidades. Métodos de ensino baseados em problema e a educação interprofissional, iniciada cedo, parecem favorecer as condições de aprendizagem para o desenvolvimento de competências profissionais.” (tradução nossa)

O papel dos pares para apoiar os estudantes de Medicina não foi formalmente explorado na Universidade de Dundee, onde este estudo foi conduzido. Um estudo de caso foi realizado para explorar as percepções de apoio ao estudante. Os alunos, que não tiveram um bom resultado na avaliação somativa, foram convidados a tomar parte em uma entrevista individual, semiestruturada. Os resultados da pesquisa indicam que os estudantes de Medicina podem apoiar uns aos outros trabalhando em pares, tanto do mesmo ano como mais adiantados. Embora interações com pares possam tranquilizar os alunos sobre o seu desempenho acadêmico, também podem aumentar a insegurança dos alunos sobre seus conhecimentos. A conclusão da autora é de que:

*Peer interactions and group study may help to increase the efficacy of student study in preparation for examinations and encourage practice of behaviour conducive to a career as a health professional. Further research exploring the relationship between peer support and examination performance is required.*¹³ (DICK, 2012, p. 14).

Com esta apresentação, buscou-se demonstrar um pouco do que tem sido pesquisado em vários países do mundo, a respeito de estudantes de Medicina, sua formação e expectativas.

De uma forma geral os trabalhos até aqui apresentados, de pesquisas feitas no Brasil, com estudantes da área de saúde, em especial de Medicina, discutem questões como: estado emocional dos graduandos; expectativas quanto ao comportamento de uso de álcool entre estudantes; graduação e mercado de trabalho; a especialização como forma de preparo para o mercado; a importância do professor como modelo; e, políticas educacionais e seu entendimento pelos professores responsáveis.

Nos estudos internacionais a busca apresentou resultados sobre estudantes de Medicina e expectativas, nos aspectos relacionados com: formação médica e futuro profissional, equilíbrio entre trabalho e vida-futura; preferência pelo trabalho assalariado; necessidade de melhoria na orientação acadêmica; valorização da aprendizagem autônoma; resultados conquistados com currículo baseado em problemas; importância de regime de apoio aos estudantes, que pode ser

¹³ “Interações entre pares e grupos de estudo podem ajudar a aumentar a eficácia do estudo do aluno na preparação para exames e incentivar a prática de comportamento condizente com uma carreira como um profissional de saúde. São necessárias outras pesquisas explorando a relação entre apoio dos pares e desempenho nos exames.” (tradução nossa)

desempenhado por pares e também as questões éticas que envolvem a profissão e devem ser trabalhadas durante a graduação.

Na presente pesquisa a busca se dá, mais especificamente, em relação às expectativas tanto pessoais como profissionais, dos estudantes dos últimos dois anos da graduação. As narrativas abordaram aspectos de suas vidas, escolhas, influências, formação, e significados relacionados com trabalho e identidade do médico, bem como do contexto do grupo em que estão inseridos na graduação.

Este estudo está estruturado em três capítulos. No capítulo I, é feito um recorte de informações sobre a história da Medicina. Aborda-se o surgimento da Medicina Social e da Higiene no processo de urbanização das cidades; a aliança entre a Medicina e o Estado no combate às epidemias e o crescimento da autoridade médica junto à população. Trata-se também da criação das escolas médicas no Brasil, com um recorte para a cidade de São Paulo. São abordados os critérios para a formação médica, desde o Currículo Mínimo dos primeiros cursos, no século XIX, até as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (2001), e as mudanças que ocorreram. Apresentam-se também os índices de médicos formados a cada ano, a proporção médico/habitante e os projetos em parceria dos ministérios da Educação e da Saúde para aumentar o número de vagas para estudantes de Medicina em todo o país, com vistas a melhorar a proporção médico/habitante.

No capítulo II, são apresentados os conceitos do referencial teórico que sustentam a análise do objeto desta pesquisa e embasam a construção de categorias de análise das histórias de vida. São trazidos autores das áreas de Psicologia, Educação e Sociologia, para uma aproximação dos conceitos de trabalho, formação e identidade em estudos sobre a temática que partem de uma visão social do indivíduo. O aprofundamento do estudo visa fundamentar-se na concepção histórico-social do indivíduo e de sua constituição como sujeito, cujo desenvolvimento está submetido à lógica do capital, em que sua subjetividade e construção de identidade profissional respondem a uma concepção de vida e trabalho atrelada àquela lógica. Para tanto, foi tomado como referencial teórico a Teoria Crítica da Escola de Frankfurt, de acordo com os autores da primeira geração, quais sejam, Theodor W. Adorno, Max Horkheimer, Herbert Marcuse e Walter Benjamin.

No capítulo III, apresenta-se o referencial teórico-metodológico da pesquisa, o estudo de caso de um curso de Medicina em que são analisados o Projeto

Pedagógico do Curso em relação ao que é indicado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), um perfil aproximado dos alunos do curso, observações sobre atividades curriculares e descrições pertinentes ao procedimento de pesquisa.

Na sequência, são apresentadas as entrevistas, transcritas na íntegra e com as descrições pertinentes a data, local, clima¹⁴, características das colaboradoras e dados socioeconômicos. A seguir encontram-se as categorias constituídas a partir destas narrativas e sua análise com base no referencial teórico adotado.

Ao final são feitas algumas considerações ao processo da pesquisa.

¹⁴ Conforme anotações do caderno de campo.

CAPÍTULO I

MEDICINA: HISTÓRIA E FORMAÇÃO MÉDICA

Neste capítulo será apresentado algo da história da Medicina e de que maneira o saber médico foi conquistando autoridade junto ao Estado, às famílias e a Igreja. Será abordado também o surgimento das escolas médicas, em especial no Brasil e na cidade de São Paulo, procurando delinear um panorama atual do número de escolas e de médicos sendo formados. Será feita ainda uma análise das mudanças ocorridas desde o currículo mínimo até o estabelecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais que regulam a graduação médica e o que é esperado dessa formação e dos egressos do curso. Identificar as mudanças pelas quais a formação, os professores e os estudantes passaram visa auxiliar na análise do contexto de educação médica atual. Os professores são, em geral, médicos atuantes, que também ministram as aulas, nas quais suas relações de trabalho causam influências no ensino da prática médica.

1.1. ASPECTOS HISTÓRICOS

A origem da Medicina remonta ao surgimento dos seres humanos, que diante das doenças, dos ferimentos, a exemplo dos animais, buscavam cura e tratamento, de forma intuitiva e instintiva.

Não há um registro escrito para o início da Medicina, nos indica Arcoverde (2004), mas a necessidade de tratar a doença e buscar a cura provavelmente estava associada a forças sobrenaturais. Nos primórdios, a Medicina era exercida por aqueles com poderes para afastar os maus espíritos que causavam a enfermidade.

De acordo com Gusmão (2011), existem estudos realizados em restos humanos procedentes de épocas remotas, pré-históricas, pertencentes ao período Paleolítico, os quais revelam a existência de doenças e de tratamentos dessas

doenças caracterizando a Medicina primitiva pré-histórica. Um exemplo desses tratamentos é a trepanação craniana¹⁵.

Conforme Silva (2003), a Medicina como ciência surgiu na Grécia Antiga, por volta do século V a.C. com os primeiros experimentos e relatos de Hipócrates (460?-377? a.C.; as datas são incertas), considerado como o Pai da Medicina. O autor afirma ainda que a Medicina tem sido exercida desde a Antiguidade por sacerdotes, feiticeiros e xamãs, embora para alguns ela só tivesse surgido como ciência em meados do século XIX, com a possibilidade de realizar experimentações.

De acordo com Scliar (2002) é possível que por trás dos escritos de Hipócrates se ocultem vários escritores médicos. O que para o autor é possível tendo em vista que a obra de Hipócrates traduz todo um espírito de uma época da Grécia Antiga.

Segundo Scliar (2002), a influência dos conhecimentos e práticas de Hipócrates alcançou o Império Romano, que trouxe para seu território os médicos gregos que adquiriram bastante prestígio. A expressão máxima disso se deu com Galeno (120-200) que se tornou o médico do imperador Marco Aurélio. Suas contribuições foram amplas. Seus estudos de anatomia, de semiologia e de terapêutica permaneceram influentes por toda Idade Média.

Indica Scliar (2002) outro importante seguidor de Hipócrates, Aulus Cornelius Celsus, que viveu no início da Era Cristã, deixou escritos médicos sobre procedimentos terapêuticos e sobre os sinais clássicos do processo inflamatório, também destaque desta época. Os sinais de inflamação: dor, calor, rubor, tumor, são até hoje repetidos pelos estudantes de Medicina.

Com o declínio do Império Romano, o mundo conhecido até então se modificou. Segundo Scliar (2002), o mundo medieval era fragmentado, as barreiras criadas pelos feudos dificultavam as trocas tanto econômicas como de conhecimento. A ciência foi substituída pela religião, o corpo perdeu importância tornando-se apenas o envoltório da alma, ressurgiu o misticismo religioso. A Medicina e a Filosofia gregas ficaram restritas aos mosteiros e também foram acolhidas pelos árabes. Com o fim da Idade Média começaram algumas mudanças.

¹⁵ A trepanação constitui um dos exemplos mais antigos de um procedimento cirúrgico realizado pelo ser humano, praticado desde o Neolítico num grande número de culturas primitivas espalhadas pelos cinco continentes. Foi praticada nas culturas pré-colombianas tanto em homens como em mulheres com fins terapêuticos: fraturas não expostas, epilepsia, cefaleias vasculares e as associadas a deformações cranianas intencionais; e rituais. (CAROD-ARTAL, VÁZQUEZ-CABRERA, 2004)

De acordo com Scliar (2002), os hospitais desenvolveram-se muito, mas como instituições cristãs e caritativas que serviam de albergue para os doentes, mais para dar-lhes moradia do que para curá-los. Paralelamente, surgiram as universidades e as escolas médicas de Salerno, Paris, Bolonha, Montpellier e Pádua.

Gusmão (2011) nos informa que com o Renascimento (séculos XV e XVI), o pensamento deixou de ser orientado pela revelação de desígnios da Providência Divina e passou para a narração objetiva de acontecimentos significativos para a educação dos homens. A historiografia médica mudou sob a influência do pensamento filosófico e das realizações da ciência e da técnica no século XVII.

De acordo com Scliar (2002), no período do Renascimento o mundo feudal é vencido pelo livre comércio, assim como as guerras e os descobrimentos marítimos ampliam a visão de mundo. Surge a imprensa e a Reforma traz nova doutrina religiosa em que lucrar não é pecado, mas a recompensa justa do empreendedor. Junto a isso, Copérnico mostra que a Terra não é o centro do Universo e Bacon cria o método científico.

Para Petitat (1994, p. 196) o surgimento das universidades confirma que essa é uma nova etapa de uma grande mudança. O autor pondera que as “faculdades de Medicina são impensáveis sem a renascença urbana”, graças à formação de uma burguesia rica que vai fazer ressurgir as ciências médicas herdadas dos gregos e dos árabes, que recorre ao conhecimento dessas ciências escritas. Essa é a diferença entre o saber do médico culto e o curandeirismo praticado por “feiticeiros” e “bruxas”.

De acordo com Petitat (1994, p. 196), o surgimento das universidades privilegia a definição de uma “elite urbana culta”, em especial por meio das faculdades de Medicina e de Direito, elite essa que estabeleceu uma durável supremacia de poder a partir do século XV.

Ainda segundo Petitat (1994, p. 65), a “*medicina universitária*” da Idade Média precisou lutar muito para conquistar terreno e confiança para eliminar os concorrentes. Os charlatões exerciam uma prática médica empírica, tradicional e tratavam os doentes sem licença e sem preparação científica, sendo a sua maioria constituída pelas mulheres charlatãs.

Foi graças ao apoio da Igreja e dos poderes civis que os médicos conseguiram que as práticas populares fossem lançadas na ilegalidade. O autor, Petitat (1994, p. 65), se pergunta qual seria a razão desse apoio e considera que não tem a resposta para tal questão.

Esse desenvolvimento da Medicina voltada para a sociedade e seus interesses e organização, já havia tido seu início na Europa em meados do século XVIII. Foucault (1979), ao abordar o nascimento da Medicina Social na Europa, traz aspectos da intervenção do Estado na normalização da Medicina na Alemanha, como forma de controle da saúde e do saber médico. O autor também discorre sobre como se deu a aliança de poder com o Estado na França pela necessidade de urbanização das cidades, em que a Medicina toma a forma de higiene pública. Essas medidas de normalização e alianças entre o saber médico e o Estado criam a autoridade e o poder médicos que até então praticamente não existiam. Os médicos disputavam espaço no atendimento aos doentes com curandeiros, barbeiros, sacerdotes da Igreja e práticos consagrados pelo reconhecimento da população.

A autoridade do médico foi sendo engendrada historicamente e tomou por empréstimo a autoridade do Estado, do pai de família e da Igreja enquanto vai legislando e criando regras que organizam a saúde e as cidades nos processos de urbanização.

Foucault (1979) ao abordar o nascimento da Medicina Social na Europa, traz aspectos da intervenção do Estado na normalização da Medicina na Alemanha, como forma de controle da saúde e do saber médico, e na França de como se deu a aliança com o poder pela necessidade de urbanização das cidades, assumindo a forma de higiene pública.

De acordo com Foucault (1979, p. 83-4), o projeto adotado na Alemanha, em meados do século XVIII, e que se efetiva apenas ao final do século XVIII e princípio do século XIX, tinha por meta a normalização da função médica. Visava uma verificação maior da morbidade e do controle de saúde, indo além de simples quadros de nascimento e morte. Tratava-se de uma política médica. Outra forma de normalização surgiu no ensino médico, sob o poder do Estado, no que se referia a programas de ensino e atribuição de diplomas. Uma terceira maneira de normalização foi a criação de um departamento da administração central para controlar a atividade médica. Por último a nomeação, pelo governo, de funcionários

médicos responsáveis por determinada região como autoridades instituídas de poder e saber médico.

Conforme Foucault (1979), a criação de uma Medicina estatal tem interesses que são econômicos e políticos, e representam muito mais o Estado do que a sociedade industrial que se formava:

Essa medicina de Estado que aparece de maneira bastante precoce, antes mesmo da formação da grande medicina científica de Morgani e Bichat, não tem, de modo algum, por objeto a formação de uma força de trabalho adaptada às necessidades das indústrias que se desenvolviam neste momento. Não é o corpo que trabalha, o corpo do proletário que é assumido por essa administração estatal da saúde, mas o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado: é a força, não do trabalho, mas estatal, a força do Estado em seus conflitos, econômicos, certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos. É essa força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver. Há uma espécie de solidariedade econômico-política nesta preocupação da medicina de Estado. (FOUCAULT, 1979, p. 84).

A Medicina estatal era importante na organização das grandes cidades. Subordinado a uma administração central, o saber médico representava os interesses do Estado quanto a sua força econômica e política.

Além do projeto da Alemanha, o exemplo da França, de acordo com Foucault (1979, p. 85), é outro grande marco do desenvolvimento da Medicina Social, por outro aspecto que não o uso da estrutura do Estado, mas sim a necessidade de organização das grandes cidades por meio da urbanização. Afirma o autor que “é com o desenvolvimento das estruturas urbanas que se desenvolve, na França, a medicina social.”.

Indica Foucault (1979, p. 85) que as cidades da França não tinham uma unidade territorial, eram “multiplicidades emaranhadas de territórios heterogêneos e poderes rivais”. Mesmo Paris era uma região dividida com diferentes “poderes senhoriais detidos por leigos, pela Igreja, por comunidades religiosas e corporações, poderes estes com autonomia e jurisdição próprias.” Em meados do século XVIII, surgiu a necessidade de unificação do poder urbano. Com o afluxo de pessoas para as grandes cidades, com o crescimento dos mercados e com o surgimento de uma população operária pobre, as necessidades econômicas e as tensões políticas aumentam.

Conforme Foucault (1979), esse acréscimo na população trouxe os medos e os riscos reais, de epidemias e de cemitérios mais numerosos e lotados. Nessa época, os cadáveres dos pobres eram empilhados sem receberem uma cova individual chegando ao ponto de se acumularem de tal forma que excediam os muros dos cemitérios e caíam para o lado de fora. O autor refere que:

Em torno do claustro, onde tinham sido construídas casas, a pressão devido ao amontoamento de cadáveres foi tão grande que as casas desmoronaram e os esqueletos se espalharam em suas caves provocando pânico e talvez mesmo doenças. Em todo caso, no espírito das pessoas da época, a infecção causada pelo cemitério era tão forte que, segundo elas, por causa da proximidade dos mortos, o leite talhava imediatamente, a água apodrecia, etc. Este pânico urbano é característico deste cuidado, desta inquietude político-sanitária que se forma à medida em que se desenvolve o tecido urbano. (FOUCAULT, 1979, p.87).

A burguesia, para dar conta desses fenômenos, lançou mão de um recurso com efeitos médicos e políticos que foi o da quarentena, como um plano de emergência que permitiu o controle da população. Esse esquema de urgência consistia em:

1º) Todas as pessoas deviam permanecer em casa para serem localizadas em um único lugar. Cada família em sua casa e, se possível, cada pessoa em seu próprio compartimento. Ninguém se movimenta. 2º) A cidade devia ser dividida em bairros que se encontravam sob a responsabilidade de uma autoridade designada para isso. Esse chefe de distrito tinha sob suas ordens inspetores que deviam durante o dia percorrer as ruas, ou permanecer em suas extremidades, para verificar se alguém saía de seu local. Sistema, portanto, de vigilância generalizada que dividia, esquadrihava o espaço urbano. 3º) Esses vigias de rua ou de bairro deviam fazer todos os dias um relatório preciso ao prefeito da cidade para informar tudo que tinham observado. Sistema, portanto, não somente de vigilância, mas de registro centralizado. 4º) Os inspetores deviam diariamente passar em revista todos os habitantes da cidade. Em todas as ruas por onde passavam, pediam a cada habitante para se apresentar em determinada janela, de modo que pudessem verificar, no registro-geral, que cada um estava vivo. Se, por acaso, alguém não aparecia, estava, portanto, doente, tinha contraído a peste era preciso ir buscá-lo e colocá-lo fora da cidade em enfermaria especial. Tratava-se, portanto, de uma revista exaustiva dos vivos e dos mortos. 5º) Casa por casa, se praticava a desinfecção, com a ajuda de perfumes que eram queimados. (FOUCAULT, 1979, p.88).

De acordo com Foucault (1979, p. 88) esse “esquema da quarentena foi um sonho político-médico da boa organização sanitária das cidades”. Era uma forma de praticar a Medicina que possibilitava o poder de isolar e excluir aqueles que estavam adoecidos, por meio do exílio, purificando a cidade. Essa higienização dos espaços urbanos foi conferindo força e autoridade tanto ao Estado como aos médicos.

Da mesma forma no Brasil, de acordo com Jurandir Freire Costa (2004), a aliança entre Medicina e Estado se deu no interesse de ambos. No Brasil Colonial, o poder estabelecido era centrado na família, tendo em seu chefe também o líder político e, por vezes, militar. As famílias, constituídas pelos laços de sangue, de filhos do e fora do casamento, em que o chefe era o patriarca de autoridade indiscutível, eram núcleos que desconsideravam as normas e leis do Estado e de sua polícia.

Com a chegada da família real ao Brasil, de acordo com Costa (2004, p.56), houve uma mudança no sentido de urbanizar os costumes, no que a Higiene desempenhou papel importante. A família se deixou “modelar pela cidade, mas não se converteu ao Estado”, mantendo o patriarca como o centro de poder estabelecido em cada núcleo familiar.

De acordo com Costa (2004), a mudança causada pela urbanização familiar serviu para o desenvolvimento econômico e cultural, mas não apagou o seu poder político e militar. Embora as famílias coloniais tivessem mudado os hábitos, aburguesando os costumes e administrando melhor suas riquezas, internamente seus laços estavam fortalecidos. A espoliação causada pela aristocracia portuguesa e pela burguesia europeia instaladas no Brasil, bem como seus desmandos, estavam mais claros às famílias aculturadas que se armaram em defesa de seus interesses e contra os portugueses.

Conforme Costa (2004), a Independência do Brasil e a Abdicação foram sintomas da incapacidade do Governo português de conquistar as elites. Frente a isso, o poder central entendeu que mais que urbanizar os indivíduos era necessário estatizá-los.

Como chegar ao âmago, no interior das casas, de suas histórias e mais que isso, como convencer as famílias da importância de um poder que vem de fora de suas divisas? É aí que o trabalho da Higiene desempenha papel fundamental para a reestruturação do núcleo familiar e para a estatização dos indivíduos.

Costa (2004, p.56) indica que, além das mudanças de costumes e das mentalidades sendo transformadas pela influência europeia, era necessário para o estabelecimento da nova ordem que os indivíduos adquirissem “a convicção da importância que o Estado tinha na preservação da saúde, bem-estar e progresso da população.” A Medicina ocupa um espaço importante no estabelecimento dessa nova ordem social.

No Brasil, acompanhando o movimento de ascensão do Estado nacional, também a Medicina se expandiu por meio da Higiene, dos cuidados à saúde pública. De acordo com Costa (2004, p.57) “em 1829, é fundada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro” entidade que lutava junto ao poder central para se impor como peça fundamental para a saúde pública e o estabelecimento da nova ordem na cidade. Em 1832, as sugestões feitas pela Comissão de Salubridade, em seus relatórios, “são incorporadas ao Código de Posturas Municipais do Rio de Janeiro.” Em 1851, é criada pelo Estado a “Junta Central de Higiene Pública, que confirma e estende a participação da higiene nos cuidados da população.”

Conforme nos indica Costa (2004) era preciso que as famílias fossem convencidas da importância dos hábitos higiênicos para a preservação da saúde. Os fiscais do Estado não eram recebidos no convívio familiar. Também eram em número insuficiente para manterem a vigilância e o controle necessários. Era preciso que cada família produzisse seus próprios fiscais. Para tanto era mister que se sentisse gratificada e não punida ao fazê-lo. O Estado deveria ser visto como um agente de intervenção que proporcionava recompensas.

A ideia de lucro também estava associada às vantagens que o Estado oferecia com seus preceitos. As famílias mais saudáveis seriam mais numerosas, mais atuantes a favor do Estado em suas vigilâncias, já que teriam um maior número de “fiscais”. É aí que entra a Medicina, por meio da Higiene, criando também uma nova moral de vida em que o prazer, em especial o prazer sexual, antes admitido apenas fora do casamento, passa a fazer parte de uma vida saudável para o casal e para a geração de filhos.

De acordo com Costa (2004, p.64), foi manipulando conceitos ligados à doutrina religiosa que “a medicina insinuava-se no espaço moral e lançava as bases para uma educação higiênica”. Ele defende sua hipótese e se sustenta nos novos significados que a Medicina atribuiu aos termos alma e amor. A alma passou a ser

definida como ligada ao corpo no aspecto de sede das paixões sem descaracterizar o conceito de sagrado, de alma ligada ao espírito, que a Igreja instituíra:

O que ameaçava a alma higiênica não eram os vícios e fraquezas da carne, mas os vícios e fraquezas do corpo. A alma pecadora rompia o pacto com Deus e perdia o dom da Graça; a alma apaixonada desobedecia à regra médica e perdia a saúde. (COSTA, 2004, p.66).

Conforme o autor, foi usada a ideia de que aquilo que conduzia ao erro era a fragilidade da alma diante dos desejos do corpo, entregando-se aos prazeres, descuidando-se da saúde e afastando-se de Deus, o que era bem visto pela igreja e contava com seu apoio.

Refere Costa (2004, p.65), que era conduzindo o conceito de amor como paixão e induzindo que é por meio das paixões bem dirigidas que se “produzem as grandes ações, as grandes virtudes, e os grandes heróis”, que o amor poderia ser orientado para fins sociais. Dessa maneira, com o amor no espaço do corpo, esse sentimento e esse corpo poderiam ser manejáveis pelas “técnicas médicas”.

Nessa vertente, instalaram-se as práticas e exercícios físicos para um corpo saudável e perfeito, especialmente estimulado nas escolas, e o desenvolvimento de sentimentos nobres, como o amor à pátria para uma alma sadia. Assim, a Medicina, por meio da Higiene, atinge os objetivos de se firmar em meio às famílias das elites do século XIX e conduzi-las para aliar-se ao Estado, conquistando também para si um espaço de prestígio.

Mas, conforme indica Costa (2004, p. 75) nem sempre a Medicina contou com prestígio junto às famílias. Em uma extensão territorial muito grande, como a do Brasil os médicos tinham como companheiros na prática da arte também os boticários, os cirurgiões barbeiros, os curandeiros, devidamente acompanhados de seus aprendizes bem como de toda ordem de curiosos e entendidos.

O médico nem sempre contou com prestígio social e bons ganhos. Costa (2004) refere que os médicos eram mal remunerados com relação a outros profissionais, “até o professor primário, de ler e escrever, era melhor remunerado” (p.76) pelo Senado da Câmara.

Foi no século XIX que se formou o monopólio médico. Essa conquista ocorreu gradativamente, com enfrentamentos diante das heranças de descrédito da cultura que abrigava a prática de curandeiros de toda ordem. Tendo a Medicina já adquirido

um conhecimento bem superior às práticas leigas, precisou, mesmo assim, lutar para conquistar seu espaço.

Conta Costa (2004, p.77) que uma das “mais importantes conquistas do movimento higienista foi a imposição da figura do médico à família”. Por essa via o médico combatia o desprestígio social e aproximava-se do convívio íntimo das famílias. O autor, referindo-se a esse processo, comenta: “pouco a pouco, como observou Gilberto Freyre, o confessor e o filho-padre foram sendo substituídos por essa figura carinhosa e firme, doce e tirânica, o *médico da família*.”

1.2. ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL

Durante o período do Brasil Colônia, por muito tempo houve resistência para a criação da Universidade, fosse por parte de Portugal ou da elite de brasileiros, que achavam preferível enviar seus filhos às universidades da Europa para que realizassem seus estudos superiores. De acordo com Fávero (2006), os jesuítas tentaram sua criação já no século XVI e tiveram seus pedidos negados.

Embora existissem pedidos e projetos pleiteando a criação de faculdades, eles eram sistematicamente rejeitados pelo Reinado. Na análise de Fávero (2006, p.20), esse fato “denota uma política de controle por parte da Metrópole de qualquer iniciativa que vislumbasse sinais de independência cultural e política da Colônia.”.

A Medicina era praticada no Brasil, desde o século XVI e até princípios do século XIX, pelos físicos ou licenciados ou cirurgiões-barbeiros. O sistema educacional era composto somente pelos colégios e seminários sob a direção dos jesuítas. Com a expulsão dos jesuítas, em 1759, transcorreu um período de vazio educacional até 1808, quando foram criadas as primeiras escolas médicas no Brasil.

Com a chegada da família real ao Brasil, em 1808, em um primeiro momento na Bahia, de acordo com Mendonça (2000, p.134), houve uma solicitação ao Príncipe Regente para a criação de uma faculdade literária, que não foi atendida, mas o “Príncipe decidiu criar um Curso de Cirurgia, Anatomia e Obstetrícia, em fevereiro desse ano, [...]”.

Conta a autora que, ainda em 1808, a Corte foi transferida para o Rio de Janeiro, e as instituições que foram criadas por D. João VI, em sua maioria, estavam

ligadas à preocupação com a defesa militar da colônia que se tornara sede do governo português:

Ainda no ano de 1808, cria-se, no Rio de Janeiro, a Academia de Marinha, e, em 1810, a Academia Real Militar, para a formação de oficiais e de engenheiros civis e militares. Também em 1808, criaram-se os cursos de anatomia e cirurgia, para a formação de cirurgiões militares, que se instalaram, significativamente, no Hospital Militar (como também era o caso do curso da Bahia, citado anteriormente). A esses cursos, de início simples aulas ou cadeiras, acrescentaram-se, em 1809, os de medicina e, em 1813, constituiu-se, a partir desses cursos, a Academia de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. (MENDONÇA, 2000, p.134).

Vários outros cursos foram criados por D. João VI, na Bahia e no Rio de Janeiro, com a preocupação de ter uma estrutura que visava garantir e atender as necessidades da Corte:

Por sucessivas reorganizações, fragmentações e aglutinações, esses cursos criados por D. João VI dariam origem às escolas e faculdades profissionalizantes que vão constituir o conjunto das nossas instituições de ensino superior até a República. (MENDONÇA, 2000, p.134).

De acordo com Mendonça (2000), nos governos imperiais foram poucas as iniciativas concretas para instalação de escolas de ensino superior. Foram instituídos os cursos jurídicos após a Independência, em São Paulo e Olinda, no ano de 1827.

Conforme nos relata Fávero (2006, p. 21), após a República o ensino superior continuava como atribuição do Poder Central, mas não exclusivamente, tendo sofrido alterações de vários dispositivos legais, de 1889 até 1930. Houve a influência do positivismo na política educacional. Gradativamente, foi havendo uma desoficialização do ensino superior, “que acabou por gerar condições para o surgimento de universidades, tendendo o movimento a deslocar-se provisoriamente da órbita do Governo Federal para a dos Estados”. Surgem as Universidade de Manaus, em 1909, a de São Paulo é instituída em 1911 e a do Paraná em 1912, como instituições livres. [Entre a instituição da Universidade de São Paulo e seu efetivo início de funcionamento passaram-se duas décadas.]

Durante o Governo Provisório, de acordo com a autora, houve a tendência a uma centralização cada vez maior, em decorrência da política autoritária. Em suas palavras:

[...] a Primeira República é caracterizada pela descentralização política, mas a partir dos anos 20 e, sobretudo, após 1930, essa tendência se reverte, começando a se incrementar uma acentuada e crescente centralização nos mais diferentes setores da sociedade. Nesse contexto, o Governo Provisório cria o Ministério da Educação e Saúde Pública (14/11/1930), tendo como seu primeiro titular Francisco Campos, que, a partir de 1931, elabora e implementa reformas de ensino – secundário, superior e comercial – com acentuada tônica centralizadora. Trata-se, sem dúvida, de adaptar a educação escolar a diretrizes que vão assumir formas bem definidas, tanto no campo político quanto no educacional, tendo como preocupação desenvolver um ensino mais adequado à modernização do país, com ênfase na formação de elite e na capacitação para o trabalho. Nessa linha, o Governo Federal elabora seu projeto universitário, articulando medidas que se estendem desde a promulgação do Estatuto das Universidades Brasileiras (Decreto-lei nº 19.851/31) à organização da Universidade do Rio de Janeiro (Decreto-lei nº 19.852/31) e à criação do Conselho Nacional de Educação (Decreto-lei nº 19.850/31). (FÁVERO, 2006, p. 23-24).

De acordo com a autora, percebe-se nesse momento uma criação de políticas voltadas para a educação com vistas a capacitação para o trabalho, que privilegia uma formação de elite para habilitar indivíduos na crescente modernização do país:

Referindo-se às finalidades da Universidade, Campos insiste em não reduzi-las apenas à sua função didática. Para o Ministro, “sua finalidade transcende o exclusivo propósito do ensino, envolvendo preocupações de pura ciência e de cultura desinteressada” (CAMPOS, 1931, p. 4, *apud* FÁVERO, 2006, p. 23-24).

Continua a autora, informando que o privilégio e o ensino voltado para as elites bem como as características centralizadoras do modelo podem ser evidenciadas pela análise do Estatuto das Universidades Brasileiras:

A primeira refere-se à integração das escolas ou faculdades na nova estrutura universitária. Pelo Estatuto, elas se apresentam como verdadeiras “ilhas” dependentes da administração superior. Outra questão relaciona-se à cátedra, unidade operativa de ensino e pesquisa docente, entregue a um professor. No Brasil, os privilégios do professor catedrático adquiriram uma feição histórica, apresentando-se o regime de cátedra como núcleo ou *alma mater* das instituições de ensino superior. E mais, a ideia de cátedra contida nesse Estatuto ganha força com as Constituições de 1934 e 1946, subsistindo até 1968, quando é extinta na organização do ensino superior, mediante a Lei nº 5.540/68.

Na Reforma Campos, uma questão, ainda hoje desafiadora, diz respeito à concessão da relativa autonomia universitária como preparação gradual para a autonomia plena. Embora ressalte, na Exposição de Motivos sobre a reforma do ensino superior, não ser possível, naquele momento, conceder-se autonomia plena às universidades, a questão fica, a rigor, em aberto. (FÁVERO, 2006, p. 23-24).

Apesar disso, ocorreram iniciativas em matéria de educação superior, nesse período, que expressam posições contrastantes: Podendo ser destacadas a criação da Universidade de São Paulo (USP), em 1934, e a da Universidade do Distrito Federal (UDF), em 1935:

A USP, instituída por meio do Decreto nº 6.283/ 34, surge com as seguintes finalidades: a) promover, pela pesquisa, o progresso da ciência; b) transmitir, pelo ensino, conhecimentos que enriqueçam ou desenvolvam o espírito ou sejam úteis à vida; c) formar especialistas em todos os ramos da cultura, bem como técnicos e profissionais em todas as profissões de base científica ou artística; d) realizar a obra social de vulgarização das ciências, das letras e artes por meio de cursos sintéticos, conferências e palestras, difusão pelo rádio, filmes científicos e congêneres. (art. 2º) (FÁVERO, 2006, p. 24-25).

Havia uma expectativa de que a democracia liberal fosse instituída no país quando da eleição de Getúlio Vargas pelo Congresso e da promulgação da segunda Constituição Republicana (1934). Mas, relata Fávero (2006, p. 25), “logo a seguir, as tendências centralizadoras e autoritárias recuperam a hegemonia.”

1.3. ESCOLAS MÉDICAS EM SÃO PAULO

De certa forma, a história da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo — FMUSP se confunde com o início da história da formação médica em São Paulo. Também são relevantes as histórias da Santa Casa de Misericórdia e da Escola Paulista de Medicina, atualmente Universidade Federal de São Paulo — UNIFESP no desenvolvimento das escolas médicas em São Paulo.

Conforme Caldeira (2011), no final do século XIX, os lucros da cultura do café permitiam aos paulistanos privilégios como a diversão com o cinema e viagens ao exterior e as elites usavam a moda francesa. Havia um grande desenvolvimento econômico, mas os paulistas não tinham médicos. Apenas Rio de Janeiro e Bahia

tinham Escolas de Medicina. As tentativas que foram feitas para criar um curso médico até essa época não haviam dado resultados.

De acordo com Caldeira (2011), em 1804, Antônio José da Franca e Horta, governador da capitania de São Paulo comunicou ao Ministro e Secretário dos Negócios Ultramarinos, João Rodrigues de Sá e Melo Soto-Maior, Visconde Anadía, que "seis alunos que frequentaram em 1803 a aula de cirurgia instituída por mim no Hospital Militar desta cidade, sendo lente o físico-mor Mariano José do Amaral, todos eles foram aprovados pelos examinadores..." A experiência não teve continuidade.

Refere Caldeira (2011) que a história da criação da Faculdade de Medicina da USP, teve sua origem em um decreto-lei de 4 de novembro de 1823, "que criava duas Universidades no Brasil, uma em Olinda e outra em São Paulo. Ambas deveriam contar com Faculdades de Medicina e Farmácia." Mas comenta a autora que o governo do Império demonstrava descaso pela Província de São Paulo.

Independentemente da posição do governo, a ideia da criação de um curso de Medicina já existia para um grupo de médicos que se reunia, acreditava e lutava pela criação de um ensino regular e organizado de Medicina e pela prestação de assistência à população:

Em 1895, São Paulo viu surgir sua primeira associação de médicos, a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, presidida por Pereira Barreto. [...] A essa época Arnaldo Vieira de Carvalho já se envolvia com a concretização da Faculdade, mas acreditava que tal empreitada só daria resultados se subvencionada pelo Estado. (CALDEIRA, 2011, p. X).

Universidade de São Paulo – USP

Consta que Arnaldo Vieira de Carvalho mantinha boas relações no governo do Estado, mas somente depois de vários anos, em 1912, foi outorgada a lei nº 1357, que implantou a Faculdade de Medicina de São Paulo, tendo sido estabelecido o regulamento através do decreto nº 2.344, de 31 de janeiro de 1913. Na época, era diretor clínico da Santa Casa de Misericórdia e não quis que a nova faculdade ficasse totalmente vinculada à estrutura hospitalar da Santa Casa. As aulas práticas de clínica e cirurgia continuaram a ser ministradas na Santa Casa de

Misericórdia de São Paulo, indo buscar outras instalações para a sede da nova faculdade:

A primeira aula da Faculdade foi proferida em 2 de abril de 1913, por Edmundo Xavier. Apenas em 1914, as aulas passaram a ser ministradas na sede provisória da Faculdade, localizada à rua Brigadeiro Tobias. Em 1918, formou-se a primeira turma, composta por 27 médicos, entre os quais duas mulheres. Em 25 de janeiro de 1920, foi lançada a pedra fundamental da sede própria da Escola, localizada em frente ao cemitério do Araçá. Foi o último grande gesto público de Arnaldo, que morreu prematuramente meses mais tarde. Do projeto original, que previa a construção de cinco edifícios, apenas um foi construído, o que abriga o Instituto Oscar Freire. (CALDEIRA, 2011, p. X).

Depois foi construído o prédio que atualmente abriga a Faculdade de Medicina, inaugurado em 1931, contando com recursos da Fundação Rockefeller.

Ainda de acordo com Caldeira (2011), a Faculdade de Medicina passou a integrar a Universidade de São Paulo em 25 de janeiro de 1934, por meio do decreto 6.283. A partir dessa data, a Escola recebeu a denominação que mantém até os dias de hoje. Mas as aulas práticas de clínica e cirurgia continuaram a ser ministradas na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, até a inauguração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Conforme Santos Filho (1991, p. 457), Arnaldo Vieira de Carvalho, fundador da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, era também diretor médico da Santa de Misericórdia de São Paulo e “sediou no hospital [da Santa Casa] o ensino das clínicas médico-cirúrgicas”, que foi realizado no período de 1916 até 1945, quando foi inaugurado finalmente o hospital escola da FMUSP, o Hospital das Clínicas.

Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Conforme dados do *site* da UNIFESP (2011), a Escola Paulista de Medicina - EPM foi fundada em 1933, como sociedade civil de direito privado sem fins lucrativos e foi federalizada em 1956. Em duas décadas, construiu um Hospital de Clínicas e uma Escola de Enfermeiras a ele vinculada. Foi criada por um grupo de 31 médicos

e dois engenheiros e por alunos egressos do vestibular da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

Conforme dados da publicação comemorativa dos 70 anos da UNIFESP (2003), no vestibular de 1933 da FMSP, 184 jovens obtiveram a nota necessária para aprovação, igual ou superior a cinco. Como havia 70 vagas, apenas os melhores classificados foram autorizados a efetivar a matrícula. Do total de aprovados, 119 jovens não puderam cursar por falta de vagas. Desses alunos, 105 realizaram um novo vestibular, 83 foram aprovados e iniciaram a primeira turma da Escola Paulista de Medicina – EPM.

Em seu *site*, a UNIFESP (2011) registra que, em 1940, a Escola Paulista de Medicina – EPM inaugurou o Hospital São Paulo, primeiro hospital-escola do País, que hoje é o Hospital Universitário da UNIFESP, localizado no campus São Paulo, no bairro Vila Clementino. Criada oficialmente em 1994, a UNIFESP originou-se da EPM.

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP

De acordo com informações do *site* da Santa Casa (2011), a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo é uma instituição filantrópica e privada considerada um dos mais importantes Centros de Referência Hospitalar do Estado de São Paulo. Existe desde o século XVI, como instituição que abriga doentes. Embora não haja registro de sua data de fundação, a história indica seu início por volta de 1560. Esteve alojada no Pátio do Colégio, nos Largos da Glória e da Misericórdia, até ser inaugurado, no bairro de Santa Cecília, em 1884, o Hospital Central, sua sede até os dias de hoje.

Conforme o *site* da Santa Casa (2011), bem mais recente é a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP. Está em funcionamento desde 1963, como resultado de um sonho acalentado pelo corpo clínico da misericórdia paulistana para a formação de médicos e tem como mantenedora a Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho.

De acordo com Santos Filho (1991, p. 457), foi fundada em 1962, no nosocômio, a faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo. A irmandade, que era paupérrima no século XIX, auferiu boas rendas com a compra de imóveis no

centro de São Paulo. Hoje “além do hospital central, outros mais, auxiliares, destinados ao atendimento de determinadas doenças, compõem o conjunto [...] com cerca de quatro mil leitos [dados de 1991], dirigidos e mantidos pela Irmandade [...]”.

Atualmente, o estado de São Paulo conta com 30 escolas médicas sendo 20 da iniciativa privada e dez de administração pública, municipal, estadual ou federal, conforme dados dos *sítes* Escolas Médicas do Brasil (2011) e do Ministério da Educação (2011), que relacionam as IES credenciadas, conforme relação a seguir:

Estado de São Paulo	Administração
Faculdade de Medicina de Marília-SP - FAMEMA	Estadual
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto -SP - FAMERP	Estadual
Universidade de São Paulo - Campus Ribeirão Preto - USP-RP	Estadual
Universidade de São Paulo - Campus São Paulo - USP-SP	Estadual
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP	Estadual
Univ. Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Botucatu/SP - UNESP	Estadual
Universidade Federal de São Carlos - SP - UFSCAR	Federal
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP	Federal
Faculdade de Medicina de Jundiaí - SP - FMJ	Municipal
Universidade de Taubaté - UNITAU	Municipal
Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto - SP	Privada
Centro Universitário de Araraquara -SP - UNIARA	Privada
Centro Universitário Lusíada - Santos - UNILUS	Privada
Centro Universitário São Camilo - São Paulo/SP - SCAMILO	Privada
Fac. de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo/SP - FCMSCSP	Privada
Faculdade de Medicina do ABC - Santo André/SP - FMABC	Privada
Faculdades Integradas Padre Albino - Catanduva - SP	Privada
Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC-CAMPINAS	Privada
Pontifícia Univ. Católica de São Paulo - Campus Sorocaba- PUC-SP	Privada
Universidade Anhembi Morumbi - São Paulo/SP - UAM	Privada
Universidade Camilo Castelo Branco - Fernandópolis - UNICASTELO	Privada
Universidade Cidade de São Paulo - UNICID	Privada
Universidade de Marília/SP - UNIMAR	Privada

Universidade de Mogi das Cruzes - UMC	Privada
Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP	Privada
Universidade de Santo Amaro - SP - UNISA	Privada
Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - UNOESTE	Privada
Universidade Metropolitana de Santos - SP - UNIMES	Privada
Universidade Nove de Julho - São Paulo - UNINOVE	Privada
Universidade São Francisco - Bragança Paulista - USF	Privada

Ainda conforme os dados dos *sítes* Escolas Médicas do Brasil (2011), e do Ministério da Educação - MEC (2011), dessas 30 escolas médicas distribuídas pelo estado, oito delas estão na cidade de São Paulo.

De acordo com Rocha (2012), em notícia publicada no portal do MEC, em 06 de março de 2012, os ministérios da Educação e da Saúde pretendem aumentar o número de vagas para estudantes de Medicina em todo o país. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil tem atualmente uma proporção de 1,8 médico para cada mil habitantes, o que é um índice bastante baixo se comparado ao de outros países latino-americanos, como a Argentina, que tem 3 médicos por mil habitantes, o Uruguai, com 3,7 por mil habitantes, e Cuba com 6,7 por mil habitantes. A mesma notícia refere que segundo o Ministro da Educação, Aloizio Mercadante, a meta do programa será ampliar a quantidade de médicos no país para 2,5 por mil habitantes até 2020.

Segundo Rocha (2012), para atingir esse objetivo, o MEC pretende aumentar o número de vagas nas instituições federais com cursos de Medicina e criar novas faculdades de Medicina em universidades que ainda não oferecem o curso. Propõe, também, estimular universidades estaduais e particulares com boa avaliação a abrir novas vagas.

Segundo Rocha (2012), outra proposta é aumentar o número de oportunidades para residência médica no país, aumentando as vagas já existentes e buscando parcerias com hospitais de excelência, que ainda não tenham ligação com instituição de ensino da Medicina. São dois grandes desafios a serem superados: aumentar a quantidade de médicos e melhorar a distribuição dos médicos pelo território nacional.

Se por um lado essa medida é importante para a sociedade como uma perspectiva de melhorar as condições da Saúde do país, por outro fica a questão sobre as condições em que se dá a formação médica como um todo.

Assim como é recente, do ponto de vista histórico, a criação das escolas médicas no Brasil, também é próxima a criação do Conselho Federal de Medicina. Como medida de regulação da profissão, a primeira foi tomada pelo Decreto-lei 20.931 de 1932 que regulamentou o exercício da Medicina, Odontologia e Veterinária e das profissões de farmacêutico, enfermeiro. A criação do Conselho de Medicina é de 1945, mas só em 1957 foi regulamentado de fato. (BRASIL, 1932)

O Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina constituem em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira. Os Conselhos já haviam sido instituídos pelo Decreto-Lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, e adquiriram suas características atuais, a partir da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. (BRASIL, 1945; BRASIL, 1957)

De acordo com Bueno e Pieruccini (2004), houve uma conjuntura iniciada nos anos 30, que provocou mudanças no ensino da Medicina com a introdução de disciplinas, estímulo à pesquisa, ampliação do uso de técnicas e prática baseada no hospital de ensino. Data dessa época, também, o surgimento das entidades médicas brasileiras: o primeiro Sindicato Médico, no Rio de Janeiro, em 1927; o Conselho Federal de Medicina, em 1945; e a Associação Médica Brasileira, em 1951. A partir de 1957, surgiram os Conselhos Regionais de Medicina.

1.4. A FORMAÇÃO MÉDICA

De acordo com o relatório *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*, organizado por Haddad e publicado por INEP/MEC (2006), na evolução do ensino médico podem ser assinaladas três grandes etapas. A primeira é a científica, com início no final do século XIX, em que os progressos da ciência e da tecnologia determinaram novos rumos para a Medicina, provocando um grande desenvolvimento das especialidades. A segunda é a relacionada à utilização de princípios pedagógicos ao ensino médico, que obteve grande desenvolvimento nos Estados Unidos durante a década de 1950 e, graças às Associações de Escolas

Médicas, foi difundida para todo o continente americano. A terceira etapa relaciona-se às transformações socioeconômicas do pós-guerra, coincidindo com a tomada da consciência do valor da saúde das populações, estimulando as escolas para a formação de médicos comprometidos com os fatores sociais que interferem na saúde da comunidade saindo do modelo até então desenvolvido de atendimento individual.

Quando foram criados os primeiros cursos de Medicina¹⁶ do Brasil, tinham a duração de quatro anos, com enfoque no ensino da Anatomia e Cirurgia. Indica Haddad (2006) que, em 1813, os cursos tiveram sua duração ampliada para cinco anos.

Conforme Santos Filho (1991, p.51), em 1813 instalou-se a academia médica do Rio de Janeiro e em 1815, a da Bahia. As exigências para matrículas no primeiro ano de curso das academias médicas não eram muito rigorosas, “o candidato deveria ler e escrever corretamente” sendo aconselhável que entendesse as línguas francesa e inglesa, “podendo, entretanto, efetuar os exames dessas duas línguas no decorrer do curso, que se completava em cinco anos”, sendo que nesse período, de cinco anos, as disciplinas estavam distribuídas da seguinte maneira:

No primeiro ano: Anatomia geral, prelecionada de março a setembro; Química farmacêutica e Noções de Farmácia, nos meses de outubro e novembro, com repetições até o quinto ano, por um professor que fosse boticário.

No segundo ano: Anatomia (repetição) e Fisiologia, com “explicação das entranhas e das mais partes necessárias à vida humana”, pelo lente de Anatomia.

No terceiro ano: Higiene, etiologia, patologia e terapêutica, por um único professor, médico.

No quarto ano: Instituições cirúrgicas e operações, no período da manhã, e Arte obstétrica, teoria e prática, à tarde.

No quinto ano: Medicina, com exercícios práticos, pela manhã, nas enfermarias, e Arte obstétrica (repetição, em conjunto com os alunos do quarto ano). (SANTOS FILHO, 1991, p.51).

¹⁶ Conforme já informado, foi criado, por Decreto de 18 de fevereiro de 1808, o Curso Médico de Cirurgia na Bahia e, em 5 de novembro do mesmo ano, é instituída, no Hospital Militar do Rio de Janeiro, uma Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica. Outros atos são sancionados e contribuem para a instalação, no Rio de Janeiro e na Bahia, de dois centros médico-cirúrgicos, matrizes das atuais Faculdades de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade Federal da Bahia (UFBA) (FÁVERO, 2006, p. 20)

De acordo com Haddad (2006), em 1832, as antigas escolas passaram a ser denominadas Faculdades de Medicina, novamente ampliaram seu tempo de estudo, então para seis anos, e reformularam o ensino dando ênfase à formação em Ciências Acessórias, o equivalente às Ciências Básicas, além das já incorporadas Ciências Médicas e Cirúrgicas.

Conforme Bueno e Pieruccini (2004), em meados da década de 1950 teve início o processo de capitalização da Medicina o que trouxe por resultado o desenvolvimento das especialidades médicas. O ensino de graduação foi imediatamente afetado, tendo suas grades curriculares sido modificadas com disciplinas com ênfase na especialização, em detrimento da formação clínica geral.

De acordo com Haddad (2006), em 1969, uma resolução do então Conselho Federal de Educação, a Resolução CFE nº 8/69:

fixou os conteúdos mínimos e a duração de 6 anos letivos do curso médico, com o mínimo de 5 e máximo de 9 anos. Definiu que o curso de graduação em Medicina abrangeria o estudo das bases doutrinárias e realização de exercícios práticos pertinentes às matérias do currículo mínimo. As matérias foram distribuídas nos ciclos básico e profissional, perfazendo um mínimo de 4.500 horas, além de estágio obrigatório em hospitais e centros de saúde, em regime de internato, com o mínimo de dois semestres. Esta resolução foi alterada, sucessivamente, pelas Resoluções CFE nº 5/84 e CFE nº 01/89, atualmente revogadas pela Resolução CNE/CES nº 4/01, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. (HADDAD, 2006, p. 278).

Conforme Haddad (2006), na evolução do ensino médico no Brasil, uma quarta etapa pode ser considerada, após a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais e o início da sua implantação nos cursos de graduação em Medicina a partir de 2001. Tendo em vista que essas diretrizes foram resultado de uma construção coletiva, em que foi proposta a articulação entre as instituições de formação e o sistema de saúde, com vistas a abandonar-se a visão do ensino com ênfase nas doenças, diagnóstico e tratamento, focado exclusivamente no indivíduo.

A princípio, a reforma educacional proposta pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 privilegia uma visão do coletivo e uma formação de profissionais com ênfase na promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de agravos e doenças. Mais adiante, será retomado o tema das Diretrizes Curriculares de 2001 com suas implicações na formação dos estudantes de Medicina.

Ao se tratar de formação profissional, um dos principais objetivos é a colocação no mercado de trabalho e nos momentos atuais um conceito que tem sido bastante usado e analisado é o da empregabilidade como reunião de características pessoais, habilidades e competências que criam o diferencial que possibilita a melhor colocação no mercado. Será que isso também se aplica ao médico? Ou a profissão médica continua sendo essencialmente a do profissional liberal, do clínico em seu consultório? A resposta é sim para a primeira pergunta e não para a segunda.

Houve uma mudança substancial na atividade médica como pode ser visto no artigo de Schraiber, *Histórias de médicos: vida de trabalho entre a prática liberal e a medicina tecnológica* (1997). A autora comenta as mudanças ocorridas no exercício da profissão médica, a partir do final da década de 1980, dando um destaque para a ‘ultraespecialização’ e o assalariamento da profissão.

Em especial em relação ao assalariamento da profissão, Schraiber (1997) indica que a Medicina, que antes era exercida preferencialmente em consultórios em uma prática liberal, tem seu exercício ajustado às novas formas do mercado de trabalho. Surgem as associações de profissionais que se organizam em clínicas ambulatoriais, os consultórios antes particulares são interiorizados, encampados pelos hospitais e a clientela passa a ser captada por meio de empresas médicas nas quais o profissional é compelido a se credenciar.

Também na formação se farão sentir alterações que visam uma preparação para um mercado de trabalho em equipe, seja nos hospitais ou nas clínicas formadas por associados. Passam a serem requeridas pelo mercado competências relacionadas com gerenciamento, administração e liderança como pode ser constatado nas novas diretrizes curriculares.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), instituídas conforme Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, em vigor para o curso de graduação em Medicina, traçam um perfil a ser construído: uma formação generalista fundamentada numa base humanística, crítica e reflexiva, voltada para as necessidades da comunidade, para a saúde e a cidadania, construída com atitudes éticas e com compromisso social, como pode ser visto no seguinte artigo da DCN:

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação 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. (MEC/DCN, 2001).

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (2001), a formação médica deve oferecer conhecimentos para contemplar o exercício de habilidades e competências tais como: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento e, por fim, educação permanente, como pode ser visto no artigo 4º das DCN:

Art. 4º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo; (MEC/DCN, 2001).

Esse futuro profissional é pensado para além da capacitação técnica específica, sendo requisitada sua capacidade crítica e de análise de situações complexas bem como sua atenção às questões éticas e bioéticas no exercício de suas atividades.

Diante de situações complexas, emergenciais, as mais diversas, é requerido que esse profissional seja capacitado a tomar decisões que envolvem aspectos que vão além da saúde:

II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e

decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas; (MEC/DCN, 2001).

Necessário que saiba expressar-se de forma clara e que tenha domínio de tecnologias de comunicação e de informação:

III - **Comunicação**: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação; (MEC/DCN, 2001).

Seu papel esperado na equipe multiprofissional é o de liderança, o que reforça a característica da autoridade do médico:

IV - **Liderança**: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz; (MEC/DCN, 2001).

Também como administrador, e gerente, o médico deve estar formado e apto, e bem como para ser empreendedor, gestor, empregador, em uma visão claramente empresarial do exercício da Medicina:

V - **Administração e gerenciamento**: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; (MEC/DCN, 2001).

Sendo sem dúvida muito importante, fundamental seu aprendizado contínuo tanto na prática quanto na teoria:

VI - **Educação permanente**: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais. (MEC/DCN, 2001).

As DCN (2001) preveem também que cada profissional deve atuar de forma integrada com outras instâncias do sistema de saúde, tanto em nível individual como coletivo. O trabalho em equipe é destacado tendo em vista que são profissionais que poderão estar nas empresas, nas escolas, nos hospitais gerais, nas clínicas psiquiátricas, nas penitenciárias, nos departamentos de trânsito e outros, aplicando seus conhecimentos, fazendo avaliações, orientando decisões, acompanhando pacientes e tantas outras atribuições conforme a sua especialidade. Outro aspecto importante é que o médico aprenda também a cuidar da própria saúde. Abaixo transcrevemos na íntegra as competências e habilidades específicas propostas pelas DCN, em seu artigo 5º:

- I – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
- III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
- IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;
- V - realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;
- VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;
- IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;
- X - exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;
- XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;
- XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

XIV - realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

XV - conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

XVI - lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;

XVII - atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;

XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;

XXI - atuar em equipe multiprofissional; e

XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Parágrafo Único. Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. (MEC/DCN, 2001).

As Diretrizes foram criadas para dar orientação aos cursos de formação. Diante de todas as suas indicações para a formação médica, no sentido de oferecer conhecimentos para contemplar o exercício de habilidades e competências, supracitadas, resta saber se os cursos de graduação com seus gestores, professores e demais integrantes conseguem realizar o que lhes foi proposto.

No que diz respeito aos critérios de empregabilidade quanto às condições que o mercado tem colocado para os candidatos, em relação às suas competências e habilidades, também se aplicam aos futuros médicos. De acordo com Morosini (2001, p. 92):

[...] empregabilidade não “é conseguir empregos para graduados. Não é nem mesmo fornecer habilidades de empregabilidade no senso mais genérico. É muito mais: desenvolvimento de capacidade crítica no processo de aprendizagem continuada. O *focus* necessita ser no fortalecimento de estudantes para transformarem-se em aprendizes críticos e reflexivos [...]”.

Dessa maneira, um Ensino Superior de qualidade implica em uma educação que tenha como paradigma a formação que contemple uma visão integral do educando. Sujeito este que está no processo de construção de seu conhecimento tanto teórico como prático, de maneira que a análise e a crítica sejam hábitos incorporados ao processo de ensino e aprendizagem, bem como o desenvolvimento de habilidades, como trabalhar em grupos, lidar com conflitos, aprimorar a

comunicação e expressão. E tudo isso é esperado que seja estimulado pelo professor-mediador, destacado nas diretrizes curriculares conforme artigo 9º a seguir,

Art. 9º O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. (MEC/DCN, 2001 – grifo nosso).

Esse professor, atuando como facilitador e mediador do processo de ensino e aprendizagem, precisa estar familiarizado com elementos do ensino e com os aspectos também da pesquisa, extensão e assistência, para que possa promover a devida articulação entre eles.

De acordo com o Editorial da Revista da Associação Médica Brasileira - RAMB (2004), uma das tendências que surgiram nos últimos anos é o ensino da Medicina "baseado em problemas". Por meio desta metodologia educativa, desde o início de seu curso médico, os alunos são expostos a problemas clínicos, e estimulados, sob supervisão de tutores¹⁷, a buscarem as informações pertinentes na literatura médica para resolvê-los. Diante disso o editor defende que não pode ser esquecido:

que o mais estimulante dos “problemas” na medicina é o próprio doente e que o ensino focado no paciente, à beira de seu leito, após uma sólida formação básica, conforme Osler¹⁸ ensinou, talvez seja a mais edificante

¹⁷ Os tutores, em geral, são profissionais que exercem atividades docentes no curso médico e são médicos do hospital-escola. São pessoas envolvidas com o ensino de graduação, ministrando aulas, organizando cursos ou participando do ensino básico, clínico ou internato, que devem conhecer o curso de graduação e os alunos. Promovem reuniões com grupos de alunos visando tirar dúvidas, e devem estar disponíveis para receber o aluno que tiver necessidade de conversar para obter esclarecimentos. Acompanham os alunos nos seis anos de graduação.

¹⁸ William Osler (1849-1919): "No método de ensino que pode ser chamado de natural, o estudante começa com o paciente, continua com o paciente e termina seus estudos com o paciente, usando livros e aulas como ferramentas, como meios para um fim. O estudante começa, de fato, como um médico, como um observador de máquinas quebradas cuja estrutura e funções usuais lhes são perfeitamente familiares. Ensine-o como observar, dê a ele muitos fatos a serem observados e as lições virão destes mesmos fatos. Para o estudante que está no início, tanto na clínica médica como na cirurgia, é uma regra segura não ensinar sem ter um paciente como texto, pois o melhor ensinamento é aquele veiculado pelo próprio paciente. Toda a arte da Medicina está na observação, como fala o velho ditado, mas para educar os olhos para ver, o ouvido para ouvir e o dedo para sentir demora. Iniciar um homem no caminho correto é tudo o que podemos fazer. Esperamos muito dos estudantes e tentamos ensiná-los demais. Dai a eles bons métodos e um ponto de vista adequado e todos os demais conhecimentos serão acrescidos conforme sua experiência se acumule" (Aequanimitas; "The Hospital as a College" *apud* EDITORIAL-RAMB, 2004).

das experiências educacionais de nossa profissão". De fato, já dizia este grande educador: "Eu não desejo nenhum outro epitáfio... a não ser que ensinei estudantes de medicina nas enfermarias, pois eu julgo esta de longe a principal e mais útil função que fui chamado a desempenhar." (AEQUANIMITAS; "THE FIXED PERIOD", *apud* EDITORIAL-RAMB, 2004).

Por esse editorial, pode-se perceber que a opinião do médico, a respeito de si mesmo, privilegia o contato com o paciente como o maior aprendizado e a melhor problematização possível. Ao citar um professor do final do século XIX, e início do XX, está afirmando que, por mais que haja mudanças na estrutura do ensino, ampliação e diversidade de métodos e tecnologias, o que é esperado de um bom estudante, futuro bom médico, é que saiba usar sua habilidade de observação, seus sentidos e sua sensibilidade.

Mas a formação médica não se completa ao término da graduação. Atualmente, é encarado como necessário o prolongamento do estudo sob a forma de *residência médica*, a título de especialização. A seguir apresenta-se um histórico desta modalidade de ensino, como forma de especialização.

A *residência médica* é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. O curso acontece em instituições de saúde, como hospitais-escola ou outros hospitais e unidades de saúde que mantêm convênio com as escolas médicas. Os residentes realizam atividades profissionais sob a orientação de médicos especialistas na área. Foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, sendo considerada o "padrão ouro" da especialização médica. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). (MEC, 1977).

O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica. (MEC, 1977).

A residência médica já teve seu início há mais de 100 anos, no século XIX, em uma Universidade dos Estados Unidos, como modalidade de instrução avançada na área médica, conforme nos indica Wuillaume (2000): "Tal como, em linhas gerais, é conceituada até hoje, ela foi implantada nos Estados Unidos ao inaugurar-se em Baltimore, em 1889, o hospital da recém-criada Universidade Johns Hopkins." (p.12).

O termo “residência” tem sua origem no fato de que os médicos que participavam do programa residiam na instituição onde se dava o treinamento. O surgimento da Residência Médica ocorreu na forma de aprimoramento profissional dirigido à especialização, com ênfase no treinamento em serviço hospitalar. (ELIAS, 1987, *apud*. WUILLAUME, 2000, p.13).

Conforme Wuillaume (2000), no Brasil, a Residência Médica aparece na década de 1940, orientada por médicos que haviam completado sua formação como residentes em hospitais norte-americanos. Ainda assim, seu desenvolvimento maior aconteceu a partir dos anos de 1960.

A década de 1960 é marcada pela expansão do número de Escolas Médicas no Brasil, nos conta Arcoverde (2004). Com a reforma Universitária de 1968, o Brasil passou a adotar o modelo norte-americano para o Ensino Médico. Com o aumento de volume de conhecimento científico especializado, houve a exigência da continuidade da formação médica, que já não terminava com o fim da graduação. O médico recém-formado via-se diante da exigência de uma especialização para a qual o caminho natural seria a Residência Médica.

Ainda de acordo com Arcoverde (2004), o mercado de trabalho médico, nesta época, tinha como maior empregador o antigo INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, que preferia contratar especialistas, aos médicos com formação geral, e os remunerava de forma diferenciada.

Em 1977, foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica, com objetivo de regulamentar a abertura e fiscalizar os programas de Residência Médica no Brasil. Houve uma grande expansão da especialização, passando a ser um importante mercado de trabalho médico. Conforme Arcoverde (2004, p.39): “A realização de mais de uma residência médica passou a ser fato comum, chegando-se a criar a expressão pejorativa de ‘Residente Profissional””.

Conforme relata Arcoverde (2004), na década de 1990 ocorreu outra expansão com o surgimento de novos cursos de Medicina, associados à iniciativa privada, e também houve uma expansão dos programas de Residência Médica em hospitais privados ou prestadores de serviços do SUS.

De acordo com Arcoverde (2004), o aluno passou a ter em mente a residência como sinônimo de qualificação para o mercado, priorizando uma formação com

maior grau de conhecimento técnico visando ser bem sucedido nos exames de seleção. Na análise que fez em seu estudo, o autor disse:

A despeito do currículo oficial que é voltado para uma formação geral, humanista, crítica e reflexiva, fundamentada na prevenção, no coletivo e nas ações básicas de saúde; o aluno constrói uma representação tecnicista-cientificista fundamentada no indivíduo, no conhecimento sobre doenças, tendo como cenário a prática médica hospitalar. (ARCOVERDE, 2004, p. 107).

Neste capítulo buscou-se apresentar um recorte da história da Medicina e da criação das escolas médicas, com destaque para a criação das faculdades na cidade de São Paulo. Foi feita uma análise quanto à formação, com o currículo mínimo dos primeiros tempos, até os dias de hoje sob a orientação das Diretrizes Curriculares Nacionais, complementando com a Residência Médica, tida como extensão natural da formação.

O objetivo foi o de apresentar um panorama geral da história da Medicina e da criação de seus cursos até delinear o contexto em que os estudantes estão atualmente, o que está sendo proposto em termos de formação e o que é esperado desses futuros médicos. Nessas propostas de mudanças na formação estão diretamente envolvidos também os professores mediadores desse ensino-aprendizagem. Como esses professores, médicos, estão lidando com essas novas proposições? Enfatizar a importância da experiência a beira do leito, como indicado no editorial citado anteriormente, embora se refira a algo relevante, não estaria também cobrindo com um véu a dificuldade de lidar com tantas inovações e demandas do ensino? Como os alunos estão recebendo essas influências em sua formação?

Para auxiliar a busca de respostas a questões como essas, no próximo capítulo é apresentado o referencial teórico que sustenta os aspectos relativos a trabalho, formação e identidade, bem como as questões de cultura e sociedade que permeiam o contexto do qual todos, inclusive os estudantes, fazem parte.

CAPÍTULO II

CULTURA, FORMAÇÃO E TRABALHO: CONTEXTO E SUBJETIVIDADE

Este capítulo é dedicado à fundamentação teórica deste trabalho, que tem como referência principal os autores da primeira geração da Teoria Crítica da Escola de Frankfurt. Procurou-se desenvolver reflexões quanto aos significados de cultura e sociedade, família, formação e trabalho, autoridade, identidade e subjetividade também com autores da Sociologia, da Psicologia Social e da Psicanálise, com os quais fosse possível estabelecer diálogo à luz da Teoria Crítica.

2.1. CULTURA E SOCIEDADE

Partindo do fato de que o indivíduo é um ser de relações, inserido em contextos sociais como a família, a escola, o círculo de amigos, a comunidade e por fim a sociedade como um todo, faz-se necessária a compreensão desse indivíduo em suas relações, como ele as influencia e é por elas influenciado. Perpassado pela cultura, em todos os seus aspectos, esse indivíduo é um ser com uma dimensão histórica e social, pertinente ao momento e aos grupos a que pertence.

Tomando a cultura como uma das primeiras referências ao elaborar um percurso teórico que possa dar conta de uma visão sociológica do indivíduo, que será sujeito desta pesquisa, procurou-se situar esse conceito no campo da pesquisa social, à luz da Teoria Crítica, no que Marcuse (2001) chamou de cultura afirmativa:

Cultura afirmativa é aquela cultura pertencente à época burguesa que no curso de seu próprio desenvolvimento levaria a distinguir e elevar o mundo espiritual-anímico, como uma esfera de valores autônoma, em relação à civilização. Seu traço decisivo é a afirmação de um mundo mais valioso, universalmente obrigatório, incondicionalmente confirmado, eternamente melhor, que é essencialmente diferente do mundo de fato da luta diária pela existência, mas que qualquer indivíduo pode realizar para si “a partir do interior”, sem transformar aquela realidade de fato. Somente nessa cultura as atividades e os objetos culturais adquirem sua solenidade elevada tão acima do cotidiano: sua recepção se converte em ato de celebração e exaltação. (MARCUSE, 2001, p.17).

Dessa forma, ficam distintos os conceitos de cultura e de civilização, em uma contraposição entre mundo espiritual e material, sendo espiritual entendido como valores, autenticidade, e material como o âmbito das necessidades, da utilidade e dos meios para conseguir a satisfação e o provimento da existência. Fica separado o belo, o verdadeiro e o bom do que é o necessário. O belo e o bom pertencem à cultura; já a civilização abarca o mundo material, das necessidades e das normas.

Segundo Freud (2011), a civilização pode ser entendida como obra material humana e fonte maior de seu sofrimento. A ação civilizatória se faz pelo impedimento, com o uso de regras, e pela racionalidade que privilegia a ordem social em lugar da felicidade ou do prazer do indivíduo. O impulso instintivo transforma-se em atividade produtiva, o sacrifício da satisfação sexual e a compulsão para o trabalho são formas de sublimação que diferenciam o homem civilizado do primitivo. Esse controle aprisiona os impulsos agressivos que possam ameaçar o processo civilizatório. O homem, tendo com isso sua subjetividade negada, mantém-se na promessa de segurança, falsa ou não, que o coletivo lhe proporciona frente aos seus medos de destruição pela natureza. É um aprisionamento gerado pelo bem da segurança e preservação da sociedade. A liberdade é conduzida a outra instância.

A interiorização do belo como algo sem finalidade e sua conversão aos valores culturais de beleza sublime e de universalidade acabam por imprimir uma aparência de liberdade para o que de fato é a falta desta, pondera Marcuse (2001, p.18), “onde as relações existenciais antagônicas devem ser enquadradas e apaziguadas.”. É a forma que a cultura encontra para ocultar as condições sociais provenientes do capitalismo, silencia os conflitos em prol de uma exigência de felicidade só tangível no âmbito privado, oposto ao mundo dos fatos materiais. É a promessa de realizar internamente seu plano de felicidade, tendo o espírito como refúgio seguro e apaziguador das dificuldades enfrentadas no mundo concreto.

Essa estratégia cria condições de adaptação e obediência à ordem estabelecida gerando indivíduos condicionados e produtivos. Vive-se, à época do capitalismo, imerso na lógica regulada por seus interesses em que a própria cultura é resultado desse jogo econômico. Para Marcuse (2001, p. 35-36): “a organização desse mundo por meio do processo de trabalho capitalista converteu o desenvolvimento do indivíduo em concorrência econômica e confiou a satisfação de suas necessidades ao mercado.” Mesmo que tenha a alma como último refúgio de

preservação da subjetividade, esta também sucumbe ao que o autor chama de “ideais burgueses”. O que pertence ao mundo do espírito vai sendo impregnado pelos valores de consumo.

Para Horkheimer e Adorno (2011, p. 47), o célebre “continuar ‘ir levando’ em geral se torna a justificação da cega permanência do sistema, ou melhor, de sua imutabilidade.” Isso imprime a condição de permanência da ordem estabelecida.

Nesse sentido, dos meio que a sociedade dispõe para a manutenção do que está posto, Benjamin (1992) conduz o leitor na apresentação da reprodutibilidade técnica da obra de arte que é possível em tempos atuais. Não sendo em si, a reprodução, um fenômeno novo. Mas, nesse momento, na contemporaneidade, a reprodução assume mais amplos aspectos em que visa atingir o maior número possível de indivíduos com o aparente intuito de criar acesso ao mundo das artes, para aqueles que em outras épocas nem sequer em sonho poderiam imaginá-las. O que Benjamin discute é a importância da autenticidade da obra, que se perdeu na reprodutibilidade técnica atual.

Horkheimer e Adorno (2011), ao referirem-se ao cinema, fazem um alerta para o poder da ideologia sobre as massas no sentido de que as pessoas são “tão ingênuas que chegam a se identificar com o milionário do filme”. (p. 42) Essa identificação referida pelos autores, é estimulada pela máquina do capitalismo, em que se inclui a indústria do entretenimento, que faz com que as pessoas sonhem com a possibilidade de serem descobertas por um caçador de talentos. Nas palavras dos autores: “A ideologia se esconde atrás do cálculo das probabilidades.” (p.42) Embora todos, teoricamente, tenham a mesma probabilidade de conseguir, ideia sugerida pela ideologia que se esconde atrás da estatística em época de grandes números, apenas um será o “felizardo”.

Para Horkheimer e Adorno (2011, p. 42-3), “ao mesmo tempo que a indústria cultural¹⁹ convida a uma identificação ingênua, logo e prontamente ela é desmentida.” Ao representar na tela do cinema os mesmos tipos de pessoas que formam o público que os assiste, a indústria cultural cria uma separação insuperável entre uns e outros: “A perfeita semelhança é a absoluta diferença.” (p.43) Foi criada

¹⁹ Indústria cultural é uma expressão que traz em si a crítica que se estabelece na obra conjunta de Adorno e Horkheimer, a *Dialética do esclarecimento* ([1947]1997), que pode ser considerada a baliza histórico-filosófica da Escola de Frankfurt. Os autores consideram que: “Sob o poder do monopólio, toda cultura de massas é idêntica, [...] eles [os governantes] a utilizam [a arte] como uma ideologia destinada a legitimar o lixo que propositalmente produzem. Eles se definem a si mesmos como indústrias, [...]” (p. 57)

a pessoa como um ser genérico, aquela que qualquer um pode substituir, sendo apenas um exemplar a ser copiado, um indivíduo substituível. A crítica dos autores é dirigida aos produtos da razão, em que analisam os limites para o conhecimento legítimo, como exercício de aprofundamento subjetivo.

Horkheimer e Adorno (2011, p. 43), em sua análise, referem que os objetivos que antes eram conquistados por esforço, enfrentando e superando dificuldades, em situações em que as pessoas se viam mobilizadas a se desafiarem, têm sido substituídos pela “ideia de prêmio”, que o cinema faz por reforçar nas histórias de seus personagens, em uma estratégia de atingir as massas e influenciar a forma de pensar, de agir e, também, a de sentir. Pois se até “a própria fortuna burguesa não mais tem qualquer relação com o efeito calculável de seu trabalho” (p.44), podendo ser um ato do acaso, por que não contar com essa possibilidade? Trata-se de mais um engodo manipulado em que todos, de alguma maneira, tendem a acreditar e que privilegia e acentua o individualismo, uma vez que cada um quer garantir para si a possibilidade de ser “o sorteado”, o “felizardo”.

Retomando a discussão que Benjamin (1992) levanta, a arte na contemporaneidade se traduz em formas de entretenimento em que as pessoas privilegiam as suas experiências individuais, o que fortalece o estabelecimento do individualismo tão desejável em um mundo de competição e produção nos moldes do capitalismo.

O texto de Benjamin (1992) é belíssimo e sugere muitas ponderações, mas faz-se aqui um recorte que diz respeito a cada indivíduo. O ator de cinema transformado em estrela, celebridade, é uma personalidade criada, forjada por aqueles que o contratam e dirigem. Os que o assistem vivem sob a promessa ilusória de que todos têm a mesma possibilidade de um dia tornarem-se essa celebridade, sob um discurso de igualdade de opções para todos, sem distinção. São mercadorias tanto as estrelas do espetáculo, quanto seus espectadores, e todos são transformados em forma de angariar ingressos que rendem milhões à indústria do cinema. Esses eus, cada vez mais distantes de vivenciar o contato com as outras pessoas, estão à frente da câmera e à frente da tela, quilômetros distantes uns dos outros.

E embora, como disse Benjamin (1992, p.110), o cinema provoque a crítica no público, falta a atenção: “O público é um examinador, mas distraído.”

Essa desatenção parece fazer parte de um cenário, em que há muitas ofertas de informações e muitas solicitações, no qual o sujeito quer dar conta de apreender tudo o que se passa a sua volta, mas só o faz de forma superficial, sem conseguir tocar e ser tocado pelo que vê. Essa é uma época em que a relação do homem com o mundo é muito visual:

[...] as tarefas que são apresentadas ao aparelho de percepção humana, em épocas de mudança histórica, não podem ser resolvidas por meios apenas visuais, ou seja, da contemplação. Elas só são dominadas gradualmente, pelo hábito, após a aproximação da recepção tátil. (BENJAMIN, 1992, p.110).

O tato e o hábito a que Benjamin se refere já não são possíveis, às vezes sequer são desejados, em uma época de mudanças, de muitas e velozes mudanças, que vêm se acentuando com o avanço cada vez maior da tecnologia. Cada vez mais há mais aparelhos e sistemas que intermedeiam as relações pessoais e profissionais, criando o distanciamento físico entre as pessoas e a brevidade nas comunicações, que fazem com se perca o aprofundamento de ideias e temas, perdendo-se até mesmo a perplexidade diante do que poderia ser polêmico ou contraditório.

A indústria cultural, em todos os seus ramos de atividade, não apenas no cinema, oferece a fuga diante das pressões, cobranças e do cansaço provocados pela vida cotidiana e promete o paraíso. Mas o que acontece em suas produções é a reprodução da própria vida cotidiana, promovendo a resignação por meio do divertimento, nos dizem Horkheimer e Adorno (2011). O divertimento puro e irrefletido é negado pela indústria cultural que pretende sempre um “significado coerente” (p.38) em suas produções, enquanto ela própria esvazia esse significado, usando os roteiros apenas para mostrar os seus astros.

Essa sociedade que apregoa a liberdade do indivíduo, mas controla sua vida até em seus meios de divertimento, no que seria seu tempo livre, nos remete ao que Adorno (2011, p.104) pondera sobre a “não-liberdade, tão desconhecida da maioria das pessoas não-livres como a sua não-liberdade, em si mesma.” Pouca ou nenhuma consciência é possível sobre a não-liberdade quando os indivíduos têm a garantia de escolha por todos os meios aparentes das atividades sociais. A começar, as pessoas são livres para escolher em que e onde trabalhar — pelo menos é o que se anuncia. Fora de seus horários de trabalho, são livres para escolher sua maneira de aproveitar o tempo livre — pelo menos é o que se divulga. Estão “convictas de

que agem por vontade própria” quando, na verdade, “essa vontade é modelada por aquilo do que desejam estar livres fora do horário de trabalho” (p.104). Há uma complexa engrenagem social encarregada de criar as necessidades de consumo, para que nesse tempo que acredita ser livre, o indivíduo consuma o que a indústria cultural produz, no interesse da manutenção do sistema.

Considerando que a sociedade contemporânea trata a cultura, predominantemente, como entretenimento, e o indivíduo, como sujeito social, é visto mais como um ser genérico e menos uma pessoa singular submetida ao controle de comportamento de massas, dissimulado nas formas de diversão, retoma-se a ponderação de que o indivíduo é um ser de relações, inserido em contextos sociais em que recebe e provoca influências. Desse modo, julga-se pertinente que se coloquem reflexões sobre os grupos sociais tais como família, amigos e comunidade em que cada indivíduo está inserido e como, por sua vez, esses grupos interagem com o que está posto.

Em especial, dá-se destaque à família como célula primeira formadora da sociedade, não limitando apenas ao conceito de família nuclear, mas entendendo a família como um grupo de pessoas que vivem sob o mesmo teto, ligadas por laços de compromisso similares ao casamento ou pelo próprio casamento e/ou com relações de filiação por consanguinidade ou adoção.

Conforme Horkheimer e Adorno (1973c, p.133) “a família está submetida a uma dinâmica de caráter duplamente social”. Por um lado, atuam as pressões da socialização no sentido de racionalização e integração de todas as relações de forma que o que é natural e espontâneo, entendido como elemento irracional, fica cada vez mais contido, sem espaço de manifestação e sem reconhecimento de sua legitimidade. Por outro lado, há um desequilíbrio entre as forças de uma pessoa, um indivíduo, e as forças totalitárias da sociedade. O sujeito busca como refúgio seu minigrupo familiar, em meio a todas essas pressões que o fazem sentir-se coagido. Mas também, na família, atuam as forças de repressão e controle ditadas pela norma social produzida ao longo do processo civilizatório.

Também a esfera familiar é de natureza social, mesmo tendo herdado uma característica feudal no sentido do agrupamento pelo sangue, pelo parentesco, um elemento irracional em meio à crescente racionalização da sociedade industrial. A esfera da intimidade, conforme Horkheimer e Adorno (1973c), em que prevalecia o *pater familias* decisivo em sua organização, se vê invadida por mais uma exigência:

não basta obedecer, é preciso querer obedecer e satisfazer aos outros, atendendo à ordem de Lutero de “temer e amar” (p.138). Passa a ser um ideal incentivado pela família, o ideal burguês em que: “quem quiser ser alguém, [...], ou simplesmente não soçobrar, deve aprender a satisfazer os outros.” Aprende-se a amar quem se apresenta como autoridade, que bem adaptada em seu meio social, atinge o esperado do que é ser um indivíduo bem sucedido em suas tarefas sociais.

Diante disso o indivíduo que ingressa em um curso de graduação, de formação para o trabalho, tem permeando a sua escolha os valores trazidos e apreendidos em seu meio familiar. Valores como a importância de não fracassar, de satisfazer aos outros, que podem ser os superiores, professores, futuros chefes, como também a importância de alcançar para si esta autoridade que ora reverencia, para poder firmar-se e destacar-se no meio a que quer pertencer.

Essa projeção familiar reflete-se na comunidade a qual pertence e, dentro da estrutura social burguesa, pode-se dizer que tem seu lugar definido no sistema de classes. Essa diferenciação social atribuída a vários fatores, entre eles o cultural e o financeiro, tem aspectos introjetados no indivíduo que vão além dessas condições externas.

A esse respeito, Horkheimer e Adorno (1973b) trazem um estudo realizado por eles quanto à experiência vivida por jovens no pós-guerra em uma população de uma pequena cidade da área rural da Alemanha, Darmstadt. Apesar da guerra:

“[...] da destruição pelos bombardeios, da desvalorização e subsequente reforma monetária, a diferenciação social continuava ainda correspondendo à de antes da guerra ou, pelo menos, assemelhava-se bastante” (HORKHEIMER e ADORNO, 1973b, p. 163).

A hipótese dos autores é de que não se trata apenas dos fatos da vida material e cotidiana provocarem um nivelamento econômico e social, ele vai além, abarcando o âmbito do psíquico. Há uma busca de identificação entre os jovens, e os autores deduziram desse comportamento observado que as “diferenciações ideológicas se recompõem com maior rapidez que os materiais ou, melhor dizendo, sobrevivem como expressão da consciência do *status* hierárquico” (p.164).

Esse é um valor que está presente tanto no âmbito da família como de grupos sociais maiores. Na comunidade, se apresenta na forma que reconhece seus iguais e se organiza em classes em que o financeiro e o social, envolvendo também o cultural, são alguns dos aspectos valorizados. Também se manifesta nos grupos de

indivíduos que exercem a mesma profissão, formando círculos fechados em que o ingresso se dá por muito esforço, como é o caso da formação em Medicina, que é longa, dispendiosa e requer muitos e variados esforços de seus pretendentes a futuros membros.

Esse indivíduo em meio à sociedade a qual pertence, e com que interage de diferentes modos vai, ao longo de sua formação construindo para si uma identidade e um lugar nesse mundo. Sendo que a formação pode ser entendida como uma experiência que ocorre ao longo de toda a sua vida. Essa construção de identidade e espaço social envolve a subjetividade de cada indivíduo inserida em um contexto sócio-histórico, tendo que dar conta de todas as influências que recebe, e em meio às quais se desenvolve como pessoa.

2.2. SUBJETIVIDADE / IDENTIDADE / PERSONALIDADE

Tomando a subjetividade por tema, tendo por fundamento a teoria crítica, em especial na obra de Adorno, em que se trata menos de uma definição e mais de um exercício dialético, sobre a condição do sujeito em oposição a de objeto, pretende-se desenvolver essa reflexão, que coloca o indivíduo numa outra dimensão da sua subjetividade.

Adorno (1995a), em “Educação para quê?”, faz referência a: “ideia de um homem autônomo, emancipado, conforme a formulação definitiva de Kant na exigência de que os homens tenham que se libertar de sua autoinculpável menoridade” (p. 141), e apresenta a sua concepção de educação, que não deve ser nem modelagem, tampouco mera transmissão de conhecimentos, “cuja característica de coisa morta já foi mais do que destacada, mas a produção de uma consciência verdadeira.” (p. 141). Esta consciência que o autor refere como constituinte de um sujeito, que embora possa e até deva adaptar-se para os requisitos da vida social, deve permitir que o indivíduo não prescinda de sua capacidade de resistência.

Adorno (1995a) sinaliza a importância da tarefa de fortalecer a resistência, em vez de fortalecer a adaptação. Seja a educação por meio da escola, da família ou da universidade, o objetivo deve ser possibilitar uma consciência de realidade na formação do indivíduo. Pode ser observado nas DCN do curso de Medicina,

apresentadas no capítulo I, essa indicação de formar o indivíduo para a realidade do contexto político e social em que irá atuar como médico, buscando abranger as cinco grandes áreas de atuação, já citadas.

Em outra obra, Adorno e Horkheimer (1997) apresentam que na dinâmica de constituição da subjetividade burguesa, a esfera do trabalho e das relações econômicas, em geral, tem um peso substantivo. O sujeito se vê exaurido em suas forças vitais e intelectuais, que lhe são expropriadas na materialidade do cotidiano exaustivo e ingrato. O espaço que, como sujeito, ele teria para si é esvaziado — o indivíduo pouco tem como expressão livre e exercício da consciência e do discernimento.

A subjetividade é alimentada de fora pelo sonho gerado na promessa, pela quimera, de conquistar as realizações anunciadas, tanto pelo discurso de mobilidade social, mote da lógica do capital, quanto pela manipulação dos desejos e sentimentos. A isso serve muito bem, a indústria cultural, como já indicado anteriormente neste trabalho, conforme Adorno e Horkheimer (1997) e Benjamin (1992).

Atualmente, no Brasil, há políticas públicas na área de educação, que promovem, por meio de financiamentos e bolsas do Fies e do Prouni já citados no capítulo I, formas de ingresso na universidade para aqueles para quem antes era apenas um sonho inacessível. De que forma isso se traduz em real aproveitamento, no caso específico do curso de Medicina, não se têm dados nesta pesquisa, mas cabe citar que é uma oportunidade. Se ela serve de fato aos interesses da sociedade ou serve apenas de apaziguamento das reivindicações, pode ser o tema de outra pesquisa.

Quanto ao acesso a todos ou a muitos, no que concerne a arte, Benjamin (1992) ao evidenciar o quanto esta foi empobrecida, enfatiza que o empobrecimento não ocorreu pelo fato de ter se tornado acessível a muitos, o que seria bom, mas sim, por ter sido transformada em simples entretenimento, cuja função não é a de provocar o pensamento, o sentimento, a reflexão, nem a polêmica, mas sim a de criar uma condição de conformismo e aceitação da realidade. Realidade essa que representa apenas o interesse de manutenção do capital e do trabalho como forma de geração de novos consumidores. Realidade criada por aqueles que conduzem os rumos da economia e se utilizam da política para atingir seus objetivos, por grupos econômicos que criam estratégias para, em última instância, atingirem o indivíduo

em sua subjetividade, na forma de condução e manipulação de seus desejos, valores e interesses, até por meio de uma pseudocultura criada pela transformação de cultura em mercadoria.

A consciência, a capacidade de discernir, de pensar, de sentir, de realizar, tudo aquilo que possibilitou a emancipação é frustrado na promessa da forma burguesa de vida, que não se cumpre, de uma individualidade que não se realiza. Ao mesmo tempo em que a sociedade permite a condição de existência do indivíduo, não lhe permite a individualidade. Indivíduo esse, do qual tratam Adorno e Horkheimer, em “A Indústria Cultural: O Esclarecimento Como Mistificação das Massas”, em parte de sua obra *Dialética do Esclarecimento*:

O indivíduo, sobre o qual a sociedade se apoiava, trazia em si mesmo sua mácula; em sua aparente liberdade, ele era o produto de sua aparelhagem econômica e social. O poder recorria às relações de poder dominantes quando solicitava o juízo das pessoas a elas submetidas. *Ao mesmo tempo*, a sociedade burguesa também desenvolveu, em seu processo, o indivíduo. Contra a vontade de seus senhores, a técnica transformou os homens de crianças em pessoas. Mas cada um desses progressos da individuação se fez à custa da individualidade em cujo nome tinha lugar, e deles nada sobrou senão a decisão de perseguir apenas os fins privados. (ADORNO e HORKHEIMER, 1997, p.73).

Esse indivíduo teve sua pseudoautonomia proporcionada pelo progresso que o transformou em parte constituinte da sociedade burguesa, mas autonomia para que fizesse parte do sistema já administrado em que sua individualidade não encontra espaço nem para realizar-se, menos ainda para sua expressão. Continuam os autores:

O burguês cuja vida se divide entre o negócio e a vida privada, cuja vida privada se divide entre a esfera da representação e a intimidade, cuja intimidade se divide entre a comunidade mal-humorada do casamento e o amargo consolo de estar completamente sozinho, rompido consigo e com todos, já é virtualmente o nazista que ao mesmo tempo se deixa entusiasmar e se põe a praguejar, ou o habitante das grandes cidades de hoje, que só pode conceber a amizade como *social contact*, como o contacto social de pessoas que não se tocam intimamente. É só por isso que a indústria cultural pode maltratar com tanto sucesso a individualidade, porque nela sempre se reproduziu a fragilidade da sociedade. Nos rostos dos heróis do cinema ou das pessoas privadas, confeccionados segundo o modelo das capas de revistas, dissipa-se uma aparência na qual, de resto, ninguém mais acredita, e o amor por esses modelos de heróis nutre-se da

secreta satisfação de estar afinal dispensado de esforço da individuação pelo esforço (mais penoso, é verdade) da imitação. (ADORNO e HORKHEIMER, 1997, p.73).

O maltratar da individualidade a que os autores se referem é uma das formas de sucesso da indústria cultural na manipulação dos sentimentos de cada um. Ao assistirem as produções culturais, os indivíduos se deparam com a fragilidade da sociedade que se estabelece nas relações sociais frouxas. Admiram os heróis que intimamente percebem falsos e inatingíveis.

Sendo assim, é na imitação que se acomodam os indivíduos que renunciam ao esforço da individuação, menos por vontade própria de desistir, mais pela vontade corrompida e enfraquecida pela mercadorização da vida. Essa imitação permite que o indivíduo vá construindo para si uma forma de identificação, em uma acomodação que não exige esforço de reflexão, discernimento e resistência, típicos da individuação.

Acomodação favorecida por aqueles que detêm os meios de gerir o capital, e para os quais é desejável que os sujeitos sejam passivos e conduzíveis em suas iniciativas e desejos, que sejam sujeitos menos aptos à realização de críticas e reflexões, pois afinal, “para quê?”, isso “não dá dinheiro”. É nessa falta de consciência, pela falta de estímulo ao esforço, pela falta de esforço do próprio ego em realizar-se que a subjetividade se esvazia.

Se tomarmos a subjetividade como uma realidade psíquica, cognitiva e emocional do ser humano, como o exercício de ser e tornar-se sujeito, tanto em relação ao outro, como também ao objeto, temos a existência de um mundo interno que se expressa na objetividade. Sujeito que age e interage com o mundo natural e material, no qual exerce influência e que também é afetado por este mundo externo. Esse sujeito que se reconhece como tal na existência do outro, torna-se também um ser social.

Para Adorno (1995c) o sujeito não antecede a sociedade, nem tampouco o objeto: “O indivíduo particular deve ao universal a possibilidade de sua existência; o pensar dá testemunho disso, ele que, por sua parte, é uma condição universal e, portanto, social.” Para Adorno, o sujeito é tanto sujeito, como, enquanto sujeito, também é objeto de sua consciência, tendo sua existência possível na experiência e reconhecimento de si na existência do outro.

Maar (2006, p. 134) fazendo referência à obra de Adorno, “Educação e Emancipação”, expressa o que caracteriza a consciência:

O que caracteriza propriamente a consciência é o *pensar em relação à realidade, ao conteúdo: a relação entre as formas e estruturas do pensamento do sujeito e aquilo que este não é*. Este sentido mais profundo de consciência ou faculdade de pensar não é apenas o desenvolvimento lógico formal, mas ele corresponde literalmente à capacidade de fazer experiências. (MAAR, 2006, p. 134).

Nesse sentido, Maar analisa que, para Adorno, o “objetivo fundamental do pensamento seria justamente apresentar o que é este algo, o objeto.” (p.134). Continua o autor interpretando que Adorno, em sua obra, contesta o primado do objeto, como tal é colocado no materialismo, e contesta também a ideia de fixar conceitos, fazendo uma crítica ao pensamento dialético que se pauta no idealismo e que fica sem ir adiante, sem criticar-se a si mesmo. Adorno propõe que o pensamento deve “ir além de si mesmo. Assim o conceito que é dado, já conteria em si o conceito do ir além de si.” (ADORNO, *apud* MAAR, 2006, p. 135).

De acordo com Maar (2006), na obra de Adorno, o primado do objeto “resulta da crítica aos pressupostos idealistas que, ao se manterem presentes na dialética, anulam o materialismo” (p.134). Conforme o autor, a intenção de Adorno era demonstrar a não supremacia do sujeito sobre a constituição do objeto, como é apresentado no pensamento a partir de Kant. Assim, Adorno teria concebido a tese do “Primado do objeto” com o intuito de determinar a própria objetividade do sujeito:

Primado do objeto quer dizer que o sujeito é por sua vez objeto num outro sentido, mais radical do que objeto, porque não pode ser conhecido senão mediante a consciência, também é sujeito. O que se conhece mediante a consciência precisa ser algo, a mediação remete ao mediatizado (...). A objetividade pode ser pensada potencialmente, embora não atualmente, sem sujeito; mas o mesmo não ocorre com a subjetividade e o objeto. (...) Se o sujeito não é algo – e “algo” designa um momento objetivo irreduzível – então não é nada; até enquanto 'actus purus' necessita a referência a um agente. O primado do objeto é a 'intentio obliqua' da 'intentio obliqua' e não a requestrada 'intentio recta'; o corretivo da redução subjetiva e não o renegar de uma participação subjetiva. Também o objeto é mediatizado, mas não conforme o próprio conceito de modo tal que remete tanto ao sujeito como o sujeito remete à objetividade. (ADORNO, *apud* MAAR, 2006, p. 139).

Conforme o autor, a ideia de Adorno é criticar a dialética idealista no que seria a “razão instrumental”, pois para Adorno pensar, é sempre pensar algo. Para compreender essa ideia pode-se retomar “Educação para quê?”, em que se tem uma referência do que ele entende por consciência, como o ato de pensar:

[...] aquilo que caracteriza propriamente a consciência é o pensar em relação à realidade, ao conteúdo — a relação entre as formas e estruturas de pensamento do sujeito e aquilo que este não é. Este sentido mais profundo de consciência ou faculdade de pensar não é apenas o desenvolvimento lógico formal, mas ele corresponde literalmente à capacidade de fazer experiências. Eu diria que pensar é o mesmo que fazer experiências intelectuais. (ADORNO, 1995a, p. 151).

Nessa direção, o exercício da dialética é fundamental, inclusive no sentido de criticar a si mesmo. E, em sua crítica às teorias de pensamento vigentes em sua época, ele indica que o conceito de dialética tem sido utilizado de forma idealista. Para Adorno, é importante que o pensamento evite o conceito que se encerra em si mesmo, no sentido de fechar-se, tirando a possibilidade de desenvolvimento e análise crítica da própria ideia, não permitindo que vá “além de si”. Sendo assim, o que se encontra na teoria crítica são referências e reflexões ao exercício da subjetividade, sem com isso encerrá-la em um conceito definido ou definitivo.

Se a subjetividade for encerrada em um conceito, este ato por si negaria a própria subjetividade como exercício do sujeito livre, capaz de superar a barbárie. Sujeito que aprende a pensar, a discernir. Se a subjetividade é negada ela volta como barbárie, o sujeito que se vê ameaçado em sua liberdade passa a ameaçar.

Para Adorno e Horkheimer (1997), o eu faz um esforço de existência desde o início da história humana. Eles recorrem ao mito de Ulisses para demonstrar o esforço de existência, o medo da própria morte diante do desastre eminente de quem ouve “o canto das sereias”, de sua poderosa sedução a quem ninguém pode escapar:

A humanidade teve que se submeter a terríveis provações até que se formasse o eu, o caráter idêntico, determinado e viril do homem, e toda infância ainda é de certa forma a repetição disso. O esforço para manter a coesão do ego marca-o em todas as suas fases, e a tentação de perdê-lo jamais deixou de acompanhar a determinação cega de conservá-lo. A embriaguez narcótica, que expia com um sono parecido à morte a euforia na qual o eu está suspenso, é uma das mais antigas cerimônias sociais mediadoras entre a autoconservação e a autodestruição, uma tentativa do

eu de sobreviver a si mesmo. O medo de perder o eu e o de suprimir com o eu o limite entre si mesmo e a outra vida, o temor da morte e da destruição, está irmanado a uma promessa de felicidade, que ameaçava a cada instante a civilização. O caminho da civilização era o da obediência e do trabalho, sobre o qual a satisfação não brilha senão como mera aparência, como beleza destituída de poder. O pensamento de Ulisses, igualmente hostil à sua própria morte e à sua própria felicidade, sabe disso. (ADORNO e HORKHEIMER, 1997, p.18).

A forma que Ulisses encontra para não ceder à sedução do concerto é não ouvi-lo. Sendo assim dá ordem a sua tripulação para que tampem os ouvidos e remem sem parar, enquanto ele se amarra ao mastro, tornando-se espectador e ouvinte, mas impotente, apenas contemplativo; já que ninguém pode ouvi-lo, apenas o veem balançar a cabeça:

Ele escuta, mas amarrado impotente ao mastro, e quanto maior se torna a sedução, tanto mais fortemente ele se deixa atar, exatamente como, muito depois, os burgueses, que recusavam a si mesmos a felicidade com tanto maior obstinação quanto mais acessível ela se tornava com o aumento de seu poderio. O que ele escuta não tem consequências para ele, a única coisa que consegue fazer é acenar com a cabeça para que o desatem; mas é tarde demais, os companheiros – que nada escutam – só sabem do perigo da canção, não de sua beleza – e o deixam no mastro para salvar a ele e a si mesmos. Eles reproduzem a vida do opressor juntamente com a própria vida, e aquele não consegue mais escapar a seu papel social. Os laços com que irrevogavelmente se atou à práxis mantêm ao mesmo tempo as Sereias afastadas da práxis: sua sedução transforma-se, neutralizada num mero objeto da contemplação, em arte. (ADORNO e HORKHEIMER, 1997, p.18-19).

Com sua decisão Ulisses torna-se o senhor, e seus companheiros, os servos que trabalham para ele, mas tanto uns quanto outros se encontram dominados pela mesma práxis. Embora na mesma situação e contexto, os sujeitos assumiram diferentes lugares nessa história, assim como acontece também na sociedade.

A subjetividade do indivíduo vai se construindo e se revelando nas formas que encontra de se expressar, de se apresentar ao mundo, de acordo com o espaço de existência que lhe é dado ou conquistado pelo próprio esforço, em que o exercício da consciência, também exerce influência determinante. A identidade pode ser entendida como a forma ou formas de um indivíduo mostrar-se para o mundo do qual faz parte. Mas não é tão simples assim. Recorrendo a alguns autores, discorre-se sobre o tema na sequência.

O tema identidade é complexo. Na tentativa de abarcar algo de sua amplitude serão adotadas concepções que contemplem os aspectos psicológicos, históricos e sociológicos de identidade. Para tanto, se recorreu aos autores: Ciampa (1977 e 2011) por sua visão social de sujeito, embasada na psicologia social, Erikson (1976) com sua visão na perspectiva da psicologia e Bauman (2005) com sua abordagem sociológica. Por fim, tem-se a visão de personalidade de acordo com Adorno (1995b), que contribui com a abordagem. Importante destacar que o ponto central da abordagem é a concepção social de sujeito.

Para Ciampa (2011), a identidade é analisada como um processo dialético, que se processa na interação social, implicando atividade e consciência. Identidade que se dá como desenvolvimento e passa por mudanças. É uma metamorfose em que vão surgindo personagens, sempre em movimento. A identidade não é estática, vai sendo revelada em personagens, que vão se transformando e gerando a metamorfose, como um processo que não termina, não se esgota — é permanente.

Ciampa (2011, p. 139) em sua análise aborda a identidade como uma das “três categorias fundamentais para a psicologia social estudar o homem”, sendo as outras duas: consciência e atividade. Ao analisar uma é preciso recorrer às outras. Para o autor, a identidade inicialmente “assume a forma de um nome próprio” e vai adotando outras formas, em que a atividade que o sujeito exerce é acoplada ao nome como forma de identificação. A identidade, que se inicia pelo nome próprio vai “adotando formas de predicções, como papéis, especialmente.” (p. 139) Mas, para o autor, mais do que os papéis é a forma personagem que expressa melhor de que se trata. É a personagem que se dá a conhecer, que fala mais plenamente de um indivíduo. A personagem implica um conjunto em que a atividade é parte constituinte.

Nas palavras de Ciampa (2011, p.167): “Dizer que identidade é um fenômeno social é óbvio e aceitável por quase toda a gente.”. No movimento e na interação vão tomando forma as identidades.

Afirmção semelhante, que já havia feito em sua dissertação de mestrado, quando indica que:

O conceito de identidade social, designando um fenômeno constituído na dialética entre indivíduo e sociedade, deve ser considerado como um conceito central em Psicologia Social, pois melhor que qualquer outro,

permite uma adequada compreensão daquela relação entre indivíduo e sociedade (CIAMPA, 1977, p.137).

Ciampa (1977) considera fundamental que seja abandonada a ideia mecanicista de identidade, como uma entidade reflexa, em uma “concepção de uma ‘natureza humana’ como algo dado, entendendo-se o homem como um ser que produz a si mesmo.” (p.137) Continua o autor discorrendo que essa auto produção é:

[...] sempre e necessariamente um empreendimento social, que se dá de dentro de um mundo cuja autoria pertence ao próprio homem. Daí o homem ser produtor e ao mesmo tempo produto da sociedade, ou seja, a realidade por ele criada adquire o poder de configurar o indivíduo. (CIAMPA, 1977, p.137).

Essa visão de homem, que cria e é criado pela sociedade, feita por Ciampa, está em consonância com a ideia de sujeito de Adorno e para qual ele alerta no sentido do resultado que o sistema capitalista, criado por homens, exerce sobre os mesmos homens, em que todos estão submetidos à lógica do capital, sem distinção de classes.

Esta ideia fica mais clara na análise que Ciampa (2011) faz quanto a forma de se colocar o que seja identidade. Diz o autor: “temos que considerar a estrutura social e o tempo histórico.” (p. 181) É na historicidade que podemos compreender a identidade como o processo que se desenvolve. O autor faz uma análise da historicidade da personagem, como atividade que representa os indivíduos. O homem reflete-se nos seus predicados por não poder constituir-se como sujeito. Nesse sentido o autor pondera que se vive a época do capitalismo em que “o capital é o sujeito” sendo o operário e o capitalista os suportes deste capital, pois são quem sustenta o dinheiro e a mercadoria, “inclusive a força de trabalho.” (p.183) O que afeta sobremaneira a constituição de um sujeito livre e consciente.

Para o autor, identidade, consciência e atividade, como já indicado, são fundamentais para estudar o homem. Importante que se considere a presença das três, não como justapostas, mas formando uma unidade. Unidade essa que encontra expressão na materialidade, como possibilidade realizada.

Para Ciampa (2011), a identidade se dá como metamorfose, na morte de uma identidade e no nascimento de outra com a qual a pessoa passa a identificar-se. E “a metamorfose não se dá apenas em um momento isolado, mas ela se afirma em

certos momentos biográficos” (p.146), pois a realidade é sempre movimento, é dinâmica, não é um processo estático.

Nessa relação com o mundo, de acordo com Ciampa, a subjetividade é a expressão de sentimentos, de desejos, da visão e compreensão que tem da realidade e a objetividade é como põe em prática os projetos delineados, almejados. Para o autor existe uma unidade entre a subjetividade e a objetividade. “Sem essa unidade, a subjetividade é desejo que não se concretiza, e a objetividade é finalidade sem realização.” (p.151). Tornar-se sujeito implica relacionar desejo e finalidade, transformando a si e ao mundo pela atividade e com isso construindo sua identidade, e dessa forma aproximando-se “da identidade metamorfose, como a unidade da atividade, da consciência e da identidade.” (p.151).

De acordo com Ciampa (2011), as determinações que o homem usa para apresentar-se para os outros, para a sociedade, nada mais são do que representações de si mesmo. O homem reflete-se nos seus predicados. A representação é o desempenho de papéis decorrentes de sua posição, os papéis ocultam outras partes do ser. A representação acaba por negar o sujeito, que se presentifica pela personagem ou personagens que vão sendo construídas. De acordo com o autor:

Desempenhando sucessivamente o mesmo papel, estamos representando, como representação de nós mesmos e como representação (dramatúrgica) de um papel, assim como estamos representando — re(a)presentação — quando repomos no presente o que é pressuposto como nossa identidade. (CIAMPA, 2011, p.185).

Desse modo, nos diz o autor, a identidade assume um aspecto atemporal, ficando oculto seu verdadeiro caráter de sucessão, de metamorfose, de movimento, gerando uma identidade-mito, “comandada pelo fetiche de uma personagem, com a qual nos identificamos (e somos identificados) e que nos coisifica.” (p.186) Processo que impede a transformação, mas que, apesar disso, embora não seja perceptível, continua ocorrendo, mesmo ocultamente, no vir a ser do homem como sujeito.

Ciampa (2011, p.219) indica que “o homem é um ator — e não um marionete —, ator que [...] é particularmente ativo e solidário [...]” O homem como cocriador de uma realidade coletiva em que constrói suas personagens “que vão se construindo umas as outras,” e constituindo um universo de significados que constitui a cada um.

Em sua qualidade de ator é capaz de alterar sua condição e não ficar reduzido à mera reprodutibilidade.

Ciampa (2011) aborda o tema da identidade como metamorfose de muitas personagens que se modificam e vão se apresentando em momentos diferentes, em que morrendo uma identidade nasce outra. O autor fala de metamorfose da identidade, não de uma identidade fixa. Embora haja uma tendência ainda de cada um se apresentar e reapresentar do mesmo modo, tendendo a imutabilidade, a transformação ocorre, mesmo que ocultamente.

Erikson (1976) também defende que a identidade é um processo constante, pessoal e também histórico e não algo definido e imutável. O autor indica que o processo de constituição da identidade não se dá por encerrado em algum momento, ele permanece com o indivíduo por toda a sua vida.

Erikson (1976) descreve um processo em que o indivíduo tem uma identidade fruto de duas identidades, uma localizada em seu âmago e outra resultante de sua cultura coletiva. Esse processo envolve reflexão e observação simultâneas, em todos os níveis de seu funcionamento mental. Nesse processo o indivíduo tenta perceber como os outros o julgam, como ele percebe a si mesmo em comparação aos demais e com os tipos que têm importância para ele. Este processo está sempre mudando em um sentido de transformação:

[...] é um processo de crescente diferenciação e torna-se ainda mais abrangente à medida que o indivíduo vai ganhando cada vez maior consciência de um círculo, em constante ampliação, de outros que são significativos para ele — desde a pessoa materna até a humanidade. (ERIKSON, 1976, p. 21).

Para o autor, a identidade nunca é estabelecida como algo final, duradouro, mas uma constante que já se iniciou no nascimento, continuará ao longo da vida do indivíduo e que se dá em perspectiva histórica, em que a cultura é fator relevante. É a interação entre o indivíduo e o meio social, em qualquer cultura, que produz a personalidade humana.

Na contemporaneidade, as mudanças institucionais e estruturais decorrentes da globalização e da flexibilização do capital vêm provocando mudanças culturais em que vários valores contraditórios coexistem e se fragmentam. Nesse contexto em que valores e significados da cultura estão em fragmentação, o sujeito que antes era

tido como tendo uma identidade única, também está se tornando fragmentado. É o que alega Bauman (2005).

Bauman (2005) aborda as identidades, do ponto de vista sociológico, como as muitas formas de se apresentar perante o mundo, com a diferença de que em vez de metamorfose de uma em outra, as várias identidades atuam simultaneamente, de acordo com os papéis que são exigidos pela atividade na contemporaneidade. As identidades seriam os papéis de tal forma personificados que se confundiriam com o eu do indivíduo. Atribui esse fenômeno à fragmentação da realidade que ocorre na contemporaneidade, como será retomado mais adiante.

Para Bauman (2005) buscar a identidade é algo em que as pessoas se lançam como numa missão que não conseguirão completar e:

em busca de identidade se vêm invariavelmente diante da tarefa intimidadora de “alcançar o impossível”: essa expressão genérica implica como se sabe tarefas que não podem ser realizadas no tempo real, mas que serão presumivelmente realizadas na plenitude do tempo — na infinitude... (BAUMAN, 2005, p. 16-17).

De acordo com Bauman (2005), a questão da identidade não ocupava papel de destaque ou centralidade nas preocupações daqueles que ele chamou de “pais espirituais da sociologia, sejam eles Weber ou Durkheim, ou mesmo Simmel”. (p. 22) O autor supõe que eles teriam considerado “a súbita centralidade do problema da identidade, tanto nos debates intelectuais quanto na consciência comum, um dilema sociológico dos mais intrigantes.” (p. 22), pois tanto a ideia de identidade como de identidade nacional para o autor, “não foi naturalmente gestada e incubada na experiência humana” (p. 26), não é evidente por si mesma. Ela ingressou na vida das pessoas como “tarefa ainda não realizada, incompleta”, foi o surgimento do estado moderno que fez com que essa tarefa se tornasse uma obrigação.

Na contemporaneidade, as identidades estão liberadas de seu compromisso com a nação e cada um, supostamente de forma livre, a busca conforme seus anseios e necessidades. Para Bauman (2005, p.35) o “anseio por identidade vem do desejo de segurança, ele próprio um sentimento ambíguo.” Em uma época que o autor chama de líquido-moderna, em que o indivíduo é flutuante, desimpedido, estar fixo em uma personalidade inflexível “é algo malvisto”. Mas o indivíduo sente a necessidade de segurança em torno de um eixo identificável e reconhecível para si

mesmo, apesar de toda a fragmentação a que está submetido. E sente a necessidade de adaptação em um mundo que se transforma rapidamente.

Se por um lado, a identidade pode se tornar algo semelhante a uma máscara que o indivíduo porta conforme sua necessidade de fazer parte de algo, por outro, temos uma consideração de Adorno, que também se refere a comportamentos de adaptação, mas de outro modo. Como pode ser visto no que Adorno (1989) disse na introdução ao seu estudo sobre “A personalidade autoritária”, sobre o comportamento do indivíduo que conduz as pessoas a terem atitudes semelhantes entre si, induzidas pela ideologia do grupo do qual fazem parte ou querem fazer:

Outro aspecto da situação individual que devemos esperar afete a sua receptividade ideológica é sua pertença aos grupos sociais, sejam ocupacionais, fraternais, religiosos e assemelhados. Devido a razões históricas e sociológicas, esses grupos favorecem e sancionam, oficial ou não-oficialmente, diferentes padrões de pensamento. Existe razão para acreditar que os indivíduos, em meio as suas necessidades de se ajustar, relacionar e crer através de expedientes como imitação e condicionamento, assumem as opiniões, atitudes e valores mais ou menos prontas e que caracterizam os grupos a que pertencem. (ADORNO, 1989).

Novamente temos a questão da imitação, já indicada por Adorno e Horkheimer (1997), como forma de adaptação, e de negação da subjetividade. Nesse caso a imitação influencia a todos do grupo em que está instalada a personalidade autoritária, como Adorno a denomina, e influencia também aos que pretendem ingressar nesse grupo.

A questão da autoridade médica já foi apresentada no capítulo I como algo que nem sempre existiu e que passou por várias etapas para que se constituísse no século XIX e permanecesse como tal, até os tempos atuais. Essa autoridade reconhecida como detentora do saber sobre o que é melhor para cada indivíduo e para a família, de forma que abrange mais do que a saúde e engloba também os comportamentos, a moral e as emoções, substituiu outra autoridade até então muito forte que era a do padre-conselheiro. Seu estatuto de ter acesso à intimidade do corpo e da alma lhe confere um poder que, aliado ao seu conhecimento, remete ao poder do portador da verdade sobre a vida e a morte. Este antecede a pessoa, como uma aura que envolve cada participante deste grupo a despeito de tudo o que na contemporaneidade possa estar sendo questionado quanto à atuação médica.

Vive-se a demanda informações-solicitações, já aludida anteriormente. Junto, subjaz a promessa sempre presente da igualdade de oportunidades para todos, e também a ilusão de liberdade de escolhas. Acompanhando tudo isso, existe a constância do discurso político que apregoa a sociedade provendo e sendo provida de forma fraterna, solidária, pelas campanhas de auxílio ao desenvolvimento e qualificação. Campanhas que de forma orquestrada e intencional inflam cada indivíduo em busca de uma melhor colocação no mercado de trabalho para com isso atender à demanda de melhor posição social e maior aquisição de bens de consumo.

Nesse contexto, e de acordo com a visão de Adorno (1995b), o eu cada vez mais distante daquilo que poderia fortalecê-lo anímica e espiritualmente, como as vivências autênticas e com profundidade, sonha em ser uma ‘personalidade’, alguém de destaque.

A personalidade se destaca na estrutura psíquica do sujeito e passa a ocupar um espaço interno maior e se confunde com o ego menos estruturado e enfraquecido. O sujeito passa a ser uma projeção de si mesmo e se torna naquilo que acredita ser importante no mundo em que vive – a personalidade.

Adorno (1995b), em seu texto “Glosa sobre a personalidade”, traz uma análise do termo personalidade e alguns significados atrelados a ele. Comenta sobre a aversão que o termo lhe causava, como também provavelmente a outros intelectuais de sua geração. Personalidades eram pessoas que se destacavam por meio de aparatos oficiais, ostentando faixas e condecorações. Sendo assim, a palavra personalidade “tinha a conotação de dar-se importância, de presunção, de arrogar-se grandeza.” (p.62) A respeito dessas pessoas, ele disse:

Conseguiam que seu prestígio social, exterior, fosse inscrito sobre suas pessoas, como se o haver triunfado nesse mundo o justificasse e seu êxito devesse estar necessariamente em consonância com seu verdadeiro modo de ser, quando, pelo contrário, aquele desperta desconfiança contra este. (ADORNO, 1995b, p.62).

Contra essa assimilação feita entre pessoa e personalidade, Adorno (1995b, p. 63), afirma: “Pessoa e personalidade não são a mesma coisa.” E recorrendo ao conceito kantiano, desenvolve a ideia de que o que deveria ser alvo de veneração e respeito em cada indivíduo, e que foi usurpado pelas personalidades, seria o princípio geral, universal, pertencente ao mundo espiritual e inteligível, como a

liberdade ética. A pessoa *tem* uma personalidade, diferentemente de *ser* uma personalidade.

Adorno (1995b) aborda que, com o crescente individualismo burguês, o conceito kantiano foi rebaixado a uma condição pela qual as pessoas se definem menos pela dignidade e mais pelo preço:

Ao invés de se ter uma personalidade, como estava subjacente ao sentido kantiano, se é uma; em lugar do caráter inteligível, da melhor possibilidade em cada homem, põe-se o caráter empírico, o homem tal como está cunhado, tornando-o um fetiche. (ADORNO, 1995b, p.64 – grifo nosso).

Em sua análise, Adorno (1995b, p.64) afirma que “o critério de personalidade é, em geral, poder e a força; domínio sobre pessoas [...]”. Não importando se esses: poder, domínio etc., sejam conquistados graças a uma posição social, a uma conduta ou magnetismo pessoal. A ideia de pessoa forte está associada ao termo personalidade, mas trata-se de uma força para submeter os outros, não de uma qualidade ou virtude de caráter. Já não importa que a pessoa seja diferenciada como importante, produtiva, rica em si mesma, importa que seja capaz de suggestionar, de conseguir o que quer manipulando ou de forma brutal.

Adorno (1995b, p. 65) continua discorrendo que “a pessoa correta é aquela que se conforma à sociedade [...]”. Aquele que não se adapta, que resiste aos mecanismos, que não procura sua preservação é visto como alguém fraco.

O que o autor considera é que o espaço social, que antes permitia que uma personalidade se desenvolvesse, mesmo que no sentido que ele critica de soberania, já não existe mais. A sociedade atual conforma a pessoa aos seus interesses de tal maneira que se deu um vazio no que supostamente seriam a consciência e a liberdade do sujeito, que deixam de existir dando lugar apenas à sua imagem desprovida de conteúdo. Nas palavras de Adorno,

O impedimento de formação do Eu ou, com mais clareza ainda, a tendência da sociedade que se forma a si mesma parecem constituir algo mais elevado, mais digno de promoção. Sacrifica-se o momento da autonomia, da liberdade, da resistência, momento que em outros tempos, embora corrompido pela ideologia, repercutia no ideal de personalidade. O conceito de personalidade não é redimível. No entanto, na fase de sua liquidação, haveria nele algo que convém conservar: a força do indivíduo, o potencial para não identificar-se cegamente com isso. [...] A força do Eu, que ameaça perder-se e que, antes caricaturizada como autocracia, continha-se no ideal

de personalidade, é a força da consciência, da racionalidade. (ADORNO, 1995b, p.68).

A personalidade forte atribuída ao médico, a sua autoridade, pode estar se descaracterizando na contemporaneidade e perdendo seu *status* de soberania, por todas as mudanças que vêm sendo efetuadas na sociedade e mesmo no âmbito da formação. Estão sendo requeridos, professores e discentes, quanto a competências e habilidades com as quais antes não precisavam se atentar. Uma vez perdida essa característica, o que resta ao indivíduo é a força do Eu que se manifesta pelo ato da consciência.

O que Adorno espera que seja preservada é a força do Eu como indivíduo que não se identifica com uma caricatura de si mesmo. O autor comenta que o que está sendo perdido é a força da consciência, da racionalidade como características do sujeito.

Adorno (1995b) traz a ideia de personalidade como uma consciência de si mesmo, em que o sujeito chega até ele mesmo, não por uma atenção narcisista de si mesmo, mas pela renúncia de si e pela “dedicação ao outro”. (p. 67) É no outro que o sujeito reconhece a si mesmo e se constitui, é no mundo que ele percebe as características que são suas e são do outro. Desde que no mundo exista um espaço em que o outro seja considerado igual a si.

Em uma realidade em que o outro deve ser dominado, ele não é igual. O indivíduo perde a referência do que é humanidade em si e nos outros. Mas permanece na ilusão de igualdade de direitos e condições, sonhando em ser a celebridade que cultua no cinema. Continua sendo a pessoa “correta”, adaptada ao que é esperado dela, dominada por personalidades que nem em sonho imagina existirem, pois que estas se escondem atrás dos jogos que manipulam as vontades das massas. O sujeito continua atuando e interagindo em grupos, sendo solicitado a cooperar ao mesmo tempo em que é estimulado a projetar-se sobre os demais, sob o discurso da fraternidade é levado a proteger-se dos outros pela necessidade da competição. Esse sujeito contemporâneo, em especial o jovem, precisa aprender a lidar com toda essa ambiguidade em sua formação.

Sobre a formação do sujeito, considerando que este é um processo para toda a vida, visto que o desenvolvimento não é algo que se constitui em fato dado, mas sim um movimento contínuo, entende-se que esta se constitui em algo que se inicia

na família e se estende para todos os demais grupos, compreendendo as diferentes formas de aprendizagem e experiências no curso da vida do indivíduo.

2.3. FORMAÇÃO

Formação é um termo que remete à educação, que por sua vez lembra escolarização. Importante destacar que não são sinônimos. A formação é um conceito mais abrangente do que o de escolarização, pode-se dizer que a formação contempla as dimensões antropológica, histórica, gnosiológica e ontológica de uma forma específica de práxis e também é uma prática que visa os aspectos utilitaristas e produtivistas da sociedade por meio da escolarização. (ROGGERO, 2011)²⁰.

Para Adorno (1979), a educação precisa possibilitar ao sujeito que vá além de sua individualidade e possa perceber o todo social, que seu espírito se desenvolva deixando para trás a trivialidade cotidiana, que sua linguagem seja expressão do espírito, não apenas códigos de comunicação prática.

A sociedade burguesa, diz Adorno (1979), transformou a educação, ou melhor, os restos da formação, o que sobrou dela depois das reformas, em sinônimo de *status*, como emblemas de diferenciação numa concepção de que “ter educação” é ser diferente. A educação é transformada em mercadoria, deixando de ser formação para ser pseudoformação. O indivíduo tendo seu espírito impregnado pelo fetichismo da mercadoria resulta no que Adorno disse: “a pseudocultura é o espírito tomado pelo caráter fetichista da mercadoria.” (p. 101).

Adorno (1979) considera, também, que as reformas educacionais eram necessárias, mas incorreram em um erro, ao desfazer-se da autoridade antiquada que era exercida anteriormente, junto com ela se foram os estímulos ao aprofundamento espiritual, enfraqueceram a dedicação e o espírito que eram movidos pelo anseio e amor à liberdade. Diante da ilusão de liberdade na ausência da autoridade autoritária, sem opositor que provoque à luta, enfraqueceram-se os espíritos, embora não se recomende reativar opressões “por amor à liberdade” (p. 98), mas até hoje esta não foi conquistada.

²⁰ Anotações feitas em aula, ministrada pela prof^a. Rosemary Roggero, da disciplina Instituições, Organização e Práticas Escolares, PPGE-UNINOVE, outubro/2011.

Em seu diálogo com Becker, em “Educação para quê?” Adorno (1995a) pondera que o importante ao fazer-se essa pergunta não se trata de discutir se ela é ou não necessária, mas sim “para onde a educação deve conduzir?” (p.139), ‘qual é o objetivo da educação?’, pergunta o autor.

Continua Adorno (1995a) a discorrer sobre a educação com vistas “a produção de uma consciência verdadeira” (p. 141), sem que seja uma mera modelagem de pessoas ou simples transmissão de conhecimentos. Sua importância ao promover a consciência atende uma exigência política no exercício de uma “democracia efetiva” (p. 142) realizada por pessoas emancipadas. Talvez por isso a expressão *verdadeira*, no sentido de *consciência* plena para o exercício político de pessoas em uma sociedade emancipada, de fato.

Ao que Becker (*apud* Adorno, 1995a, p. 142) retruca alegando que “a juventude não deseja uma consciência crítica [...] a juventude quer modelos ideais” — sendo que a ideia de modelos ideais não pode ser superada simplesmente pela oferta de ideais. Assim, o autor refere que para lidar com essa demanda é necessário que: “o princípio do esclarecimento, da consciência, seja aplicado na prática educacional em relação a esta idade²¹”, pois junto à mania por modelos há também uma busca de esclarecimento.

Quem busca uma formação para trabalho como o caso da Medicina, busca mais do que modelos, pois estes, embora importantes, não serão suficientes para dar conta de suas futuras atividades.

Adorno pondera sobre a noção de emancipação dialética que implica na conscientização, mas não exclui a racionalidade. Defende que são simultâneas, bem como a necessidade de adaptação: “A educação seria impotente e ideológica se ignorasse o objetivo de adaptação e não preparasse os homens para se orientarem no mundo.” (p. 143) Por outro lado, a educação seria questionável se ficasse apenas nisso, em produzir pessoas bem ajustadas.

Uma das formas de se orientar no mundo é formar-se para o trabalho, e trabalhar propriamente. De acordo com Roggero (2007, p. 66) a “formação e o trabalho se constituem nas relações sociais”. Partindo de que a educação prepara

²¹ Idade aqui se refere ao período da adolescência, ainda que o autor faça uma observação de que esse período, para alguns, possa se prolongar por toda a vida, referindo-se aos adultos que se mantêm sempre adolescentes: “Período da adolescência, em seu sentido amplo —, e o senhor sabe que existem pessoas em que esse período se prolonga por toda a vida”. (Becker, *apud* Adorno, 1995b, p.142)

para o trabalho, e contém em si mesma a prática de um trabalho, que é o trabalho didático, pode-se pensar sobre suas repercussões na formação dos alunos.

Para Alves (2007) há que ser levada em conta a forma histórica de organização do trabalho didático em que estão envolvidos três aspectos, quais sejam, relação educativa, recursos didáticos e espaço físico:

a) ela é, sempre, uma *relação educativa* que coloca, frente a frente, uma *forma histórica de educador*, de um lado, e uma *forma histórica de educando(s)*, de outro;

b) realiza-se com a *mediação* de recursos didáticos, envolvendo os procedimentos técnico-pedagógicos do educador, as tecnologias educacionais pertinentes e os conteúdos programados para servir ao processo de transmissão do conhecimento,

c) e implica um *espaço físico* com características peculiares, onde ocorre.
(ALVES, *apud* ALVES 2007, p.257).

Cada época tem sua forma histórica de educador e de educando produzida conforme as suas características sociais, econômicas e políticas. Assim também é com os recursos didáticos existentes e disponíveis e com o espaço físico da sala de aula.

Ao realizar a pesquisa histórica do desenvolvimento da Medicina, o que se pretendeu foi identificar as mudanças pelas quais a formação passou ao longo de seu desenvolvimento. Há mudanças recentes, provocadas pelas DCN, que afetam o processo de ensino e aprendizagem e com isso, afetam professores e estudantes. Outra fonte de influências sobre o processo é o fato de que esses professores são, em geral, médicos atuantes. Suas práticas profissionais e como conduzem suas relações, no e de trabalho, permeiam o exercício do ensino da Medicina.

Os alunos, diante dessas influências, atribuem aos professores a responsabilidade do conhecimento. Os professores são reconhecidos como as autoridades em saber médico. Esse currículo oculto exerce influência sobre o modo de o estudante encarar o exercício da profissão, passando de uma visão mais humanista para uma tecnicista, em que a escolha da especialização é fundamental para situar-se no mercado profissional. Nas palavras de Arcoverde (2004, p.6):

No meio social onde ocorre o processo de ensino aprendizagem, os modelos de atuação médica vão sendo assimilados. Neste currículo oculto, o aluno de medicina mostra uma evolução de uma representação idealista

da profissão médica, intrinsecamente humanista, para uma representação tecnicista-cientificista, voltada para uma atuação profissional especializada.

Se por um lado, tem-se a preocupação com a escolha da especialização de forma precoce, como alude Arcoverde (2004), os estudantes nem bem terminaram a graduação e já estão voltados para a escolha da residência médica. Por outro lado, tem-se que existe uma resistência ao uso de novas tecnologias por parte dos professores.

Conforme Alves (2007), as novas tecnologias são pensadas como algo que acrescenta no trabalho didático, sem que haja uma reflexão sobre como provocarão mudanças tanto na forma de ensinar, como na relação entre professor e aluno. Também é importante se considerar que há professores formados em outras gerações que têm dificuldade de assimilar as mudanças tecnológicas e incorporá-las à sua prática educativa. Mesmo entre os mais jovens há aqueles que, por um motivo ou outro, não as assimilam e acabam por fazer um uso inadequado, sem explorar toda a capacidade dos recursos.

Atualmente, há recursos tecnológicos no ensino na área da Medicina que são considerados um avanço muito grande como, por exemplo, é o caso da educação por meio da Simulação Realística em Saúde²², como estratégia de treinamento.²³ Isso implica uma reformulação no ensino que passa pelos três aspectos mencionados anteriormente por Alves (2007), quais sejam: relação educativa, recursos didáticos e espaço físico. Os sujeitos da relação educativa, professor e estudante, são sujeitos históricos, vivem em suas épocas de acordo com seus contextos sociais. É comum nessa relação que o professor seja de gerações anteriores à do aluno. Some-se a isso o fato de as mudanças tecnológicas ocorrerem em uma velocidade muito grande, o que pode gerar dificuldades de aceitação no uso de novos recursos.

As práticas educativas e o conceito de qualidade de educação vêm sendo permeados pelas noções de competências, capital social, qualidade total,

²² O treinamento por simulação realística permite um ambiente participativo e de interatividade, utilizando cenários clínicos que replicam experiências da vida real. Para isso, são utilizados simuladores de realidade virtual de cirurgia, simuladores de paciente (robôs), manequins estáticos e atores. Os centros de simulação que abrigam esses recursos propiciam um ambiente semelhante a um hospital virtual e favorecem treinamentos práticos, o que resulta em melhor retenção da informação. (MIZOI, *et al*, 2007, p.100).

²³ Nesse trabalho não são analisadas as implicações da Simulação Realística no processo de ensino e aprendizagem, por não ser esse o foco da pesquisa; apenas é citada como uma nova ferramenta metodológica de ensino.

empregabilidade, empreendedorismo, participação, autonomia, no âmbito do denominado neoliberalismo. São os parâmetros colocados como atributos necessários para a formação de um bom profissional.

Para Paranhos (2010), a política educacional voltada para a Educação Profissional no Brasil está diretamente associada ao modo como o Brasil vem se inserindo no mercado internacional quanto à mundialização da produção, em um ajuste voltado para os “países em desenvolvimento”²⁴.

De acordo com Azevedo (2004, p.7), em um contexto composto por políticas neoliberais adotadas pelos governos, crises econômicas, sociais e ambientais agravadas, globalização dos mercados e “*débâcle* do socialismo real”, ganhou centralidade o debate sobre as políticas públicas. São essas políticas um elemento estrutural das economias de mercado.

Nesse contexto, as políticas educativas serão influenciadas em sua elaboração por soluções que permitam operacionalizar internamente o que é ditado pelo espaço global, os valores imbricados nas relações sociais, a prioridade que é dada à própria educação e às práticas nos sistemas de ensino ou nas escolas, sejam elas, como indica Azevedo (2004, p.XV), de “acomodação ou de resistência”, como pode ser visto nas DCN, que refletem o que têm ocorrido como necessidade de mudança na formação do profissional de Medicina, haja vista tendências que ocorrem na educação em todo o mundo. Por exemplo, quanto a uma nova forma de relação entre professor e aluno, que será mais detalhada no capítulo III.

Dessa forma, ao serem analisados os efeitos da formação sobre os indivíduos, é importante estar atento ao fato de que os aspectos citados tanto da prática como da práxis educativa estão presentes e não se excluem. Assim como estão presentes os valores de uma sociedade regida pelo sistema capitalista, com todas as implicações, já mencionadas neste texto, sobre o indivíduo. Sendo que este indivíduo está buscando eficácia e eficiência, como tantas outras competências e

²⁴ A ideia dos países em desenvolvimento vem sendo substituída pela dos BRICS. De acordo com Itamaraty (2011) a ideia dos BRICS — Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, foi formulada por Jim O’Neil, economista-chefe da Goldman Sachs, para identificar os países com índice de crescimento acelerado, em estudo de 2001, intitulado “Building Better Global Economic BRICS”. Fixou-se como categoria da análise nos meios econômico-financeiros, empresariais, acadêmicos e de comunicação. Em 2006, o conceito deu origem a um agrupamento, propriamente dito, incorporado à política externa de Brasil, Rússia, Índia e China. Em 2011, por ocasião da III Cúpula, a África do Sul passou a fazer parte do agrupamento, que adotou a sigla BRICS. <http://www.itamaraty.gov.br/temas/mecanismos-inter-regionais/agrupamento-bric>. Acesso em 24/05/2011. (BRASIL; ITAMARATY, 2011)

habilidades, para fazer frente a um mercado de trabalho, que o coisifica e desumaniza em prol do capital.

2.4. TRABALHO

Ao se abordarem temas como cultura, sociedade, subjetividade, formação, até agora apresentados neste texto, de uma ou outra forma, o tema trabalho foi sendo apresentado, em especial o trabalho na contemporaneidade com seus efeitos sobre os sujeitos. De acordo com a Teoria Crítica, trata-se de um exercício de reflexão, que pode ter como ponto de partida os aspectos históricos chegando até a contemporaneidade. E, uma vez nos tempos presentes, uma ponderação sobre as formas em que o trabalho se apresenta articulado ao sistema do capital, levando em conta um contexto em que a indústria e seus produtos, que regem os conceitos de mercadoria e emprego, *a priori*, cedem espaço ao setor de serviços que se expande e toma conta das relações internacionais.

Ao abordar a questão do “tempo livre”, Adorno (2011) sinaliza seu oposto, o tempo “que é preenchido pelo trabalho” (p.103) e discorre sobre a sociedade e as pessoas, que pouco têm de liberdade seja no trabalho, no tempo de não trabalho, ou mesmo em suas consciências.

Em suas considerações, o autor refere que a força do trabalho, que se tornou mercadoria, com isso coisificando o trabalho, teria como oposto da coisificação o *hobby*, o tempo livre. Mas não é o que acontece, pois as forças que organizam a vida social também são regidas pelo sistema do lucro, tornando também coisificado o tempo livre. Tanto que se fala em “negócios de tempo livre”, negócios de lazer. É a negação do ócio administrada pela indústria do entretenimento.

Continua o autor: “O tempo em que se está livre do trabalho, tem por função restaurar a força do trabalho, [...] exatamente porque é mero apêndice do trabalho.” (p.106) E as pessoas não percebem que a própria necessidade de liberdade é administrada, sendo que o comércio cria o desejo do que possuir, funcionaliza e reproduz em objetos, impondo o que elas devem querer. Por exemplo, o *camping* como uma atividade de lazer, de tempo livre, um movimento de jovens, já não é mais sair para “passar-a-noite-a-céu-aberto”, escapar de casa. Há toda uma indústria do *camping*, em que as pessoas precisam “comprar barracas e *motor-homes*, além de

uma série de utensílios auxiliares”. (p.108) Não há liberdade sequer de escolha, e as pessoas não percebem que não são livres, em meio a tantas ofertas.

Mas retomando o trabalho em perspectivas históricas, pode-se tomar a origem da palavra. Do latim vêm as palavras *tripalium* e labor; *tripalium* era um instrumento de tortura, o que acaba por associar o trabalho à ideia de sofrimento e castigo; já palavra labor²⁵ também está ligada a dor e esforço, mas sem a conotação de castigo de *tripalium*. Trabalho como labor designa as tarefas pesadas de manutenção da vida, tais como a lavoura, os cuidados com os animais (carga, transporte, corte etc.), com as tarefas domésticas, construção de casas, pontes etc.

Para Hanna Arendt (1993), o ser humano tem três atividades fundamentais que dizem respeito à sua condição humana de vida sobre a Terra e não pode prescindir de nenhuma. É o que a autora designou como *vita activa* em que estão compreendidos o labor, o trabalho e a ação. O labor seria responsável pela manutenção da vida biológica, a sobrevivência, a manutenção da espécie. Na análise da autora, a palavra labor também tem o significado de uma atividade que envolve as tarefas básicas da vida, como descrito acima. O trabalho seria o que o homem produz e com o que modifica o mundo natural, emprestando durabilidade e permanência ao caráter efêmero da vida temporal. Já a ação seria a atividade sem mediação da matéria, e que se estabelece na relação entre os seres humanos, criando os corpos políticos e a condição da lembrança e da história.

Do ponto de vista de Freud (2011), como já mencionado anteriormente, o impulso para o trabalho tem sua origem na sublimação de instintos primários. O instinto sublimado transforma-se em atividade produtiva, o sacrifício da satisfação sexual e a compulsão para o trabalho são formas de sublimação que diferenciam o homem civilizado do primitivo.

De acordo com o autor, a diferença entre o homem primevo e o civilizado está na sublimação de instintos e o trabalho psíquico e intelectual pode dar um bom resultado na obtenção de prazer:

O melhor resultado é obtido quando se consegue elevar suficientemente o ganho de prazer a partir das fontes do trabalho psíquico e intelectual. [...] A satisfação desse gênero, como a alegria do artista no criar, em dar corpo às

²⁵ As palavras para “labor” em vários idiomas, como o latim e o inglês *labor*, o grego *ponos*, o francês *travail*, o alemão *arbeit*, significam dor e esforço. Labor tem a mesma raiz etimológica que *labare* (cambaleiar sob uma carga); *ponos* e *arbeit* têm as mesmas raízes etimológicas que “pobreza”. (cf. Arendt, 1993, p.58)

suas fantasias, a alegria do pesquisador na solução de problemas [...] tem uma qualidade especial [...] (FREUD, 2011, p.23).

Mas, não apenas no trabalho intelectual e psíquico, no trabalho acessível a todos, o homem encontra formas de estar em contato com a realidade, de acordo com Freud:

Nenhuma outra técnica para a condução da vida prende a pessoa tão firmemente à realidade como a ênfase no trabalho, que no mínimo a insere de modo seguro numa porção de realidade, na comunidade humana. (FREUD, 2011, p. 24 [nota]).

Freud (2011), com essa afirmação, realça a importância do trabalho como uma maneira de fazer parte, pertencer à comunidade humana, encontrar uma identificação.

Os estudantes em formação para o trabalho estão buscando essa forma de inserção na comunidade humana com uma identidade que é só sua, que vai além da identidade de pertencer a uma família. E ao vislumbrarem o seu mercado futuro de trabalho, visualizam também o grupo de que farão parte, reforçando sua condição de inserção como indivíduo no mundo.

A respeito da importância do trabalho, como uma forma de identificação com a própria condição do ser, e dos significados a ele atribuídos, de acordo com a cultura, a sociedade e a história que o permeiam, vale destacar a relação entre trabalho e identidade.

Abordando a relação entre identidade e trabalho, e a discussão da centralidade ou não do trabalho em relação à identidade, Bendassolli (2007, p. 41), traz aspectos históricos da Grécia antiga em que o “trabalho era parte de um sistema natural ditado pela necessidade.” Não assumia o destaque que tem hoje na vida das pessoas.

No início do sistema capitalista, Bendassolli (2007, p. 297) comenta, houve uma associação entre posse e consumo, trabalho e renda, que atribuíram essa característica de centralidade da atividade produtiva em relação ao sujeito. O reconhecimento social, o valor do indivíduo, vem pelo reconhecimento de sua posse sobre bens e, mais ainda, pelo reconhecimento do que ele faz, de qual é o seu capital pessoal, social e humano. Dado isso, o “valor moral é associado a valor econômico.”.

Já na contemporaneidade constroem-se sujeitos que são mais consumidores do que cidadãos. A construção dos consumidores se dá pela distribuição de renda e esta, por sua vez, é conquistada pelo trabalho como forma de manutenção do sistema capitalista.

Quanto à centralidade que o trabalho ocupa na formação de identidade do sujeito, Bendassolli (2007) faz uma análise a partir de uma visão da psicologia social e apoiada em autores de Marx a Bauman. O autor discute que ela possa estar deixando de existir ou sendo enfraquecida à medida que a própria categoria trabalho vem sendo transformada, passando do enquadre institucional, na forma de emprego, para diversas formas pulverizadas com a crescente terceirização do trabalho e a transnacionalização das empresas. O trabalho mais conhecido e caracterizado pela forma de emprego foi afetado pela “crise da modernidade” que reestruturou a organização do trabalho, e as diversas mudanças e transformações pulverizaram conceitos e valores estabilizados.

Bendassolli (2007) defende que essa é uma época de perda de fundamentos expressa na fragilidade das crenças e no esgarçamento de vínculos e relações. O enfraquecimento do trabalho como instituição repercute na subjetividade e na formação da personalidade²⁶. Cabe aqui citar palavras do autor que auxiliam a elucidar o que para ele pode ser subjetividade, identidade e sua relação com o trabalho:

Quando o trabalho desfrutava de uma posição subjetiva central ele funcionava como uma grande narrativa pública que estabelecia uma relação forte entre ele e a identidade. Quer dizer, na medida em que o trabalho era central, os indivíduos poderiam tender a se conceber muito mais pela ótica do que faziam do que por outras possibilidades de se descreverem, já que ele preenchia a maior parte do “imaginário social”. Quer dizer, ele funcionava como um ideal coletivo, ponto de ancoragem das identidades sociais e referente pelo quais os indivíduos tendiam a se avaliar e reconhecer, ao menos os indivíduos pertencentes à “classe trabalhadora”, dependente do trabalho para sua subsistência e visibilidade social. (BENDASSOLLI, 2007, p.101-102).

Com o que o autor chama de enfraquecimento do trabalho, o elo entre a atividade que a pessoa tem e o valor que lhe atribui, bem como o sentido que dá à

²⁶ Sendo, para o autor, a importância do sentido de trabalho na constituição da identidade, ou seja, na relação entre trabalho e as descrições que os indivíduos fazem a seu próprio respeito a partir de seus trabalhos, encontrando espaços sociais, valorização de si mesmos, e formas de expressão, de acordo com suas atividades.

sua existência, também resultam enfraquecidos. Dizer que houve um enfraquecimento na importância do trabalho como formador da identidade significa dizer que se hoje é fraco, em algum momento foi forte.

Bendassolli (2007, p. 24) pondera que o trabalho, por mais enfraquecido que possa estar na contemporaneidade, “*ainda* é uma das principais vias de acesso à renda e de organização de rotinas sociais e individuais”, o que gera perplexidade, pois esperamos mais do trabalho do que ele pode nos dar. Trabalho, nesse caso, entendido como instituição na forma de emprego, em uma sociedade em que o emprego está em “crise”, como coloca o autor, no sentido de que vem diminuindo a sua oferta, sendo substituído por outras formas de relação de trabalho, como a terceirização.

O trabalho continua tendo importância nas vidas das pessoas, seja como gerador de renda, seja como fator importante na construção da identidade. Sua influência é determinante mesmo que apenas na construção da identidade ocupacional ou profissional e não na personalidade do sujeito como um todo. Nas palavras do autor:

De outro lado, ao mesmo tempo em que ele não responde mais pela construção total da identidade, ele continua a ser a forma principal pela qual os indivíduos adquirem renda e organizam sua vida pessoal e social. Consequentemente, há um descompasso entre a permanência de uma tradição que fez do trabalho uma entidade central e a necessidade de mudanças na forma de concebê-lo atualmente, notadamente a diminuição das expectativas sobre sua participação como um *fundamento seguro* para a ancoragem da identidade pessoal. (BENDASSOLLI, 2007, p. 141-142).

O autor pondera sobre as influências do que chama de pensamento pós-moderno, que infiltrado no campo do trabalho, vem desqualificando suas características passadas e insistindo em novas atitudes e valores para classificá-lo. Como é um processo em andamento, surge daí o descompasso que o autor sinaliza na passagem citada, entre as mudanças e pela tradição.

O trabalho constitui-se em uma via privilegiada para a satisfação de necessidades humanas entre elas a de ser reconhecido como alguém hábil, competente em seu círculo profissional, social e familiar. O trabalho também possibilita ao sujeito o desenvolvimento constante, o sentimento de inserção em um grupo e a capacidade de prover o sustento.

Na modernidade, a ideia de trabalho associada à ideia de emprego foi altamente expandida, tanto que mesmo atualmente o conceito de trabalho ainda está muito imbricado com o emprego. Bendassolli (2007) discute esse aspecto no sentido do enfraquecimento do trabalho:

É interessante constatar que o pensamento pós-moderno foi fortemente apropriado pelas organizações e por sua *intelligentzia* administrativa a ponto de tornar-se sua mais poderosa teoria de legitimação. Essa teoria defende a “morte” do trabalho tal como o conhecíamos em sua forma “forte” (na modernidade): pleno-emprego, carteira assinada, garantia de ascensão social mediante progressão automática na empresa, estabilidade de direitos e deveres, estruturas sindicais e coletivas fortes e uma narrativa temporal na qual o indivíduo acumulava *experiência* e defendia um *lugar seu*. (BENDASSOLLI, 2007, p. 18-19).

O trabalho forte é aquele que garante um lugar próprio da pessoa que trabalha, no sentido de espaço de individualidade, que fica associado à identidade dessa pessoa. Enfraquecer o trabalho, de acordo com o autor, é torná-lo suscetível as oscilações de mercado, aos fluxos de capitais, à competitividade e ao humor de grandes investidores. É o capital gerindo mais intensamente a vida do trabalhador e gerando “um sujeito do consumo, e não mais um sujeito do trabalho”. (BENDASSOLLI, 2007, p. 180).

Mas, tendo ou não, uma característica de trabalho forte, o trabalho continua, como já foi dito, a principal fonte de recursos para gerir e organizar a vida das pessoas. Diante disso, o jovem ao chegar ao Ensino Médio, ou mesmo antes, se depara com o momento de escolha do trabalho, ou da profissão a seguir.

A escolha da profissão é um momento difícil na vida do jovem, na vida de quem escolhe, seja como jovem pela primeira vez, seja como adulto em uma reorientação de carreira.

Para Bock (1999), autor brasileiro, pedagogo e doutor em educação, a escolha profissional envolve conflito, perda, risco e coragem. Parece, a princípio, que quem escolhe tem todas as possibilidades diante de si, é natural ter dúvidas. A indecisão faz parte da escolha, do processo de decidir.

Bock (1998), em uma entrevista, indica que:

[...] escolher profissão significa fazer projeto de futuro. A escolha profissional faz parte do projeto de vida de uma pessoa. Mais do que descobrir vocação, é a hora de olhar o passado (pessoal), conhecer as profissões e a realidade

sócio-política e econômica-cultural que dá [sic] contorno a essa decisão. É hora de decidir quem se pretende ser, o que se pretende fazer e que mundo gostaria de construir (ou seja, como intervir neste mundo que aí está). (BOCK, 1998).

Perguntado sobre qual o melhor caminho para o jovem na hora de escolher a profissão, se era importante que ele partisse do pensar sobre si mesmo e como o jovem deveria fazer, o autor coloca que:

O autoconhecimento é parte integrante do processo de escolha. Este "conhecimento de si" se dá através da reflexão do vivido. É importante assinalar que os seres humanos vivem em grupo. Assim, parar para pensar como se tem vivido nos vários grupos do qual participa (família, grupo de amizade, de lazer, de esporte, religioso, etc.), ajuda a entender como "se tem sido"; quais são "nossos" valores, habilidades e características pessoais. Isso também leva a pensar em quem se pretende ser, e a modificar aspectos dos quais não se gosta ou a desenvolver outros ainda não trabalhados. (BOCK, 1998).

Quanto às influências tanto dos pais, como de amigos, de professores ou ainda, os resultados de testes vocacionais, o que o jovem deve escutar, levar mais em conta, Bock indica o seguinte:

Se a pessoa escolher uma profissão só porque o teste vocacional apontou ou porque o pai disse ou o professor sugeriu, provavelmente a decisão será questionável. O fundamental é ouvir todas as opiniões para ter mais dados. A decisão é pessoal e nunca deveria ser transferida, o que não significa deixar de ouvir as pessoas que admiramos e respeitamos. (BOCK, 1998).

O autor ressalta a importância de que a escolha seja um ato, um exercício de vontade de quem escolhe, em que as opiniões e outras referências devem servir como auxílio na decisão e não como determinantes.

Bohoslavsky (1998), psicanalista argentino, referência na área de orientação profissional, afirma que o comportamento relacionado ao trabalho supõe: *com o quê, para quê, como, por quê, quando e onde* se trabalha. Tudo se passa em um contexto sociocultural que envolve o sujeito que escolhe e no qual ele está inserido, sendo influenciado de muitas formas. Esse contexto está representado pelas instituições e organizações sociais como família, escola, igreja, entidades esportivas, recreativas e também as instituições que organizam e regulam a vida da comunidade. Contexto que é permeado pela tecnologia, sistemas de significados, redes de informações e em que se dão as relações sociais.

As escolhas também são parte da interação com o meio e uma exigência cada vez maior da vida adulta. De acordo com Erikson (1976), é a interação entre o indivíduo e o meio social, em qualquer cultura, que produz a personalidade humana.

Esse meio é composto por um sistema de significados que fazem parte da cultura e da história desse grupo e que as pessoas criam e recriam, elaboram, articulam e com o qual estruturam suas vidas e em que se pautam as vivências num constante influenciar mútuo entre grupo e indivíduo. Nesse meio, o trabalho vai muito além de promover o sustento.

De acordo com Bohoslavsky (1998), na escolha de uma profissão há uma projeção de quem a pessoa quer ser, e esse *quem* é em geral alguém que ela conhece e idealiza. Mas nem sempre o processo de formação para o trabalho permite essa escolha mais livre e manifesta da fantasia e do desejo.

Formar-se para o trabalho, muitas vezes, é um decurso de contingências sociais e econômicas que desembocam nos cursos de formação entendidos como os mais cotados no mercado de trabalho e com maiores chances de inserção. Ou, ainda, nos cursos mais acessíveis por serem pouco ou nada exigentes quanto à formação anterior.

Para alguns poucos é possível a escolha dos cursos considerados da “elite”, entendendo-se esse diferencial de elite como uma classe social com uma condição financeira e econômica privilegiada. Mesmo entre esses cursos de elite, há as escolas que possuem “grife”, têm um conceito alto perante o público e uma boa nota nas avaliações oficiais, e há aquelas de menor destaque.

O sujeito que busca sua inserção no mundo, seu espaço social, tem no trabalho, talvez ainda, a maior referência de valor que um indivíduo pode conquistar na sociedade. Esse significado atribuído ao trabalho, conforme Souza e Faiman (2007, p.26) é, por sua vez, resultado de valores que uma “comunidade atribui à educação, à atividade produtiva e à condição financeira como determinantes da posição social de uma pessoa.” Esse indivíduo tem sua subjetividade contaminada por valores que enaltecem o capital e deificam os bens de consumo numa concepção em que o sujeito é somente parte da engrenagem do sistema.

Este sujeito aprisionado em uma “cultura afirmativa do capitalismo”, como indica Roggero (2010a, p.45), em que “a vida se torna uma simulação do que poderia ser”, segue tendo sua vida administrada e planejada em detalhes, sem que

perceba. Julga estar livre em suas escolhas, mas o planejamento em busca da promessa de vida melhor é comprometido pela falta de liberdade que afeta toda a sociedade.

Conforme Roggero (2010b) na produção da vida material, novas necessidades vão sendo geradas artificialmente e “moldam estilos de vida que mantêm o aprisionamento, sob a falsa ideia de liberdade anunciada pela propaganda do consumo”. (p.28) Há um “ciclo vicioso” em que são sempre renovadas as necessidades para que a máquina do capital se mantenha ativa e lucrativa.

Em meio a tantos requisitos para o trabalhador, o sujeito percebe que ser flexível é uma condição para adaptar-se a muitas e variadas mudanças do mercado e em uma sociedade em que existe muito desemprego. Flexibilidade esta que é condição e consequência de manutenção do capitalismo.

Neste capítulo, o objetivo foi apresentar reflexões sobre cultura, sociedade, família, formação, subjetividade, trabalho e identidade como elementos teóricos para a análise de categorias que serão identificadas nas narrativas das colaboradoras da pesquisa. Buscou-se manter uma concepção de indivíduo do ponto de vista social, em que ele constitui e é constituído por suas relações.

Também foram apresentados aspectos relacionados com estratégias, como a indústria cultural e outras formas, que o poder encontra para direcionar o sistema de acordo com os interesses do capitalismo. Contexto em que a liberdade pode ser desde uma mera abstração até uma limitação de consciência, sem que de fato o indivíduo possa exercê-la, apesar de crer que o faz. Contexto em que valores morais e éticos podem estar impregnados pela coisificação do sujeito e pelo tecnicismo, em que eficácia e eficiência apresentam-se como mais importantes do que consciência e sentimentos, no exercício profissional. Esse panorama de sociedade, cultura e formação que foi tratado prepara para que se possa pensar o meio em que se encontram os colaboradores desta pesquisa.

No próximo capítulo são apresentados: a metodologia, o estudo de caso, as entrevistas com as estudantes e sua análise.

CAPÍTULO III

ESTUDANTES DO INTERNATO: PERCEPÇÕES SOBRE A FORMAÇÃO E A ATIVIDADE MÉDICA E NEXPECTATIVAS PARA O FUTURO

Neste capítulo apresenta-se a dimensão em que esta pesquisa se configura como um estudo de caso, bem como o referencial teórico-metodológico e a fundamentação da escolha do método de pesquisa baseado em História Oral de Vida. São apresentadas as transcrições das entrevistas na íntegra e, na sequência, a análise conforme as categorias que se constituíram pelas narrativas.

Há uma diversidade de entendimentos ao que se costuma denominar de *estudo de caso*, quanto ao significado da expressão e também devido a sua aplicação em muitas áreas de conhecimento.

De acordo com Ventura (2007), “o estudo de caso tem origem na pesquisa médica e na pesquisa psicológica,” (p. 384) com vistas a uma análise detalhada de algum caso individual que permita explicar um quadro geral de determinada patologia. O objetivo é explorar intensamente um caso para que se adquira conhecimento do fenômeno como um todo. Tem sido bastante utilizado também na pesquisa qualitativa em Ciências Humanas e Sociais.

Conforme Ventura (2007) o estudo de caso pode compreender quatro fases. A primeira, quando é delimitada a unidade em que se constitui o caso. A segunda fase já é a coleta de dados que pode ser feita com vários procedimentos quantitativos e qualitativos, como: observação, entrevistas, história de vida, uso de questionário, análise de conteúdo, de documentos etc. A terceira fase refere-se à seleção, análise e interpretação dos dados, quando serão verificados os dados que de fato são úteis à pesquisa. Os dados selecionados serão então analisados. Podem ser usadas categorias de análise fundamentadas em teorias do conhecimento, aceitas e reconhecidas, para que não haja um viés de senso comum. A quarta fase envolve a elaboração dos relatórios parciais e finais, com a devida especificação de como foram coletados dos dados, o que embasou a categorização, e a fundamentação da validade dos dados.

Esta é uma pesquisa que se configura como um estudo de caso devido a algumas características. A primeira característica que a define como um estudo de

caso é o fato de ter os alunos de um único curso como objeto de pesquisa. Curso do qual se apresentam dados recolhidos por meio de informações disponíveis ao público em geral; bem como dados restritos oferecidos em seu Projeto Pedagógico, e por meio de observação em campo. Outra característica é que se procura identificar padrões, gerando novas questões para futuras investigações. Tem-se ainda que o pesquisador é a principal forma de recolha de dados.

Acrescentem-se também as características de análise do contexto como um todo; a análise de casos particulares e da realidade representados por, respectivamente: 1) a análise de aspectos de documentos, bem como informações gerais sobre o curso e o perfil de alunos; 2) as entrevistas individuais que apresentam os exemplos de cada situação, que por seu turno podem refletir e representar a totalidade do grupo de alunos; 3) as declarações que informam e criam uma imagem das situações, dos problemas, dos conflitos e dos paradoxos de histórias reais vividas pelos alunos.

As informações relativas ao curso foram colhidas, em parte, por meio de acesso ao documento: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, de acesso restrito e que foi autorizado pelas autoridades institucionais; bem como dados disponibilizados por meio de mídias como *site*, panfletos e informativos, de acesso ao público em geral. Outra parte, por meio de participação da pesquisadora, como observadora e ouvinte convidada pelas autoridades institucionais, em atividades curriculares dos formandos, em que foram feitas anotações relativas a esses eventos, com foco no objeto desta pesquisa. Nesse aspecto, procurou-se definir a totalidade da unidade de pesquisa, que é o grupo de alunos do curso, e respectivamente o contexto em que estão inseridos os alunos, que são os sujeitos dessa pesquisa, como colaboradores diretos.

O trabalho de campo foi realizado, de início pela participação da pesquisadora em atividades curriculares dos alunos, que constaram de palestras e *workshops*, o que possibilitou a aproximação desta com os formandos, facilitando a apresentação do projeto de pesquisa e promovendo a participação dos que se mostraram interessados em participar da entrevista. Em outros momentos foram realizadas as entrevistas individuais, agendadas previamente, de acordo com a conveniência dos colaboradores.

A observação das atividades ocorreu no acompanhamento de alguns grupos de estudantes durante dois *workshops* de Semiologia²⁷ e Propedêutica²⁸ e um *workshop* de Procedimentos Cirúrgicos²⁹, nos momentos em que participavam de estações de treinamento³⁰, em Laboratórios de Simulação³¹ e de Anatomia Humana³². Também ocorreu a observação durante reuniões com palestras e aplicação de provas, com a presença de todos os internos dos últimos dois anos da graduação (9º ao 12º semestres).

Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: 1) o interesse em participar da entrevista, manifestado tanto verbalmente para a pesquisadora, quanto por escrito, no questionário socioeconômico (anexo 1); bem como, 2) a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2) e da Carta de Cessão (anexo 3). Considerando a garantia de sigilo das suas identidades, todos os documentos preenchidos e assinados pelos entrevistados estão sob guarda da pesquisadora, de acordo com as normas que regem a ética em pesquisa com seres humanos (Resolução 196/96), bem como em pesquisa que utiliza a metodologia de História Oral.

Partiu-se das seguintes hipóteses: a) na visão dos estudantes o processo de formação em Medicina está, ainda, mais comprometido com a capacitação técnica e menos com o desenvolvimento de uma visão humanista; b) no início da formação, as expectativas dos estudantes têm sobre o trabalho que irão exercer como atividade profissional estão distantes do trabalho possível, e ao longo do curso aproximam-se da realidade; c) as expectativas, que o indivíduo tem do trabalho e de si mesmo,

²⁷ De acordo com o Dicionário Houaiss (2012), semiologia tem as seguintes acepções: Rubrica: clínica médica: meio e modo de se examinar um doente, esp. de se verificarem os sinais e sintomas; propedêutica, semiótica, sintomatologia.

²⁸ De acordo com o Dicionário Houaiss (2012), propedêutica tem as seguintes acepções: corpo de ensinamentos introdutórios ou básicos de uma disciplina; ciência preliminar, introdução; conjunto de estudos nas áreas humana e científica que precedem, como fase preparatória e indispensável, os cursos superiores de especialização profissional ou intelectual; rubrica: clínica médica; semiologia.

²⁹ Procedimentos cirúrgicos — ocorreram em vários laboratórios em que foram propostas atividades, nas quais os alunos praticavam cortes e sutura de pontos em estruturas de papel e isopor, que representavam partes do corpo humano de um paciente.

³⁰ São assim chamados os cenários criados em laboratórios, em que são propostos diferentes situações e casos clínicos ou cirúrgicos, com o recurso de materiais, manequins (bonecos, que simulam reações humanas, controlados por programas de computador), que buscam reproduzir uma situação real com a qual o estudante se depara nos atendimentos clínicos e de emergência nos hospitais.

³¹ Laboratórios em que são aplicadas metodologias de ensino, com a criação de cenários que representam situações reais de atendimento a pacientes, familiares e procedimentos, com o uso de manequins e atores. Essas situações são conduzidas por professores e monitores com o objetivo de aprendizagem dos estudantes.

³² Laboratórios em que são usados cadáveres ou peças humanas, bem como de animais, que podem ser de porco e/ou galinha, por exemplo, para a dissecação das mesmas, com vistas a analisar as estruturas internas dos tecidos e sistemas.

estão diretamente relacionadas com a cultura e a valorização que seu contexto atribui à atividade profissional que escolhe e desempenha.

Foram feitas perguntas disparadoras para que se desse início à narrativa da história de vida, por parte do sujeito colaborador, conforme será retomado adiante.

A pesquisa foi autorizada formalmente, por escrito, pelas autoridades institucionais, cujo documento mantém-se sob guarda da pesquisadora, para manutenção do sigilo quanto à sua identificação, e teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, Folha de Rosto nº 488613, conforme certificado (anexo 4) e está registrada sob número CAAE - 0512.0.241.000-11³³ (anexo 5) cujo andamento indica que foi aprovado no CEP³⁴ em 13/04/2012 (anexo 6).

As entrevistas foram transcritas³⁵ e textualizadas³⁶ e estão apresentadas na íntegra no corpo do texto. Faz parte ainda deste capítulo a análise das entrevistas com base em categorias identificadas nas narrativas dos colaboradores e à luz da Teoria Crítica e de outros autores. Finalizando, são feitas considerações com base no material analisado.

3.1. O MÉTODO

Escolher a forma de realizar o trabalho de campo em uma pesquisa acadêmica é uma construção que passa pela escolha da melhor forma de obter os dados. Serão as respostas produzidas utilizando-se de técnicas, métodos, instrumentos de investigação. Para tanto a escolha do método está imbricada com a do objeto de estudo e do referencial teórico que fundamenta o trabalho do pesquisador.

³³ Este número é único e corresponde ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética. Refere-se ao identificador do projeto em todos os níveis: no SISNEP; no Comitê de Ética Pesquisa (CEPs); na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); e inclusive nas revistas de publicação científicas ou congressos.

³⁴ CEP – Comitê de Ética em Pesquisa, do SISNEP – Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. (Projetos submetidos até dezembro/2011)

Observação: a partir de 15 janeiro de 2012, em vez de utilizar o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) para o registro de pesquisas envolvendo seres humanos, será utilizada a Plataforma Brasil (www.saude.gov.br/plataformabrasil).

³⁵ Transcrição, de acordo com Meihy (2000), deve ser fiel ao acontecido, mas em que “vícios de linguagem, erros de gramática, palavras repetidas devem ser corrigidas [...]”, mas devem ser “[...] mantidas em dose suficiente para o leitor sentir o tipo de narrativa.” (p. 90)

³⁶ Textualização, de acordo com Meihy (2000), é uma fase após a transcrição em que são suprimidas “eventuais perguntas que, fundidas nas respostas, superam sua importância.” (p. 90)

Um objeto de estudo é construído, não está pronto, como nos indicam Buffa e Nosella (2009, p. 56) não vem dado como “um pacote fechado que o investigador abre e investiga. É um conjunto de possibilidades que o pesquisador percebe e desenvolve, construindo, assim, aos poucos, o seu objeto.”.

Como já foi dito, esta é uma pesquisa bibliográfica, documental e qualitativa que visa levantar dados dos depoimentos pessoais dos entrevistados, colaboradores, a fim de estabelecer pela singularidade de cada história de vida o que é comum a todos, o que faz parte do coletivo, do universo simbólico desse grupo de pessoas.

A escolha das fontes de pesquisa, considerando que o objeto desse estudo são os estudantes no final do processo de formação, além de recorrer às narrativas dos formandos, também deve privilegiar os aspectos históricos dessa formação. Esta etapa do trabalho foi desenvolvida no capítulo I, referente à Medicina.

No que diz respeito à formação, recorreu-se aos documentos que norteiam a graduação de Medicina, como as diretrizes curriculares e projeto pedagógico do curso, para identificar em que contexto se insere atualmente o curso e auxiliar a situar o objeto, no aspecto documental da pesquisa. Brevemente pode-se dizer que esse é o aspecto documental da pesquisa.

O exercício da observação de atividades dos alunos, como parte do trabalho de campo, também foi de auxílio na percepção do contexto de grupo em que estão inseridos os sujeitos da pesquisa.

Quanto ao aspecto qualitativo e particular privilegiou-se o uso da história de vida para que, por meio da análise das narrativas, possa-se depreender qual a “leitura de mundo” (p.55), dos estudantes, conforme indicação de Roggero (2007). Como nos diz a autora, o “ponto nodal” (p.56) do objeto da investigação é o sujeito em formação, que em suas relações sociais, cria expectativas quanto ao seu futuro. Nesse processo sua identidade vai sendo formada. Para que se “ouça” a sua subjetividade é preciso que se ouça, de fato, a voz desse sujeito.

Em geral a história de vida tem sido utilizada para considerar a voz daqueles que por um motivo ou outro não são escutados, não têm registros de suas histórias. Mas isso não impede que ela possa ser usada para o estudo de uma categoria especial como os estudantes futuros médicos. Quem entrevistar e quais temas? Nas palavras de Thompson, quanto a essas escolhas:

Quais são os temas fundamentais, os temas mais importantes para se fazer um trabalho original em história oral? Um deles, na verdade, é o das vozes ocultas. Não estou dizendo que vocês só deveriam estudar os atores ocultos e os pobres, porque já se fez história oral muito importante também sobre os poderosos, os políticos, os artistas, os empresários, os empreendedores e assim por diante. (THOMPSON, 2006, p. 24).

Sendo assim, a metodologia de história de vida pode ser bem apropriada para a investigação e a obtenção de dados que se pretende. Mesmo estando o estudo relacionado a uma classe especial, privilegiada em termos econômicos e sociais, aplica-se o recurso da história oral de vida.

Para dar conta desse aspecto do referencial teórico-metodológico foram consultados além do autor já citado acima, Paul Thompson (2006), também os seguintes: Melissa Mattos Pimenta (2007), José Carlos Sebe Bom Meihy (2000), Lilia Blima Schraiber (1995) e Roggero (2007).

Já quando se trata de investigar as expectativas de graduandos de Medicina e as influências da formação nessas expectativas quanto aos seus projetos de vida futuros tanto profissionais como pessoais, entende-se que a melhor forma de fazê-lo é ouvindo aos próprios sujeitos.

Definido que a pesquisa será qualitativa, a escolha da história de vida como metodologia tem a ver com a possibilidade de acompanhar a narrativa do sujeito estudante de Medicina, desde os momentos anteriores que o conduziram a essa escolha de atividade profissional até o momento em que se encontra em vias de concluir a graduação.

É importante que os pressupostos metodológicos sejam bem definidos e as categorias de análise sejam criadas a partir do material coletado ao se trabalhar com narrativas, para que de fato possa ser realizado esse exercício de evidenciar que no singular se revela o universal, aquilo que pode ser comum a muitos.

Outra questão que pode ser colocada quanto ao objeto desta pesquisa tem relação com a juventude, quais as histórias de vida que esses jovens têm para contar? Qual o percurso, quanto tempo, quais as experiências e vivências que eles têm em tão pouco tempo de vida?

Thompson (2006, p.20) refere uma pesquisa que fez, entrevistando o que ele chamou de “jovens de 30 a 40 anos”, em que defende a história de vida como sua forma principal de entrevista.

Pimenta (2007), em sua tese de doutorado realizou entrevistas biográficas com quem ela chamou de jovens adultos (entre 19 e 32 anos) explorando representações sociais sobre adolescência, juventude e idade adulta, buscando analisar os processos de construção da identidade adulta. Em sua análise de experiências singulares a autora apresenta o “desenvolvimento de diferentes experiências de transição” (p.18), fases de mudanças dos sujeitos.

A história de vida permite ao pesquisador perceber dados relevantes na narrativa dos sujeitos-colaboradores tanto no aspecto pessoal, como social e familiar. Ainda há discussões sobre o que seria a história oral de vida, se um método, uma disciplina, mas o mais importante, como destaca Thompson é que se aprenda a escutar:

[...] o que é história oral? É um método? É uma disciplina? É um tema novo? Bem, na minha opinião é uma abordagem ampla, é a interpretação da história e das sociedades e culturas em processo de transformação, por intermédio da escuta às pessoas e do registro das histórias de suas vidas. A habilidade fundamental na história oral é aprender a escutar. Gostaria de enfatizar que considero a história oral como um campo interdisciplinar. Ela não é simplesmente histórica, mas também sociológica — eu mesmo trabalho num departamento de sociologia, na Universidade de Essex —, antropológica e é parte dos estudos culturais em geral, pois ela se baseia nessa forma fundamental de interação humana, que transcende as disciplinas. (THOMPSON, 2006, p.20).

Esse aspecto da história oral como método que contempla as dimensões histórica, sociológica e antropológica do estudo, associado a uma forma de entrevista, que permita a narrativa mais livre por parte do sujeito, atende a complexidade que é trabalhar com aspectos subjetivos como as expectativas dos sujeitos diante de seu futuro pessoal e profissional.

Schraiber (1995) ao realizar um estudo sobre a profissão médica recorreu ao relato oral como metodologia. Nessa pesquisa a autora analisa as transformações históricas da prática e da autonomia profissionais ocorridas na passagem da Medicina liberal para a atual Medicina tecnológica. Quanto à metodologia aplicada, a autora refere-se a ela da seguinte maneira:

Essa metodologia introduz relativamente à aproximação do objeto em estudo, pois, duas ordens articuladas de questões: o social e o coletivo por referência ao individual singular que o apreende; e o real objetivo por

referência à dimensão subjetiva que o evidencia. (SCHRAIBER, 1995, p. 65).

O que valida a história de vida como técnica que apreende, por meio do singular da narrativa do sujeito, o coletivo em suas representações.

Do ponto de vista do trabalho em campo com história de vida há uma série de cuidados que o pesquisador precisa ter. Ao fazer as perguntas disparadoras relativas à história de vida, é necessário que a fala e a ação do entrevistador não conduzam as respostas. Outro passo igualmente importante são as sucessivas escutas do material gravado e leituras das transcrições, pois é daí que serão criadas as categorias de análise do estudo.

Meihy (2000) em seu *Manual de História Oral*, entre várias outras recomendações no que diz respeito ao seu uso como método, alerta ao pesquisador sobre a importância do uso de um caderno de campo em que são reunidas informações sobre a entrevista que não seriam perceptíveis no material gravado.

De acordo com Meihy (2000, p 98) esse recurso é fundamental para o pesquisador no momento em que faz as transcrições tendo a mão dados que não estão no material gravado, como o local em que foi feita a entrevista, o clima em que aconteceu. O autor sugere que

[...] o caderno de campo funcione como um diário no qual esteja listado o roteiro prático: quando foram feitos os contatos, quais os estágios para se chegar à pessoa entrevistada, como ocorreu a gravação, eventuais acidentes de percursos. (MEIHY, 2000, p 98).

Esse é um recurso fundamental para o pesquisador no momento em que ele prepara os textos que serão publicados.

Em todo o processo de pesquisa há, ou deve haver, um interesse em publicar os resultados obtidos. O relatório final é o momento de síntese de todo trabalho realizado, dados obtidos, analisados, interpretados. Conforme Buffa e Nosella (2009) é um “ato complexo” que contém elementos científicos e literários e que exige criatividade.

Diferentemente das ciências “duras”, o objeto de estudo no campo da educação, e em especial, quando trata da subjetividade de estudantes em formação e de suas expectativas, é um objeto complexo em que estão envolvidos os aspectos já citados anteriormente. A escolha do método de investigação deve contemplar essa complexidade para que possa realizar uma análise mais detida e aprofundada.

A investigação social empírica, de acordo com Horkheimer e Adorno (1973a, p.120), tem como foco da pesquisa aspectos considerados subjetivos que mobilizam as pessoas: “se ocupa, de modo geral, de opiniões, motivações e comportamentos subjetivos,” o que não a “impede se dedicar também aos fatos objetivos da sociedade.” Não atende ao conceito de método quanto à concepção de verificabilidade, repetição, quantificação como se estabeleceu na organização da atividade científica, mas representa um avanço, pois permite maior liberdade especulativa diante da diversidade e da totalidade que compõem as relações sociais. O que não significa redução ou simplismo. De acordo com os autores (p.122), “diante da investigação social empírica, é tão necessário o conhecimento profundo de seus resultados quanto a reflexão crítica sobre os seus princípios.”

A investigação social empírica critica a filosofia especulativa da sociedade assim como aspectos da sociologia da “compreensão”, que apregoa o apego aos dados desconsiderando o “sentido social dos fenômenos” reduzindo a análise da “estrutura geral da sociedade” quando muito a “uma síntese futura”, ponderam Horkheimer e Adorno (1973a, p.122-3).

Considerando esse rumo, Horkheimer e Adorno alertam que:

Sem uma reflexão crítica sobre o caráter definitivamente mediato dos conteúdos da consciência e dos comportamentos dos indivíduos como produtos sociais, a investigação social empírica acabará capitulando ante os seus próprios resultados. (HORKHEIMER e ADORNO, 1973a, p.124).

Continuam os autores discorrendo sobre a necessidade de que a investigação social empírica esteja emancipada de preconceitos, como por exemplo, com relação ao uso da estatística. Por outro lado não deve ser supervalorizando o seu uso, pois ainda conforme Horkheimer e Adorno (1973a, p. 124) “as concepções verdadeiramente produtivas nascem, em geral, do estudo profundo de casos particulares” em que a estatística “serve mais para controlar do que para gerar tais concepções.”.

Cabe ressaltar a importância dada pelos autores ao estudo aprofundado de casos particulares dos quais surgem concepções de valor como um argumento, a mais, a favor do uso da história oral de vida como método de pesquisa.

A seguir serão apresentadas as características do curso e do perfil dos alunos em que estão os sujeitos desta pesquisa. O intuito é situar o contexto dos sujeitos e suas histórias quanto à formação.

3.2. O CURSO

Importante destacar que esse estudo foi realizado em uma Instituição de Ensino Superior, particular, em um momento em que ocorriam grandes mudanças na gestão do curso de Medicina. O que trouxe novas propostas para o processo de formação, no que se refere às relações com os alunos e na apresentação de conteúdos com a introdução de eventos pedagógicos como *workshops* organizados em estações, visando o treinamento dos estudantes para a realização de provas práticas, sobretudo para os alunos do internato, que interessam particularmente a esta pesquisa.

Como já indicado no início deste capítulo, parte das informações relativas ao curso foi colhida no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Medicina e em dados disponibilizados livremente no *site*. Outra parte, por meio da participação da pesquisadora, como observadora e ouvinte convidada pelas autoridades institucionais, em atividades curriculares dos discentes, em que foram feitas observações relativas a esses eventos, com foco no objetivo desta pesquisa.

O objetivo de caracterizar esses aspectos do curso e do grupo de internos, configurando um estudo de caso, é apresentar o contexto em que estão inseridos os sujeitos da pesquisa, como um todo.

De acordo com o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, a instituição educacional iniciou em 2003 a oferta do curso de graduação em Medicina, com o propósito de formar:

Médicos Generalistas³⁷, que tenham uma boa formação nas práticas curativas para a promoção de saúde e uma visão abrangente da saúde humana, por meio da ênfase ao ensino de Higiologia, aqui entendida pela inserção plena do aluno no Sistema Único de Saúde ao longo do curso.

³⁷ No CBO (Código Brasileiro de Ocupações) do MTE (Ministério do Trabalho e Emprego) para a atividade profissional de **médicos** têm-se as seguintes designações: Quanto ao **médico generalista** encontra-se que a partir do **Comunicado MTE 182/2011 (27/04/2011)** foi atribuído um novo código a essa denominação: Médico generalista – **2251-70** – Médico alopata, Médico em Medicina interna, Médico militar. **Descrição sumária de médicos clínicos, inclusive médico generalista:** Realizam consultas e atendimentos médicos; tratam pacientes e clientes; implementam ações de prevenção de doenças e promoção da saúde tanto individuais quanto coletivas; coordenam programas e serviços em saúde, efetuam perícias, auditorias e sindicâncias médicas; elaboram documentos e difundem conhecimentos da área médica. (MTE-CBO, 2012)

Para isso, o projeto pedagógico do curso contempla:

- (I) prevalência do ensino do Aprender a Aprender: aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer.
- (II) vivência precoce e progressiva da prática médica, na rede de atendimento básico da saúde (SUS) e, gradativamente, nos outros níveis de atenção à saúde;
- (III) ensino de tecnologia básica e de comprovada eficiência, dando condições ao médico para resolução de 80% dos casos. (PPC).

O PPC, em consonância com as resoluções das DCN (2001), em vigor para o curso de graduação em Medicina, estabelece um perfil de egresso como meta a ser alcançada pelo curso que contempla. Vale destacar ênfase na formação humanista, crítica e reflexiva do médico generalista, indicada no artigo 3º das DCN, já apresentado no capítulo I. Texto que poderá ser encontrado no PPC, com os seguintes dizeres:

O curso de Medicina, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina e respeitando sua missão e valores, pretende formar o médico generalista, com formação humanista, crítica e reflexiva. (PPC).

De acordo com o PPC, o perfil do egresso a ser constituído trata-se de: uma formação generalista fundamentada numa base humanística, crítica e reflexiva, voltada para as necessidades da comunidade, para a saúde e a cidadania, construída com atitudes éticas e com compromisso social.

A instituição, em sua comunicação com a comunidade se define como tendo a atividade educacional formativa como missão, postula a defesa de valores como igualdade, qualidade, democracia e humanismo. Em seus objetivos está a formação de cidadãos participativos, responsáveis, críticos e criativos, que sejam capazes de construir o conhecimento e que possam aplicá-lo para o aprimoramento constante da sociedade sem, contudo, desconsiderar que o profissional deve estar preparado para um mercado de trabalho cada vez mais competitivo.

Retomando o aspecto de estar em consonância com as DCN, no que é indicado em seu artigo 4º, citado e transcrito no capítulo I, o curso de Medicina visa dotar seu egresso das seguintes competências e habilidades gerais:

- Atenção à Saúde
- Tomada de Decisões

- Comunicação
- Liderança
- Administração e Gerenciamento
- Educação Permanente

Atendendo parte da proposta de formação humanista, consta de um programa de palestras para os internos, o tema de Humanização no Atendimento e Segurança do Paciente. Dentre as atividades de observação, a pesquisadora teve oportunidade de assistir a uma dessas palestras que visava enfatizar o tema, trazendo novas abordagens, como vídeos de depoimentos de pacientes e familiares. O enfoque buscava a sensibilização dos formandos quanto à importância de o médico ouvir o que o paciente tem a dizer, como também escutar os familiares e apreender o máximo da história do paciente, no que possa auxiliá-lo na condução da conduta e do processo de cura e reabilitação.

Essa atividade também está em consonância com o que é indicado no artigo 5º das DCN, em seu parágrafo III e IV:

III - Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

IV - Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação; (MEC/DCN, 2001).

Com relação à abrangência, o PPC visa contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde em sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, assim como o trabalho em equipe.

Com vistas a desenvolver, nos internos do curso de Medicina, competências e habilidades referentes ao que é indicado nas DCN quanto à realização de anamnese, construção de história clínica, exame físico, visão biopsicossocio-ambiental da prática médica, interpretação dos dados, diagnóstico e tratamentos corretos das principais doenças do ser humano, têm sido realizados “*workshops* por estações”³⁸, como treinamento para aprimoramento dos internos.

Esses *workshops*, que foram acompanhados pela pesquisadora como ouvinte e observadora, tiveram como tema, em um primeiro momento, a Semiologia e

³⁸ O *workshop* por estações, nesse caso, foi organizado em vários ambientes, com a utilização de laboratórios de simulação, ou outros, cada um com uma situação clínica ou emergencial diferente, representada por meio de bonecos e/ou atores como pacientes, ou familiares de pacientes etc.

Propedêutica e foram organizados em várias estações, visando contemplar as principais doenças do ser humano e procedimentos de diagnóstico e condutas.

Há também um projeto de organização de workshops por estações visando à aplicação de Exame Clínico Objetivo Estruturado por Estações (OSCE³⁹), em um futuro próximo.

Quanto à definição e aplicabilidade do OSCE, de acordo com Amaral e Troncon (2007), tem-se que:

é atualmente considerado um dos métodos mais confiáveis para avaliação de competências clínicas de estudantes e residentes, assim como para certificação profissional e avaliação de profissionais médicos em atividade. Numa Osce típica, os examinandos se alternam por um número determinado de estações, onde se encontram pacientes reais ou padronizados, com o propósito de realizar diferentes tarefas clínicas. Habitualmente, professores avaliadores observam os examinandos e registram os aspectos do desempenho baseados numa *checklist* previamente estruturada. Como já relatado, as limitações do método estão diretamente relacionadas a seu custo e segurança e também por ser considerado uma atividade bastante trabalhosa em relação a seu preparo e execução. (AMARAL e TRONCON, 2007, p. 82).

Nas experiências vividas pelos alunos deste curso, as estações ocorreram em laboratórios de Simulação Realística com o uso de manequins, atores, e com professores coordenando as situações de aprendizagem. As estações visaram contemplar as cinco grandes áreas de atuação do médico, quais sejam: Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, bem como suas subdivisões.

De acordo com o PPC, também são contempladas outras competências e habilidades específicas definidas pelas DCN em seu artigo 5º, já transcrito na íntegra no capítulo I deste trabalho.

Cabe ressaltar que uma das grandes mudanças ocorridas entre o previsto no currículo mínimo, vigente até a resolução que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, em 2001, e após implantação, diz respeito a visão integral e integradora da formação do médico. A nova proposta de

³⁹ OSCE – sigla da expressão em inglês Objective Structured Clinical Examination, traduzida como Exame Estruturado de Habilidades Clínicas, e também conhecido como Exame Clínico Objetivo Estruturado por Estações, aplicado no Curso de Medicina.

formação, estabelecida pelas DCN, envolve muito mais do que a oferta de algumas disciplinas e práticas no desenrolar do curso. São necessárias políticas de saúde que as viabilizem, assim como a devida articulação entre a academia, os serviços de saúde da rede e a sociedade como um todo. No que diz respeito aos atores centrais dessa mudança, que são o aluno e o docente de Medicina, passa a ser indispensável à constituição de sujeitos sociais tanto no contexto escolar quanto na prática médica.

Quanto às mudanças necessárias para a implantação das DCN, na criação ou reformulação de um projeto político-pedagógico do curso de Medicina, as autoras Garcia e Silva (2011) comentam que as escolas médicas, em geral, apresentam uma estrutura hierarquizada, com departamentos desarticulados entre si, com as relações entre professores e alunos baseadas em poder e autoridade, em que uns são os “sabedores e transmissores” do conhecimento e outros são os “discípulos recebedores” da informação. Essa estrutura de relações de poder e hierarquia se repete na atenção à saúde, nos aparelhos de atendimento à população (USB, hospitais, postos de pronto atendimento etc.). De acordo com as autoras:

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) preconizam que os conteúdos essenciais do curso de Medicina sejam instituídos a partir da análise do processo saúde-doença individual, com base na realidade epidemiológica do País, o que implica a integração docente-assistencial, a vinculação e o compromisso da universidade com a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da formação profissional em todos os níveis do sistema e em serviços e organizações da comunidade. Orientam que a formação não deve se limitar ou restringir a algumas disciplinas, ou a alguns docentes, ou ao esforço individual do aluno após as aulas e vivências. (GARCIA e SILVA, 2011, p. 59).

Essa articulação entre a academia e os serviços de saúde, assim como os conteúdos que contemplem a realidade do país, na forma de um compromisso social, requer uma mudança que precisa se iniciar no corpo docente, antes ainda, na coordenação do curso, pois implica em uma mudança de visão do que seja ensinar para formar. Como citam as DCN, um profissional médico:

com formação 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. (MEC/DCN, 2001).

Como se pode observar, o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, do qual fazem parte os sujeitos desta pesquisa, está em consonância com as diretrizes curriculares, visando contemplar todos os seus aspectos para a formação do estudante. Formação que estará completa ao final de 12 semestres⁴⁰, concluídos com êxito pelo formando, quando será titulado *Médico Generalista*.

De acordo com informações obtidas em mídias da instituição, têm sido oferecidas 100 vagas para ingresso no curso a cada ano. A primeira turma de médicos concluiu o curso em 2009, tendo iniciado seus estudos em 2003, contando com 80 formandos, de acordo com informações do *site* da Instituição (2012).

Para entender como está configurada a nucleação no curso de Medicina, foi estabelecida no PPC uma padronização de nomenclatura, descrita a seguir:

Denominamos **Disciplina** o regramento teórico de uma parte específica da área do conhecimento. **Unidade curricular** é o conjunto de disciplinas oferecidas de forma a privilegiar o entendimento integrado do conteúdo que intenta diminuir a fragmentação do ensino tradicional. Chamamos de **Módulo** uma disciplina ou uma unidade curricular, caracterizado pelo seu oferecimento em modo contínuo, em regime de imersão. A fim de proporcionar interdisciplinaridade horizontal e verticalmente, existe o **Núcleo**, que congrega disciplinas, unidades curriculares e módulos afins. (PPC).

Cabe ressaltar que desde o 1º semestre os alunos participam de atividade práticas desenvolvidas em serviços de atenção à saúde, como, por exemplo, no caso do núcleo de Higiologia e do núcleo de Sistemas Integrados e Atenção à Saúde:

Núcleo de Higiologia é composto pelas unidades curriculares Higiologia I a IV e o estágio Internato-Higiologia V. Congrega as disciplinas Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde do Trabalhador, Epidemiologia e Administração em Saúde, organizadas em 752 horas e distribuídas entre o 1º semestre e o Internato, perfazendo o eixo condutor do curso junto às unidades curriculares do núcleo **Sistemas Integrados e Atenção à Saúde**, que é organizado em 502 horas [...]. Os dois núcleos atuam de forma complementar e articulada do 1º semestre ao Internato. As atividades das unidades curriculares do núcleo **Higiologia** são desenvolvidas em Unidades

⁴⁰ No anexo 7 está reproduzido o quadro com a grade curricular completa do curso de Medicina.

Básicas de Saúde e em outros equipamentos de Saúde. A partir de identificação dos territórios, os alunos realizam diagnósticos e propostas de intervenção, passando pela ambientação e participação nas atividades diárias das Unidades Básicas de Saúde (Estratégia de Saúde da Família), incluindo atividades de ensino através de equipes multiprofissionais e relacionadas à gestão em saúde. (PPC).

Cabe ressaltar que os estágios observacionais dos primeiros anos e ao longo de todo o curso, e os estágios práticos do período de Internato são realizados em hospitais e serviços de saúde com os quais a instituição mantém convênios. Entre eles estão: Conjunto Hospitalar do Mandaqui (hospital, ambulatorios acadêmicos e UBS), Hospital Infantil Cândido Fontoura (hospital e ambulatorios acadêmicos), Hospital Municipal Tide Setúbal, Hospital Pérola Byington e ambulatorios (saúde da mulher), Unidades Básicas de Saúde, Hospital Cruz Azul e seus ambulatorios.

A seguir estão relacionados os núcleos, são eles: Higiologia; Bases Morfológicas da Medicina; Medicina Celular e Molecular; Bases Fisiológicas da Medicina; Semiologia e Fundamentos da Medicina; Medicina, Paciente e Sociedade; Sistemas Integrados e Bases da Medicina; Sistemas Integrados; Sistemas Integrados e Atenção à Saúde; Internato. As atividades de flexibilização com vistas à integralidade do aprendizado são: os estudos orientados, as atividades complementares e as atividades optativas oferecidas aos alunos ao longo do curso.

No mês de abril de 2012, teve início para o Internato do curso de Medicina, um módulo de aulas semanais e *workshops* mensais de Semiologia⁴¹ e Propedêutica⁴² para preparar os alunos para realizarem diagnósticos, contemplando também a Segurança do Paciente e Humanização no Atendimento. As aulas têm sido precedidas de uma prova com duração de, em média, 40 minutos e ocorrem no auditório do campus. Os *workshops* por estações, já mencionados anteriormente, são mensais e ocorrem no Núcleo Integrado de Simulação - NIS (laboratórios de simulação), e no complexo de laboratórios do *campus*.

Estas atividades estão em consonância com as DCN no que se refere ao artigo 5º, já citado, entre outros aspectos que as competências e habilidades específicas devem contemplar, destacam-se os seguintes:

⁴¹ De acordo com o Dicionário Houaiss (2012), semiologia tem as seguintes acepções: Rubrica: clínica médica: meio e modo de se examinar um doente, esp. de se verificarem os sinais e sintomas; propedêutica, semiótica, sintomatologia.

⁴² De acordo com o Dicionário Houaiss (2012), propedêutica tem as seguintes acepções: corpo de ensinamentos introdutórios ou básicos de uma disciplina; ciência preliminar, introdução; conjunto de estudos nas áreas humana e científica que precedem, como fase preparatória e indispensável, os cursos superiores de especialização profissional ou intelectual; rubrica: clínica médica; semiologia.

IX – Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos; X – Exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas; XI – Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção; (MEC/DCN, 2001).

Tanto os *workshops* como as aulas visam um aprimoramento dos alunos do internato. São propostas que lhe possibilitam uma visão ampla de sua futura atividade profissional por meio de práticas, exercícios e testes que provocam reações e os tiram da rotina.

Pode-se considerar, levando em conta os aspectos históricos já trazidos no capítulo I, que as mudanças ocorridas na formação do médico são substantivas. A começar por uma visão de profissão que passa de liberal e autônoma para institucionalizada, e isso está contemplado pelas DCN, como já foi visto. Cada vez mais, o médico atua nos hospitais e unidades de saúde devendo estar preparado para: liderar equipes multiprofissionais, lidar com pessoas da comunidade, além de atender o paciente, ouvi-lo e a seus familiares, sem desconsiderar os aspectos burocráticos envolvidos com todas essas atividades, só para citar algumas. A carga de conhecimento, competências e habilidades tem aumentado. Além do estudante, também o docente tem sido exigido bem mais do que na época do currículo mínimo. Cada vez mais é a lógica da eficiência e da eficácia se fazendo presente nas relações de trabalho, em consonância com os valores da sociedade administrada pelo capitalismo.

Quanto à autoridade do médico, que ainda é preservada e mantida pela forma como a sociedade o valoriza, esta já vem sendo questionada. Mesmo entre os próprios médicos, e na academia, podem ser percebidas diferenças de posturas e críticas a atitudes mais conservadoras quanto a esta autoridade, que havia se tornado inquestionável desde a época do início da Higiene no Brasil, quando o médico ocupou o espaço de conselheiro mor das famílias. Contudo, continua forte.

Atualmente, há questionamentos por parte da população mais informada, com acesso ao grande material disponibilizado na internet, frente aos médicos com relação a: saúde, doenças, diagnósticos, tratamentos etc., reclamações de pacientes, e maior divulgação, pela mídia, de erros médicos. Mesmo assim, a aura em torno do médico permanece, e esse continua sendo um grupo considerado

poderoso e privilegiado, o que pode representar aumento de pressão sobre os profissionais, maiores cobranças, cada vez mais o erro está sendo vigiado e punido. Embora se considere que o médico não pode errar, ele erra. O que antes era velado, agora vem a público. É preciso que o erro seja encarado e discutido para aumentar as chances de ser evitado. O mito da infalibilidade está ruindo. A subjetividade dos estudantes que se preparam para assumir a identidade profissional de médicos está sendo afetada por todo esse contexto, a proximidade da conclusão do curso é vista com receio e este é considerado insuficiente como forma de preparação para o exercício da profissão e para fazer frente às exigências de um mercado em mutação.

No sistema que procura que haja maior quantidade de profissionais para elevar o índice da relação médico-paciente – o que pode ser necessário –, também se discute a má distribuição dos profissionais por regiões e cidades do país. A concentração se dá nas grandes cidades. Pode-se questionar quando é incentivado o aumento das vagas nas escolas médicas, de que forma está a qualidade dessa formação. Será que a formação contempla as características de falta de recursos tecnológicos, e outros, que existem em determinadas regiões afastadas dos grandes centros e de difícil acesso? São posições polêmicas, que não são o foco desta pesquisa, mas cabe ressaltar que provocam discussões no âmbito das políticas públicas das áreas de saúde e educação.

A seguir, apresentam-se alguns dados relativos ao perfil de alunos do grupo do qual fazem parte os colaboradores desta pesquisa.

Em meados de 2012, o curso conta com um total aproximado de 180 estudantes no Internato, que corresponde aos últimos semestres (do 9º ao 12º), quando são realizados os estágios práticos em serviços de saúde. De acordo com informações obtidas, junto à coordenação do curso de Medicina, a maioria dos alunos, pertence à classe A⁴³, não trabalha e dedica-se exclusivamente aos estudos. Estima-se que 10% do total de alunos são beneficiados pelo Programa Universidade para Todos – PROUNI⁴⁴ ou pelo Fundo de Financiamento Estudantil – Fies⁴⁵.

⁴³ De acordo com os dados obtidos no Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas – CPS/FGV (2012), as faixas de renda familiar que determinam as classes sociais dos brasileiros são as seguintes: Classe A: Acima de R\$6.329,00; Classe B: de R\$4.854,00 a R\$6.329,00; Classe C: de R\$1.126,00 a R\$4.854,00; Classe D: de R\$705,00 a R\$1.126,00; Classe E: de R\$0,00 a de R\$705,00.

⁴⁴ O Programa Universidade para Todos (ProUni) foi criado em 2004, pela Lei nº 11.096/2005, e tem como finalidade a concessão de bolsas de estudos integrais e parciais a estudantes de cursos de graduação e de cursos sequenciais de formação específica, em instituições privadas de educação superior. As instituições que aderem ao programa recebem isenção de tributos. (MEC/PROUNI,

Desse total de alunos, pode-se estimar que 90% ou mais é de solteiros, morando com os pais, colegas, ou sozinho. A idade média que prepondera está na faixa dos 23 aos 26 anos. A maioria, em torno de 60%, é constituída por mulheres.

Essa preponderância de mulheres também pode ser vista na pesquisa de Diderichsen *et all* (2011), em que foram investigadas as expectativas de vida futura entre estudantes de Medicina do primeiro e último ano, de uma escola médica sueca. De um total de 600 alunos convidados, 507 (85%) responderam a uma pergunta aberta sobre a sua vida futura, sendo 298 (59%) alunos do primeiro ano e 209 (41%) do último ano de graduação. As mulheres constituíram 60% dos entrevistados. Nesse caso, refere-se ao total dos entrevistados e não de toda a escola, mesmo assim, há uma possibilidade de que reflita o perfil geral do grupo, quanto ao gênero.

O que pode ser inferido destes dados é que está havendo uma mudança de perfil do médico quanto ao gênero. Uma profissão considerada essencialmente masculina, em seus primeiros tempos. As mulheres eram admitidas como enfermeiras, e apenas mulheres como enfermeiras. Havia uma clara divisão. Para as moças das famílias aristocráticas, eram permitidas as atividades de enfermeiras e professoras, além da naturalmente esperada atividade de esposa, mãe e dona-de-casa. Ficavam submetidas à autoridade masculina que detinha o comando das famílias, do governo, das instituições em geral.

Com a Revolução Industrial, as mulheres foram ganhando espaço no mercado de trabalho, o que se acentuou com as guerras e a falta de mão de obra masculina, comprometida nas frentes de batalha. Espaço conquistado que foi se ampliando com os movimentos de libertação feminina, em que as mulheres já não aceitavam mais desempenhar apenas os papéis que lhe eram concedidos pela ordem vigente. O trabalho e os estudos passaram a fazer parte de seu campo de atuação. Gradativamente, as mulheres têm galgado postos nas empresas e

2012). Podem participar os estudantes egressos do ensino médio da rede pública ou da rede particular na condição de bolsistas integrais da própria escola. Para concorrer às bolsas integrais, o candidato deve ter renda familiar, por pessoa, de até um salário mínimo e meio. Para as bolsas parciais (50%), a renda familiar deve ser de até três salários mínimos por pessoa. (PROUNI, 2012)

⁴⁵ O Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) é um programa do Ministério da Educação destinado a financiar a graduação na educação superior de estudantes matriculados em instituições não gratuitas. Podem recorrer ao financiamento os estudantes matriculados em cursos superiores que tenham avaliação positiva nos processos conduzidos pelo Ministério da Educação. Em 2010 o Fies passou a funcionar em um novo formato. O Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) passou a ser o Agente Operador do Programa e os juros caíram para 3,4% ao ano. Além disso, passou a ser permitido ao estudante solicitar o financiamento em qualquer período do ano. (MEC/FIES, 2012).

conquistado espaços nos redutos de profissões até então tidas como masculinas, a exemplo da Medicina. Apesar dos protestos e da necessidade de enfrentamento do preconceito, elas continuam nesse movimento de conquista de espaço social e identidade própria, construída por suas escolhas.

Atualmente, podem contar com o apoio de suas famílias, como pode ser visto pelo fato de que, em geral são jovens que nunca trabalharam e sempre se dedicaram aos estudos (ainda que o mesmo possa ser dito em relação aos rapazes), salvo no caso de estágios que procuram por conta própria, para complementar os estudos e por interesse específico nas especialidades em que querem se aprofundar.

Outro aspecto relevante, quanto ao momento em que foi feita esta pesquisa, diz respeito às condições em que foram contatados os alunos. Os alunos do Internato têm um horário muito extenso de atividades no hospital. Passam o dia no hospital, começam às 7h da manhã, encerram por volta das 17h. Às terças-feiras, após o estágio, seguem para o campus da universidade para assistir uma aula, às 18h. Essas aulas tiveram início em abril de 2012, mesma época em que foi iniciado o trabalho de campo de entrevistas.

No princípio, a reação dos alunos não foi muito favorável a essa nova demanda que implicava em mais deslocamentos, maior horário de atividades, mais solicitações de trabalho, como leituras de textos e provas escritas, só para citar algumas. Pois foi nesse contexto que se iniciou a abordagem dos alunos. Momentos antes do início das aulas de terça-feira, a pesquisadora aproximava-se de alguns pequenos grupos, apresentava-se e explicava seu trabalho de dissertação e perguntava sobre a vontade de participar do estudo.

Foram abordados aproximadamente 30 alunos, a maioria (24) ouvia com atenção, até concordava em fornecer dados para o questionário socioeconômico, mas não desejava realizar a entrevista. Alguns sentiam como se fosse mais uma tarefa por parte da universidade, embora a pesquisa não tivesse sido anunciada pelos professores. Soava como mais uma demanda, uma carga a mais, que eles não queriam.

Dos 24 alunos que deram atenção à pesquisadora e se interessaram pelo fato de ser uma psicóloga pesquisando sobre a formação de médicos, sete concordaram em dar a entrevista, contando suas histórias de vida. Desses sete, quatro alunos conseguiram se organizar para agendar as entrevistas. Um quinto aluno quis

agendar para outro dia, pois já estava perto de iniciar a prova e precisava aproveitar os minutos que restavam para estudar um pouco. Contudo, este aluno ficou conversando com a pesquisadora em torno de 40 minutos, deixando de estudar, mas não quis gravar naquele momento. Ele queria falar do que o angustiava, das dificuldades emocionais que estava enfrentando para lidar com a formação, de questões que afetam a todos os estudantes. Não foi confirmado por ele, o agendamento de sua entrevista. Uma sexta aluna se mostrou muito interessada em participar, mas como já se aproximava o período de férias de julho, não foi possível agendar sua entrevista e a sétima aluna não estava atendendo ao telefone para fazer o agendamento. Ficou estabelecido então, que para este trabalho seriam analisadas as quatro entrevistas, que puderam ser realizadas.

As entrevistas foram feitas antes da aula semanal de terça-feira, ou após o *workshop* mensal de sábado. As aulas de terça-feira eram iniciadas com uma prova para a qual haviam sido indicados textos para estudo. O clima era esse. Mas o local foi uma escolha das alunas. Elas preferiram chegar uma hora mais cedo, no campus, para fazer a entrevista e assim evitar mais um deslocamento. Pediam para sair mais cedo de seus plantões para poderem chegar a tempo de contar suas histórias. Foi dito, e enfatizado pela pesquisadora, que a entrevista poderia ser feita em local e horário indicados por elas, que melhor se adequassem as suas necessidades, mesmo assim, preferiram o campus.

As quatro alunas entrevistadas são mulheres, não trabalham, dedicam-se integralmente ao estudo, até porque este ocorre em período integral. Duas alunas têm seus estudos e manutenção custeados pelas famílias, duas têm financiamento do Fies para o custeio do curso, e recebem auxílio da família para suas despesas pessoais e manutenção.

O fato de serem as quatro mulheres foi uma coincidência na busca de colaboradores para esta pesquisa, mas pode-se levantar uma suposição de que foram mais receptivas ao convite e mais acessíveis diante da possibilidade de exposição de suas histórias de vida.

Também foi aleatório o fato de duas serem beneficiadas pelo Fies. Foram dados que surgiram no decorrer das entrevistas.

Como já foi dito anteriormente, os critérios para inclusão no estudo foram: 1) o desejo manifesto de participar do mesmo, e 2) as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da Carta de Cessão.

3.3. HISTÓRIA ORAL DE VIDA — NARRATIVAS

Depois de feitas as entrevistas com as alunas do internato, foram transcritas e se procurou preservar a oralidade das narrativas, retirando-se apenas o excesso de expressões coloquiais, conforme Meihy (2000) o que caracteriza a textualização, já mencionada.

Em todas as entrevistas, foi feita uma breve apresentação do currículo da pesquisadora como estudante de mestrado em Educação, na linha de Políticas Educacionais; tendo já pesquisado a respeito do tema “trabalho e subjetividade”, como psicóloga do trabalho, em sua atividade profissional no HC-FMUSP na área de Saúde Ocupacional, e como pesquisadora na área de saúde.

Em cada entrevista realizada, cada uma contando com a presença de apenas uma entrevistada, em dia e local previamente agendados, foi solicitado as colaboradoras que lessem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2 – conforme modelo fornecido pelo Comitê de Ética e aprovado pelo mesmo) e a Carta de Cessão (Anexo 3). As entrevistadas leram, preencheram e assinaram os documentos antes do início de cada entrevista. A identidade das entrevistadas foi preservada e os nomes apresentados nos relatos são fictícios. A escolha dos nomes fictícios foi uma forma de exercício mnemônico para a pesquisadora, permitindo a associação com as respectivas entrevistadas.

Foi explicado, a cada uma, que a História Oral de Vida, significa em outras palavras, a narrativa de sua própria história. Ficaram gravados no início do áudio, nome e autorização para gravação e uso da entrevista na pesquisa.

Foi estabelecida, em cada caso, uma breve conversa preliminar com o intuito de estabelecer uma relação entre pesquisadora e entrevistada. Depois foi solicitado que contassem suas histórias até esse momento da formação, complementando com suas expectativas para o futuro pessoal e profissional. A cada uma, como questão disparadora da entrevista, foi solicitado que contasse quando surgiu a vontade de ser médica; qual a primeira lembrança, até chegar aos dias de hoje já às vésperas da formação. E quais as expectativas desse momento, tanto pessoais como profissionais. Foi orientado que contasse livremente, da maneira que fosse lembrando.

As transcrições completas das narrativas das formandas estão apresentadas na sequência.

História oral de vida de Ani

A entrevista foi realizada dia 17/04/2012, terça-feira, às 17h, no auditório da faculdade, antes de iniciar a aula das turmas de Internato do curso de Medicina. Neste mesmo dia, a pesquisadora havia apresentado a pesquisa para um grupo de aproximadamente cinco alunos, em que duas alunas concordaram em realizar a entrevista. Entre elas estava Ani que se dispôs a realizar a entrevista naquele momento.

Ani nasceu em 04 de janeiro de 1987, na cidade de Sorocaba/SP, está com 25 anos. Sua mãe tem o 2º grau completo e seu pai é médico geriatra. Está morando na cidade de São Paulo há cinco anos, para fazer o curso. É solteira, mora sozinha, não tem filhos. Sua única experiência de trabalho é de realizar estágio por conta própria, além dos estágios curriculares obrigatórios do curso de Medicina. A renda familiar é superior a R\$ 6.329,00⁴⁶. Ani está no 10º semestre, 5º ano da faculdade. Fala devagar, demonstra tranquilidade e delicadeza em suas expressões e tom de voz.

Estar no Internato... É... Acho que é... Da faculdade em si é a parte, é a hora que a gente se sente mais médico, que tem mais contato com a profissão, e principalmente com o paciente, para estudar o caso, então é a hora que a gente tem um pouco mais de responsabilidade. Justamente por ter mais contato com paciente, já se exerce alguns tipos de serviço dentro do hospital. Algumas coisas a gente já pode fazer, como atender com orientação, preceptor, pessoas responsáveis pela gente. É com orientação, mas a gente já atende.

Quando eu era criança, não pensava em ser médica, mas tudo que eu pensava em ser, estava relacionado com a saúde. Quando criança eu queria ser paramédica por causa dos programas de televisão, queria trabalhar com resgate, essas coisas. Aí, depois de um tempo, eu falei: "Ah! É da área de saúde mesmo que eu gosto, então é isso que eu quero." Isso foi mais ou menos quando eu tinha uns 13 anos. Meu pai é médico geriatra, mas ele nunca me influenciou nisso, até porque ele não queria que eu fizesse Medicina.

Como eu vou me formar no meio do ano e as provas de residência são só no final, eu pretendo, assim que me formar, já começar a trabalhar enquanto me preparo para as provas. A princípio eu gostaria de trabalhar no resgate, no SAMU.

O que eu sempre tive como objetivo é estudar, fazer cursinho, tudo para as provas de residência. É isso que eu pretendo. Ainda não tenho certeza da residência que eu vou prestar, eu só sei que eu quero cirurgia e eu acho que é Neurocirurgia, mas ainda não tenho certeza.

Já passei pela Neurocirurgia no internato, já fiz estágio por conta, gostei muito, adoro, mas o que me prende um pouco, quanto a essa escolha, é em relação à qualidade de vida de quem exerce essa especialidade. Pelo que a gente vê e convive dentro do hospital, é uma das residências mais

⁴⁶ Ver nota 39, p.119, sobre faixas de renda.

puxadas, mesmo. Eles têm um residente responsável por todos os pacientes da área, um R1[residente 1]. Então é muito puxado, para mim o residente que mais fica no hospital é o da Neurocirurgia.

Os neurocirurgiões que eu acompanhei também eram muito solicitados, o celular não parava de tocar, era uma cirurgia atrás da outra. Acordavam muito cedo, dormiam muito tarde. Em questão de família, é difícil, esposa, filhos entenderem a situação. Apesar de ser uma profissão que eu acho linda. A satisfação de você conquistar alguma mudança na vida de um paciente, que muitas vezes podia estar praticamente morto e você consegue fazer alguma coisa por ele, isso não tem preço que pague, principalmente na área neurológica, do cérebro, que é tão delicado! Mas só o que me prende um pouco é a respeito da qualidade de vida, porque eu pretendo ser mãe também um dia, então só isso que me prende.

Na verdade eu estou um pouco... Não tenho boas expectativas em relação a ser mãe! Eu até comentei com as minhas amigas hoje, que muitas vezes me vejo mãe, mas não me vejo casada, porque eu acho muito difícil hoje em dia um homem aceitar o estilo de vida de uma médica, principalmente uma neurocirurgiã. É difícil ter um marido que acompanhe isso. Mas o meu maior sonho é ser mãe, isso é uma coisa que eu tenho comigo. Eu acho que isso, se depender da profissão de neurocirurgiã, vai demorar (risos) e é o que eu espero. Na verdade eu nem penso ainda a respeito.

Como me formo em metade de 2013, eu pretendo trabalhar no SAMU e me preparar para a residência em 2014. A residência em Neurocirurgia, se eu não me engano é cinco ou seis anos. [são cinco]

É como o tempo de fazer outra faculdade praticamente. É muito tempo! Por isso que eu penso que filho, que é uma coisa que eu tenho muita vontade de ter, é daqui para muito tempo ainda! (risos)

Quanto a estar trabalhando como residente, querendo ou não, o ganho não é muito, o salário é pouco. Eu ainda vou continuar muito dependente dos meus pais, mas acho que é possível que antes de entrar na residência, eu ganhe mais dinheiro, com plantões e SAMU.

É tudo o que eu pretendo, quando eu estiver na residência vai ser uma fase que eu vou ganhar aquela quantidade, que não é muito. Não tenho certeza também, eu não sei dizer exatamente o valor. Pelo que eu vejo não deve ser o suficiente para me sustentar, sustentar um apartamento, carro. Para manter a vida sozinha, eu acredito que não seja o suficiente. Mas apesar disso, para mim é mais importante fazer a residência no sentido da formação! Para depois trabalhar.

Quando for uma neurocirurgiã, eu acho que vou operar muito! (risos). A vida de neurocirurgião, pelo que eu vejo, é de bastante plantão. Depois de um tempo de formação é bastante eletiva também. Depois que você já está há bastante tempo na área, está conhecido, tem os seus pacientes, fica um pouco mais tranquilo, você não precisa depender tanto de plantão. Mas eu acho que no começo vai ser bem corrido. Vai ser muito plantão, vai ser cansativo, estressante, com certeza vai, mas ao mesmo tempo, gratificante!

Um ponto crucial para pensar em fazer Neurocirurgia, foi no internato, quando eu acompanhei a cirurgia de um paciente que estava muito grave, praticamente quase morto mesmo, e a professora do internato me deixou auxilia-la. Fui bastante participativa na cirurgia, ela deixou que eu fizesse bastante coisa, e é lógico, com ela me acompanhando. Quinze dias depois eu vi o paciente bem, me cumprimentando e então eu pensei: — É isso mesmo que eu quero!

(Ani fala de maneira delicada e suave.).

No momento eu penso em fazer a residência onde estou fazendo o internato, que é no Hospital Mandaqui, por já conhecer o corpo clínico, os professores, os preceptores, as enfermeiras, os médicos das outras especialidades. Eu acho que seria muito legal por causa disso, por já estar meio entrosada. Mas fora isso... Também, ainda nem procurei ver isso, até porque eu não tenho tanta certeza. Sinceramente, eu ainda quero gostar de outra coisa isso (risos). Ter uma qualidade de vida melhor! Ainda tenho esperança de gostar de outra coisa, por isso, eu ainda não fui atrás de lugares para residência. Parece que está abrindo residência em Sorocaba também de Neurocirurgia. Como eu sou de lá, para mim ia ser bom poder ficar perto dos meus pais, apesar da vida agitada de neurocirurgião.

Tenho um irmão mais novo, e em casa somos eu, meu irmão, meu pai e minha mãe. Às vezes meus avós ficam alguns períodos em casa, mas de verdade mesmo, é só eu, meus pais e meu irmão.

Meu pai é médico, meu pai é geriatra, minha mãe, ela não é médica, ela é secretária do meu pai, ela administra o consultório dele, cuida de tudo. E ela é bem ativa na área da saúde também na

cidade. Ela faz parte do Conselho Municipal de Saúde da cidade. Ela tem só o segundo grau. Ela fez cursos técnicos, mas eu não sei direito de quê, ela era gerente de banco, quando eu nasci e daí ela largou para cuidar de mim. Agora ela voltou a trabalhar mais para ajudar no consultório.

Estou em São Paulo morando sozinha. Morei três anos com uns tios meus e agora eu fiquei sozinha, me mudei. Quando não tem plantão no final de semana, eu vou para casa, em Sorocaba.

Na faculdade tenho um grupo de estudo e é a turma! Eu acho que a minha turma, é uma turma que se uniu muito, o meu grupo está bem mais unido no internato. Um ajuda bastante o outro, está bem legal. É uma turma bem homogênea, não tem ninguém que fica diferente, tanto é que as notas são sempre muito parecidas. A gente forma um grupo bem homogêneo, todo mundo se esforça, o que você depender do outro dá para confiar, você pode confiar no seu colega, que ele vai. Por exemplo, se um dia você precisa faltar, você fala: — “Olha aquele paciente, os exames dele e tal, ele vai fazer isso, aquilo, etc.” O colega cobre a minha falta.

Na turma são 12 pessoas. Na verdade a gente juntou com a outra turma que é do semestre abaixo, mas que a gente acabou preferindo ficar junto. Porque é assim, a gente se divide em subgrupos. No total somos em 32, acho. Aí a gente dividiu em grupos, em quatro grupos. E no meu grupo agora a gente está em sete. Mas da minha turma, nesse grupo de trinta pessoas, nós somos em 12. Mas quem estuda junto, vai para o internato, e passa pelas enfermarias junto são esses sete. Mas posso contar com a turma toda. Dos 12 da minha turma, “que está passando” comigo no internato, dá para contar com todos mesmo, até porque nos plantões você não precisa ser necessariamente do mesmo grupo. Tipo, os plantões, todo mundo dá plantão independente do grupo que está. E se eu preciso de uma pessoa que é da minha turma, mas que está em outro grupo, outra área no hospital, também eu posso contar.

Quanto à motivação para escolher Medicina, na minha família o meu avô é médico e ele era professor na faculdade em Sorocaba. Eu via o meu avô como uma pessoa que eu sempre admirei. Tinha muito orgulho dele porque ele era muito inteligente. Para mim, que era criança, era a pessoa mais inteligente do mundo! (risos). O meu avô era muito inteligente, lia muito, sabia muito. Eu sempre me espelhei bastante no meu avô. Depois do meu avô, na minha família, tem o meu pai que também é médico, e eu que optei. E os dois não queriam que eu fizesse Medicina, tanto o meu pai, quanto o meu avô. O meu avô não queria, principalmente pela cabeça dele. Ele já era bem velhinho, então ele tinha aquela visão machista, que mulher tem que ficar em casa cuidando dos filhos, que eu não deveria ser médica, porque eu não ia ter uma boa qualidade de vida, e nem proporcionar para os meus filhos. E o meu pai, ele não queria que eu fizesse Medicina também pelo esforço, por tudo que eu teria que passar, sabendo tudo que ele passou. Ele queria uma coisa mais *light* para mim (risos), ele queria... Ele falou: — “Não! Eu compro um hotel para você, você vai ser dona de um hotel, você vai só aproveitar, só!” Mas também depois que eu passei em Medicina, ele ficou muito orgulhoso disso! Mas a princípio ele não queria que eu fizesse.

Quanto aos amigos de antes de iniciar o curso, ainda consigo conviver, mas são poucos, com certeza, não só pela minha faculdade, mas pelo caminho de cada um. Têm amigas que foram para outros estados, outros países. Acaba que, querendo ou não, diminui o contato. Mas mesmo assim, eu mantenho bastante contato, sempre que dá a gente está se vendo, se falando. Lógico que bem menos, mas eu mantenho, sim. Sempre que eu volto para Sorocaba, eu procuro ver meus amigos, minha família.

Nas férias é aquela coisa... Quero ver todo mundo (risos), quero fazer tudo com todo mundo! Então, eu tento aproveitar o máximo para ver as pessoas que eu não tenho muito tempo para ficar junto! Os meus avós, tudo! Os meus avós moram em Itapeva, uma parte da minha família também mora em Atibaia. Daí tem família no Rio de Janeiro também, um pouco espalhada.

Eu comecei a faculdade namorando, namorei cinco anos antes de entrar, entre o período de cursinho até entrar na faculdade. Eu entrei namorando, daí terminei. Terminei o namoro recentemente, mas no momento, eu não sei... Até acho que por ser finalzinho da faculdade, quero aproveitar o máximo os meus amigos. Até porque vão ser seis anos juntos no total e hoje mais do que nunca eu estou curtindo isso. Estou curtindo o máximo de tempo que eu posso estar com os colegas que acabam virando irmãos, porque eu convivo muito mais com eles do que com a minha família, com os meus pais. Eu estou aproveitando isso agora e não troco por nada! (risos).

E namorado já deu problema porque fala assim: — “Ah! Quando você está comigo, você só quer dormir, está sempre cansada; você se diverte mais com suas amigas da faculdade do que comigo.” Então na estava dando. E eu queria... Acabava que eu queria ficar mais com os meus amigos da faculdade mesmo! (risos)

No dia a dia, tem dias e dias, na verdade! Tem dia que é tranquilo, que a gente dá risada, que a gente se diverte, mas tem dias que fica estressante, em que se vê bastante a parte burocrática do hospital, que também cobram muito a gente. Também tem a parte triste de se perder um paciente. Muitas vezes acaba se observando erros médicos e a gente se chateia. Poxa! Era meu paciente e aquele médico perdeu... ‘comeu uma bola’ então, tem todo esse lado! É uma montanha russa de emoções! Você nunca sabe o que você vai sentir amanhã.

Os pacientes tratam a gente por doutora. É... Alguns, em particular, que a gente acompanha por mais tempo no hospital, acaba criando um carinho também pela gente. Eu acho que a gente tenta manter o profissionalismo tudo, mas já tem um carinho assim pela gente, pela qualidade do serviço, pela atenção que a gente dá para eles, pelo nosso esforço, por eles verem, que poxa! Tem alguém se importando com eles! Tem uma médica preocupada com eles! Então eles contam com a gente.

O que eu acho muito bonito do hospital que tem internato e residência, é que tem mais gente para cuidar daquele paciente. Em geral um médico, um preceptor, tem 30 leitos para ver, e daí se tem os internos, esses 30 vão ser divididos entre os internos! Cada interno cuida de cinco, só que a gente tem mais tempo para dar, mais atenção para dar a esses pacientes. Então eles se sentem mais acolhidos. E ainda tem o preceptor e os residentes para cuidá-los. E é bem legal! A gente se dá muito bem com os residentes (R1, R2, R3)⁴⁷ em geral. Lógico que tem um ou outro que a gente não se dá muito bem, mas de forma geral eles são muito atenciosos com a gente também, os residentes.

O internato, eu acho que está sendo o momento em que estou mais próxima dos meus amigos, das minhas amigas, e isso está sendo muito importante, para mim! Muito! Está sendo essencial. Afinal eu estou longe da minha família. Já aconteceu de ficar um mês sem ver os meus pais, mas como eu estou com eles, com as minhas amigas, com os meus amigos, e sei que posso contar com eles, eu fico bem! Isso é muito forte no internato. Lógico! Isso falando da parte mais emocional mesmo.

Fora isso, dentro do hospital o fato de estar com os pacientes, tudo tem sido muito importante. Eu adorava dar plantão no PS, aquela correria. Todo mundo fala que é cansativo! “— como é que você gosta?”. Mas eu adorava porque eu estava sempre fazendo as coisas. Eu sou uma pessoa que gosta de procedimento, então eu estava sempre fazendo as coisas, sempre me sentindo útil e fazia com o maior prazer. Agora eu estou passando em outra área, na Ginecologia e Obstetrícia. Ainda estou no começo, não dei plantão até agora, então eu não sei como é, mas está sendo legal, também! E eu acho que o internato é importante, o principal do internato para mim é a vivência, tanto com os colegas, quanto com os pacientes! É o principal do internato.

Quanto às minhas expectativas profissionais, quando me formar... A expectativa de me formar, eu tenho medo! (risos). A hora que o paciente for só meu e eu tiver que resolver tudo e que prescrever tudo. Hoje em dia eu me sinto muito mais segura para isso, sem dúvida, eu me sinto mais capacitada, mas dá um medo, dá um medo! Se eu fizer... E eu errar alguma coisinha com o paciente! É a vida dele! Eu posso estar prejudicando, em vez de ajudando. Dá um medo, principalmente no começo, que a gente não tem tanta experiência. Então dá um medinho! (risos).

Ah! Na verdade, eu escolhi essa profissão pela sensação que me dá. Tipo assim, quando eu era criança, eu assistia o resgate, o SAMU, essas coisas, e eu achava demais. Nossa! Aquela correria, aquela adrenalina para você fazer alguma coisa por alguém, tendo que pensar rápido, fazer tudo até de maneira instintiva. Eu queria isso, eu queria ser assim, queria agir rápido, agir! Era isso que eu queria fazer pelas pessoas, assim!

Não sei explicar. Eu queria agir! Não é nada que eu pensei de fazer Medicina, para ajudar as pessoas, salvar! Eu simplesmente queria fazer aquilo, como no resgate! Não era nem tanto pensando no salvar vidas! Isso é uma consequência... É o prazer que aquilo talvez trouxesse para mim, entendeu? Aquela adrenalina... É o prazer de... De estar fazendo aquilo! É trabalhar com a emergência.

A Neurocirurgia tem isso, está muito ligada ao trauma. A Neurocirurgia é muito trauma também e por isso que eu acho que me identifiquei. Tanto é que no PS, sexta-feira, sábado, que são os dias que tem mais acidentes, mais trauma mesmo, muitos pacientes são da Neurocirurgia. E o neurocirurgião tem que trabalhar na hora! Se ele perder um minutinho, aquele hematoma pode aumentar, aquele paciente vai rebaixar, então, talvez por isso, eu pensei em escolher essa especialidade, mas eu gosto muito de emergência, de trauma.

Minha vida pessoal é assim, quando dá, eu luto *Muay-thai*, mas por causa da faculdade não dá para me dedicar tanto. No fim de semana que eu posso, sempre que posso, eu estou lutando,

⁴⁷ R1, R2, R3: São indicações do ano de residência em que estão os estudantes da especialização.

para não ser tão sedentária. Eu tento pelo menos dar uma corrida, na esteira mesmo, para não ser tão sedentária, (risos), porque é! A gente acaba ficando sedentária! Não é? Tem que estudar, então a gente deixa de ir à academia, deixa de fazer uma caminhada. E na hora que está estudando, não dá tempo de cozinhar, aí vai comer qualquer porcaria que aparecer, então... E também, dentro do hospital no internato, a gente passa muito por isso, de ficar horas sem comer, não tem hora de almoço, vai almoçar às 5h da tarde. Na hora que você vai almoçar é um 'lanchão' gigante (risos). Então é só porcaria! Por isso sempre que dá eu vou lutar, é uma coisa que me dá prazer, eu gosto de lutar! [é uma luta parecida com box, MMA] (risos).

É! Eu acho que é assim, que já dei meu perfil! A minha expectativa, resumindo, no pessoal (risos) acho que não é das melhores, em relação à família, a casar, essas coisas, a minha perspectiva não é a comum, a habitual, que é casar, ter filhos, assim tudo certinho, igual a toda mulher. Eu acho que a minha profissão não vai me permitir, não dessa forma. Mas a expectativa profissional é me formar, trabalhar com emergência e me especializar. É isso! (risos). Eu acho que falei tudo.

Quanto às aulas de simulação realística, eu acho legal, acho importante principalmente nos primeiros anos da faculdade, mas acho que não precisa muito mais do que isso. Nada como viver o dia a dia mesmo, a vida real. É muito diferente! Ao mesmo tempo, que eu acho que faz sentido, que a gente possa errar e discutir o erro no laboratório, - estou dizendo como aluna -, eu falo que não é levado tão a sério! "Ah! É um boneco mesmo é... Então vamos tentar qualquer coisa assim!" Você se arrisca mais, sendo que na vida real, você vai parar para pensar mais, antes de fazer alguma coisa. Lógico, com certeza é muito útil, como já falei, principalmente nos primeiros anos da faculdade, é essencial, mas eu acho que ..., não tem tanto valor, tanta cobrança, o aluno não se cobra tanto como se cobraria na vida real mesmo. Não exige tanto dele, acaba fazendo por fazer, fazendo de qualquer jeito! Sendo que na vida real ele vai parar e pensar melhor!

A entrevista foi encerrada com os agradecimentos. A entrevistada sorria.

História oral de vida de Eka

Havíamos marcado em um dia de abril de 2012 e ela não pode sair a tempo do plantão, desculpou-se e ficamos de agendar outra data. Marcamos para 15/05/12. Nesse dia chovia muito em São Paulo e o trânsito estava parado por volta das 16h/17h. Eka ligou, quando estava a caminho, para avisar que chegaria atrasada devido ao trânsito, preocupada em dar satisfação do atraso. Chegou a tempo de realizarmos a entrevista, apenas com um pequeno atraso de 10 min, pelo qual se desculpou novamente. Vinha da zona norte para a Vergueiro.

Eka nasceu em 03/11/1986, em São Paulo/SP, está com 25 anos. A mãe tem curso superior completo, está fazendo pós-graduação, e o pai tem 1º grau incompleto. Mora com a mãe e o irmão mais novo, em São Paulo. É solteira, sem filhos, não trabalha, e sua família tem renda na faixa de R\$ 1.126,00 a R\$ 4.854,00. Eka está no 9º semestre, 5º ano da faculdade. Demonstra-se bastante interessada em contar a sua história. Fala rápido e com espontaneidade.

A minha história de vida é complicada! O meu pai abandonou a minha família. A minha mãe é enfermeira obstétrica, ela sustentou a mim e a meu irmão a vida inteira. De uns seis anos para cá..., sete mais ou menos, que ela teve que dar conta dos dois, sozinha. E acho que a inspiração para a escolha da Medicina foi ela! Minha maior inspiração veio de vê-la trabalhando, se esforçando, ela trabalha em três empregos para sustentar a mim e a meu irmão. Então eu... Ela é minha inspiração!

Eu a vejo se matando e, bem, em primeiro lugar porque eu não vou querer aquilo para mim, para os meus filhos, para o meu futuro. Quero dar uma qualidade de vida melhor, uma expectativa de vida melhor, e em segundo lugar, por ela mesma. Ah! Tem relação com orgulho de filho, essas coisas, então ela é a minha maior motivação! Tudo que eu faço é pensando em minha mãe! E acho que é isso! Tudo, tudo é baseado nela! Eu vejo o esforço que ela faz! Agora ela está se matando para fazer mestrado para poder dar aula para a pós. Então, tudo, desde a minha dedicação ao curso até o meu esforço para acordar todo dia cedo é por ela!

Agora quanto a futuro eu estou bem ansiosa, bem temerosa, porque dá uma insegurança! Você se forma, você se mata de estudar, mas no fim, na prática, não é a mesma vivência que você vai ter na realidade. Isso, o Internato está mostrando para gente. Então eu estou muito em dúvida ainda com relação à área. Eu estou insegura em escolher uma coisa e, depois, não ser aquilo que eu quero. Tanto em relação à qualidade de vida, de eu ter que trabalhar muito para conseguir dinheiro, para conseguir fazer uma residência direto. Não sei se vou ter condições de fazer direto a residência porque eu tenho que pagar o Fies, então é complicado! Eu estou bem insegura em relação ao futuro depois de me formar, do que fazer. Acho que a primeira linha vai ser trabalhar para pagar o meu Fies. O financiamento é de noventa por cento. Depois de formada tem a conta, com juros ainda.

Eu estou no 9º semestre, 5º ano. Eu gosto muito de ginecologia e obstetrícia, também pelo fato de minha mãe ser enfermeira obstétrica, mas não sei ainda. Estou muito em dúvida, não sei se é isso mesmo, por enquanto é. Comecei o internato neste semestre, ainda vou passar por outras especialidades.

Nos quatro anos iniciais é mais aula teórica, principalmente aula teórica. A gente tem visitas a hospital, mas a gente não “põe a mão na massa”, a gente só observa. Mesmo em cirurgia, você entra e só observa. Na enfermagem você olha os pacientes, um ou outro paciente você faz uma anamnese, um exame físico, você até tem um contato, mas não tanto quanto agora que a gente é responsável pelo paciente. Você tem uma responsabilidade maior.

Quando me chamam de doutora, ah! Não sei! É um nervoso! Às vezes você ouve que chama, ouve doutor, nem olha para trás, porque você nem acha que é com você. Eu não acho que é comigo ainda! Eu... Não caiu a minha ficha ainda! Só quando chama pelo meu nome, eu não respondo ainda por doutora, não sei, é muita responsabilidade ainda...

A minha família é assim: em casa eu sou mais velha, tenho 25 anos; meu irmão está com 24 anos. Ele já formou, acabou esse ano, no começo desse ano, em Engenharia. Já começou a trabalhar esse ano mesmo. O meu pai, ele foi embora eu tinha 18 para 19 anos. Foi uma briga. Eu descobri traição dele, entreguei para a minha mãe, então ele nunca mais quis falar comigo, foi embora e não quer saber nem de mim, nem do meu irmão. Ele não paga pensão, não se responsabiliza por nada, não sabe se está vivo, se está morto, ele não quer saber de mim e do meu irmão, então a minha mãe teve que assumir tudo.

A minha mãe estava trabalhando em dois hospitais e também dando aulas na faculdade, para o pessoal da enfermagem. Aí agora que ela parou de dar aula, ela começou a fazer a pós [mestrado], porque, para dar aula para a pós, para poder ganhar um pouco mais, tem que ter pós e ela começou a fazer agora, está bem puxado, coitada! Ela estuda de madrugada, no hospital quando dá tempo, mas é muito trabalho, texto em inglês, ela não tem inglês, então... Então ela está assim, coitada! Está sendo um sacrifício para ela! Para conseguir! Mas minha mãe é guerreira!

Quanto ao estudo, os colegas... Eu tinha um grupo anterior no curso, a gente se dava super bem, fazia resumos juntos, dividia, porque não dá tempo, a nossa carga horária o tanto de matéria que tem que estudar. O jeito que a gente achou de conseguir estudar e aproveitar foi dividir. Então, por exemplo, um digitava as aulas, o outro gravava, escutava as aulas e transcrevia por cima, o outro pegava o resumo do livro e ia complementando as aulas, então a gente tinha um grupo bom de fazer resumo para estudar e foi o que me salvou na faculdade, esses resumos coletivos. Agora no Internato, eu fui sorteada para sair do meu grupo e fui parar em outro grupo, eu estou com um grupo que não tenho muito contato. Estou com pessoas com quem não tive vivência durante a faculdade inteira, eu não sei quem são, são meio estranhos, eu estou conhecendo agora.

Só eu e mais três colegas fomos sorteados para sair do grupo em que estávamos, porque estava muito grande para ir para o Internato, então tinha que dividir. No caso, eu e mais uns três colegas fomos selecionados para sair. O resto manteve o mesmo grupo que teve a faculdade inteira também no internato.

Enquanto não entrar na residência vou trabalhar em clínica, clínica geral, atender paciente PS, dar plantão à noite, encaixar conforme for possível, o emprego que der eu vou encaixando. Acho que o emprego virá talvez por indicação da minha mãe, ou com colega de classe mesmo, ou com os

próprios residentes que a gente está tendo contato agora. Bem ou mal eles já sabem como a gente é, como a gente trabalha, então eles têm condições de indicar para algum lugar. Eu pretendo pegar um trabalho em cada dia da semana num lugar diferente, conseguir trabalhar com PS mesmo, pronto-socorro, atendimento de clínica geral e juntar dinheiro.

Conforme for possível, pretendo encaixar o horário para fazer cursinho para a residência, porque sem residência eu não vou ficar. Eu vou fazer com certeza. Até onde eu sei, com a residência, você consegue emprego melhor. Você tem um currículo melhor tendo residência, você está preparado para aquela especialidade que você escolheu. Tem isso, você não tem preparo específico para aquela área que você quer se não fizer residência. Fora a concorrência, com certeza quem está mais preparado vai ter as melhores vagas, os melhores lugares, os melhores empregos. O treinamento que estamos tendo, em *workshops* e provas, é bom para as provas de residência, pelo menos espero que sim. Estou aproveitando! (risos)

Eu não paro para pensar no futuro, fazer planos. Eu normalmente fico em casa estudando. De dia de semana é "super puxado". Eu chego tarde em casa, eu vou e volto de ônibus, então é duas horas para ir e duas horas para voltar, eu chego em casa super cansada. Eu tenho o final de semana para por as coisas em dia, para rever o que eu não consigo estudar direito durante a semana, mas passear é difícil, em um feriado às vezes dá tempo. Eu me esforço bastante, eu estudo, mas é raro passear! (risos)

Diversão para mim está difícil ultimamente. Tem que ajudar em casa também, então é meio complicado, mas eu gosto de TV, de ver filme, de livro, eu gosto muito, que eu sinto muita falta do tempo de ler livro, acho que tempo é o meu bem mais precioso. Gosto de ler romance, de livro de literatura científica também, coisas de instrução mesmo, não tem um específico. Por exemplo, têm uns de psicologia, de relação médico-paciente, esses eu gosto bastante, que acabo me distraindo...

Com relação à formação, sinto que é mais técnica. Eu vejo que alguns colegas não têm respeito pelo paciente. Eu não sei... Se é uma coisa... Eu acho que deveria ter uma aula, um curso especializado para relação médico-paciente, porque tem muito, muito dos meus colegas que não... Não sei se é a criação deles, se é o jeito deles, eles não têm respeito, não têm! Não se importam! Sabe?! Estão ali, tratam, fazem porque têm que fazer; seguem o protocolo, as diretrizes, mas você vê que não se envolvem com o paciente. Tecnicamente fazem o correto, mas o paciente é só um número.

Eu já não! Eu já me emociono, eu choro, eu sofro junto, eu abraço, eu beijo o paciente! Sabe?! Então eu não sei se isso pode me prejudicar de alguma forma, se é certo, se é errado, eu não tenho um preparo da faculdade em relação a isso: até onde você pode se envolver com o paciente? Até onde é melhor manter a distância? Isso eu sinto um pouco falta assim, do curso.

(Nesse momento interfiro para falar que ela não está errada, pelo contrário, há todo um movimento nessa direção da humanização do atendimento ao paciente e que há cuidados a serem tomados pelos profissionais de saúde, mas que não se referem à frieza e distanciamento como forma de proteção do médico.).

Eu não consigo, eu não consigo não me envolver, não tem jeito.

A escolha pela Medicina aconteceu mais tarde. Acho que foi na época do colegial que eu comecei a pensar o que eu poderia fazer, vendo parentes, tios, o que faziam, o que deixavam de fazer, para escolher. Foi isso mesmo, foi de observar a família, os meus tios são todos engenheiros. Eu acompanhando a rotina deles, eu via que aquilo não era para mim. Aí eu me voltei para biológicas, e dentro das biológicas, as opções que eu tinha, pensei em veterinária, em odontologia e em Medicina. Quanto à veterinária, eu morro de dó de bicho, eu não ia conseguir mexer direito, então acabei desistindo. Aí de ver a minha mãe, assim na rotina dela, eu acabei conhecendo alguns médicos e acabei escolhendo que eu ia fazer aquilo, mas não foi assim desde pequena, já queria... Foi depois mesmo.

Acho que no início do curso era mais livre o conteúdo, agora é responsabilidade. É tensão, é antes era... Não sei te explicar, era fácil. Agora que começou a pesar, realmente o peso da minha escolha, da consequência da minha escolha. Mas antes eu não tinha noção do que era Medicina. Para mim era muito livro, muito conteúdo, mas pouco... Eu não pensava nessa relação que lá para frente eu vou ter com o paciente, porque no começo é tudo muito estudar células, estudar pedacinhos do corpo, você não tem noção do todo, a noção do todo que agora eu estou tendo de forma mais ampla.

A visão que a sociedade tem do médico... Totalmente errada, eu acho! (risos) Eles acham que é outro mundo, que é um ser superior, sabe? Eu não vejo assim. Um *status*. Eu não acho, eu não

vejo mais assim um médico não. Acho que de conviver com eles e ver que eles são pessoas normais ou piores do que muitas outras, para mim esse *status* não existe assim.

Eu estou no Mandaqui, mesmo os pacientes, é muito difícil falar de um paciente. Têm pacientes e pacientes. Tem uns que chegam, que sabem que não tem realmente mais esse *status* de médico, que chegam bravos, se impondo, autoritários, pesquisaram sobre a doença deles, querem questionar e tem outros que você vê que são pessoas muito carentes, que estão precisando muito e qualquer coisa que você falar para elas, elas vão te agradecer infinitamente. Ainda mantém essa relação da autoridade do médico.

A minha vida afetiva não está! (risos). Não está... Penso, quero constituir família, ter uma casa, emprego estável e tudo. Casar na igreja, bonitinho! (risos) Mas é a longo prazo. Primeiro preciso terminar a faculdade, acertar o Fies, para depois começar a pensar.

São dois anos para pagar o curso todo. Dois anos, mas vai dar tudo certo!

Não, não tem muito mais o que contar de mim... Minha vida é estudar, desde a época do cursinho. Fiz dois anos de faculdade no Rio, transferi para cá para ficar perto da família. A minha avó estava doente, precisava ajudar a minha mãe e desde então eu estou aqui em São Paulo estudando e me dedicando a faculdade. Fiz dois anos lá, no início. No começo, os dois primeiros anos foram lá. Eu perdi um ano fazendo transferência, por causa da adaptação. Muitas matérias que não tive lá. Minha carga horária lá era bem 'melhor', lá era fundação, então eu perdi muita coisa, muita coisa, e para acompanhar de novo demora, acabei perdendo um ano.

Os primeiros anos que eu fiz de cursinho, eu só prestei pública. A hora que eu desesperei, que eu vi que não passava, comecei a prestar todas as particulares melhores que eu via e essa da fundação, que era ABC e essa do Rio. E aí, acabei passando e fui. Eu morei numa pensão. Não era bem uma pensão na verdade, era uma casa de uma senhora que alugava os quartos, não tinha comida nem nada, era cada um por si, mas era gostoso, eu gostei bastante. É difícil adaptar gente de todo lugar "do mundo" morando junto, com costumes diferentes, religiões diferentes. No começo foi bem difícil, mas depois... Tinha gente do Brasil! da Bolívia! Tinha bastante boliviano na minha turma, tinha gente de todo lugar do Brasil: Pará, Mato Grosso, tinha uma menina, de um lugar super longe. Lá era a Faculdade de Medicina de Valença, no interior do Rio. Depois de Vassouras, dá uma meia hora, quarenta minutos de Vassouras, é perto. Mas foi bom. Foi uma experiência boa!

Agora estou morando com a minha mãe e com o meu irmão. O meu irmão voltou agora na verdade. Ele fez UNESP, então ele morava em Guaratinguetá. Ficou um tempão lá, agora que ele se formou, ele voltou para casa. Moro longe da faculdade [Vergueiro] e do hospital [Tucuruvi], eu moro perto do Aeroporto de Congonhas. Por isso que eu me desespero com essas aulas de terça-feira à noite. Eu saio daqui até pegar metrô, até pegar ônibus, eu chego muito tarde em casa.

No hospital, tenho que estar às 7h. Eu saio umas 5h, 05h10min de casa.

É, no começo eu achava que era tranquilo o trabalho do médico, era atender paciente. Era aquela realidade que eu tinha de quando ficava doente e ia ao médico. E você vê que não é assim, que é puxado. Você tem que trabalhar muito, dar muito plantão para ter uma renda boa, pelo menos no começo. Não tenho muito acesso a isso de como é e como não é. O pouco que eu vejo é dos médicos que eu vou à consulta e dos residentes que eu estou acompanhando lá no hospital.

Agora, no Internato, a gente faz o primeiro atendimento, mas coisas básicas, é exame físico, anamnese, no máximo a pressão e aí vem o supervisor que é o residente, um R1 ou R2, dar uma olhada, confere tudo que a gente fez, a maioria das vezes e passa a conduta. A conduta a gente não dá. A gente pode falar o que a gente acha que é ou o que não é, mas o carimbo e a conduta final são do residente.

Em algumas áreas, em que a gente passa, têm os professores da faculdade que nos acompanham. Na GO (Ginecologia e Obstetrícia) tem quatro frentes. Tem três frentes com professor, com aulas à tarde, então a gente continua tendo aula, continua apresentando seminário, trabalho etc. As aulas são lá, no hospital, no hospital!

Eu estou gostando bastante. Têm os preceptores, professores, médicos responsáveis pelo hospital mesmo que ficam de olho na gente, os chefes de serviço.

A gente mesmo apresenta algumas aulas, seminários, faz trabalhos, divide o grupo, cada um dá uma frente para ter toda a matéria e tem também professores que vão lá. Toda quarta-feira tem aula, toda quinta tem aula.

A entrevista foi encerrada quando ela disse achar que não tinha mais nada para acrescentar. Agradei e ela prontamente se colocou à disposição caso fosse necessária mais alguma informação.

História oral de vida de Eça

A entrevista foi realizada após uma aula, no dia 02/06/2012, na faculdade. Eça falava rápido, sendo bastante direta em suas colocações. Mostrou-se interessada em participar da pesquisa e foi atenciosa. Ela se apresentou como uma aluna mais velha do que a média, tem 30 anos e está fazendo sua segunda faculdade. É formada em Medicina veterinária, em que já atuou por dois anos.

Eça nasceu em 01/05/1982, em Bragança Paulista/SP, com formação anterior em Medicina Veterinária. Tanto o pai quanto a mãe têm curso superior completo. Não está trabalhando no momento, já atuou como médica-veterinária por dois anos. Mora em São Paulo, há cinco anos e meio, para fazer o curso. É solteira, não tem filhos e a renda familiar é superior a R\$ 6.329,00. Eça está no 11º semestre, 6º ano. Quando solicitado que contasse sua história de vida, Eça começou logo contando de sua escolha.

Então, na verdade a ideia da Medicina veio depois. É que eu fiz outra faculdade antes. Na verdade, eu tenho 30 anos, me formei com 22 anos em Veterinária. Sempre quis a área médica, tanto animal como a área humana, mas fui para Veterinária. Quando eu me formei, há sete anos, eu estava desgostosa com o mercado de trabalho, comecei a trabalhar aqui em São Paulo e ia voltar para Bragança que é a minha cidade, mas eu não queria ser mais uma veterinária lá, não queria trabalhar em Pet Shop. Minhas irmãs são médicas, aí eu resolvi fazer Medicina, tive a oportunidade e prestei vestibular. Quando eu entrei na Medicina, a minha cabeça estava completamente diferente. Já tinha trabalhado dois anos como veterinária, já sabia o que eu iria enfrentar. Então entrei com uma maturidade maior, de forma diferente, em Medicina. Quando eu entrei em Medicina, para mim foi muito mais fácil, principalmente nos primeiros anos, porque são matérias que eu já tinha visto. Então para mim não foi difícil. Eu sempre tive maturidade para estudar, me divertindo nos horários que tinha para me divertir e sempre focando no estudo como principal.

Como eu já conheço o mercado de trabalho, eu já sei o que me espera lá na frente. Ao longo desses anos estudei bastante, agora estou no sexto ano, meu medo, que eu acho que é o medo de todo mundo, é entrar para o mercado de trabalho e passar na prova de residência. A gente sai muito cru, tem muita carga teórica e pouca prática, você não tem a malícia de estar lá no dia a dia. E agora eu me formo no sexto ano. Juntamente com a faculdade estou fazendo cursinho para a residência, cursinho preparatório.

Em novembro de 2012, agora no final do ano, me formo. As minhas expectativas são as maiores possíveis! Assim, estou estudando para conseguir entrar na residência. Se eu não conseguir entrar, eu estudo e trabalho, tento no próximo ano!

(Eça fala de maneira muito determinada e direta.).

Eu quero prestar a área clínica, então eu tenho como prerequisite a Clínica Médica, que são dois anos de residência. Será um tempo para pensar em que especialidade eu vou querer depois.

Provavelmente será Dermatologia ou Alergologia. São dois anos de Clínica Médica, e se eu escolher Dermatologia ou Alergologia, mas dois anos, então são quatro anos no total.

Pretendo prestar SUS, são vários hospitais. Pretendo prestar Santa Casa, até porque uma das minhas irmãs, que é médica, fez residência lá e conta que é um hospital maravilhoso. Estou estudando a possibilidade do HC [Hospital das Clínicas da USP], estou querendo! Vamos ver! Estou estudando para conquistar isso!

Quanto à formação, no momento, neste ano, eu acho que as estações⁴⁸ que estão sendo feitas são válidas, são bem válidas, principalmente para mim que quero clínica. Eu achei o módulo anterior, que foi o *workshop* anterior, bem proveitoso, pelo menos para lidar⁴⁹, você sabe o que você vai encontrar, a expectativa que você vai encontrar, o medo que você vai lidar e a ansiedade, que no papel, é tudo muito diferente da prática. A experiência prática de clínica no internato teve a duração de um ano, só. Eles, os professores e residentes, acompanhavam.

Até o quarto ano, a gente tinha umas aulas práticas em laboratório e ia para hospitais, mas eram aulas duas vezes por semana, uma ou duas vezes, mas não era todos os dias, e prática a gente só tinha aqui no NIS [Núcleo Integrado de Simulação]. No hospital, tinha contato com os pacientes nos estágios em ambulatório. Nós éramos direcionados pelo professor para conversar com o paciente, “tirar toda a história” [anamnese], examinar, depois ele vinha auxiliar a gente, isso até o quarto ano.

Com relação à minha família, meus pais têm formação superior e são oficiais de justiça, e tenho duas irmãs mais velhas que são médicas. A mais velha é dermatologista, está na residência e a minha segunda irmã é cardiologista. Fez residência aqui, em São Paulo, fez eco. Uma tem 32, a outra 34 anos. A que está com 34 é a dermato, está fazendo a residência. E a de 32 já fez a residência em cardiologia. Médicas, só nós na família.

Desde pequena, nunca pensei em fazer outra coisa que não fosse área médica, sempre quis. Acho que nasceu comigo, nunca pensei em fazer outra coisa.

Meus pais incentivaram muito. Tanto que quando eu terminei a Veterinária, o meu pai foi um dos que mais me incentivou a fazer Medicina. A escolha por Veterinária num primeiro momento é porque animais para mim sempre foram as minhas paixões. Sempre gostei desde pequena, então eu acho que se eu não tivesse feito antes, talvez eu fosse frustrada. Foi por paixão.

Bom, quanto aos exames finais, não estou nem um pouco tranquila, eu tenho que me ‘distorcer’ durante a semana aqui em São Paulo, fico o dia inteiro no hospital. No tempo que eu tenho vago, à noite, procuro estudar. Alguns dias da semana, eu tento distrair minha cabeça e vou treinar vôlei. No final de semana, no sábado, faço cursinho preparatório. E o domingo é o único dia que eu tenho para ficar com a minha família, que é o que me renova, e eu vou para Bragança. Vou para encontrar os meus pais, minhas irmãs e meus cachorros. Eu tenho um *rottweiler*, uma *mastin*, uma vira-latinha que eu peguei da rua e uma tartaruga. Os *rottweilers* e os *mastins* teoricamente são bravos, estão nas raças perigosas, mas eles são uns doces, tanto é que a *mastin* eu peguei quando adulta. Ela era maltratada, ela era de outro cara e ela é muito boazinha.

Quanto à vida amorosa, vai bem, o namorado entende [o tipo de vida que ela tem, como estudante] porque a gente namora há quatorze anos. Enquanto eu fiz Veterinária, ele fez Educação Física na mesma faculdade. E depois disso, a gente prestou Medicina juntos aqui, ele entrou um ano depois de mim. Ele também é aluno. Ele está no final do quinto, está no quinto ano agora. Se fosse iniciar um namoro agora, eu acho que seria muito difícil. Ia ser muito difícil de entender pela falta de tempo, muita falta de tempo.

Para o futuro, pretendemos ficar noivos, no ano que vem. E daqui a dois anos, quando ele se formar, aí sim a gente pensa em casar. Ah! Já está na hora, né? Quero ter filhos e pretendo voltar para Bragança para morar e trabalhar lá. Tenho ideia de fazer a residência aqui em São Paulo ou num lugar próximo, pelo menos, de Bragança e depois volto. Volto para Bragança, para montar uma clínica com as minhas irmãs e o meu namorado. Minhas irmãs já atuam profissionalmente. Na verdade, a mais velha faz dermato aqui em São Paulo. As duas são casadas.

O fato de ser médico e essa relação de *status*, autoridade, sentido financeiro, realmente existe. Você vê que além do médico ser..., a sociedade trata um médico como se fosse uma... Como eu digo? Como se o médico realmente tivesse essa relevância. Eu na verdade, a minha opinião é

⁴⁸ *Workshops* de Semiologia e Propedêutica, com vistas a realizar diagnósticos de casos clínicos e prescrição de conduta, em várias especialidades, com uso dos laboratórios do NIS (Núcleo Integrado de Simulação).

⁴⁹ Ela refere-se a situações de seu dia a dia com pacientes e os diferentes casos clínicos que podem se apresentar. Sendo assim, considera que o *workshop* a prepara para ‘lidar’ com essas situações.

que, se a gente não estiver trabalhando em conjunto, eu acho que o médico sozinho não é nada! Sempre precisa ter uma equipe multidisciplinar. Você sempre tem que ter ajuda do enfermeiro, do psicólogo, do terapeuta, do fisioterapeuta, de todo mundo que está envolvido.

Em relação a dinheiro, eu acho que o investimento é muito alto. Além da responsabilidade que é muito grande. Não que eu diminua a responsabilidade de outros cursos, mas o dinheiro que se paga, o investimento que se faz é muito alto, então o que se recebe, eu acredito, que não seja muito para a carga de responsabilidade que se tem, dependendo da área que você estiver trabalhando, porque o médico acaba com a sua saúde para cuidar dos outros. Eu particularmente, ainda mais que eu estou na segunda faculdade e estou com trinta anos, pretendo escolher uma coisa tranquila para mim, entendeu? Fazer muitos plantões só mais no começo da carreira para juntar dinheiro para casar, construir a minha casa.

Já tenho uma boa visão de mercado, já tinha antes por ter atuado na área de veterinária, então o trabalho já não é idealizado, até porque eu convivo com as minhas irmãs e elas contam a rotina, elas dão plantão até hoje. E por eu conhecer a área da veterinária e acompanhar as minhas irmãs em alguns plantões em hospitais, já dá para ter uma grande ideia. Dá uma boa noção de realidade do que é o trabalho possível de médico, até porque esses dois últimos anos da Medicina são passados só em hospital. A gente convive diariamente com pacientes do SUS, que é onde tem o maior fluxo de pessoas. Você vê de tudo! Coisas que você não imagina encontrar num hospital particular. Em se tratando de pessoas do SUS, tem muita gente com um padrão cultural muito baixo. Você atende determinadas doenças em estágio terminal que não encontraria num hospital particular, porque as pessoas são mais informadas, procuram ajuda antes... São patologias avançadas, no SUS. Bem avançadas!

Eu não vejo mais essas coisas como uma novidade: *Ser chamada de doutora! Para mim, nossa! Vou ser médica! Nossa!* Aquela coisa de fantasiar, já não tem. Eu, na verdade, tenho mais medo do que essa expectativa de: Ah! Vou ser doutora!, sabe? Tenho medo de fazer besteira. Medo de errar!

Essa ideia de que médico pode tudo, é o salvador, muitos colegas têm isso na cabeça, eu não tenho. Para mim é o que eu disse, é uma equipe.

Quanto ao humanismo no curso... Como a rotina é muito árdua, você aprende a lidar com os sentimentos. Não que você seja mais frio, mas se você não lidar com o que você sente você vai se perder ali, entendeu? Você não vai conseguir ajudar, então, você tem que ter uma visão fria das coisas. Manter uma distância emocional.

Na formação, tanto tecnicamente como do ponto de vista humano, você aprende a lidar com os dois. Na faculdade, você aprende muita teoria, mas os professores, eles passam essa visão de lidar com pessoas. Porque podia ser seu pai ali, podia ser sua mãe, então, essa visão com certeza o desenvolvimento emocional também é embutido.

Como eu vim para o curso com outra cabeça, eu fiz a minha formação, tentei fazer o melhor possível. Em relação à faculdade, ela me deu todo o aparato para eu poder crescer, isso eu não posso reclamar. É claro que tem uma ou outra matéria, ou algumas coisas que você sempre acha que poderiam ter sido melhores e que você poderia aproveitar mais, mas eu acho que a faculdade me deu todo o embasamento e eu já tinha uma base anterior e então, assim para mim foi mais fácil de desenvolver.

O laboratório de simulação no aprendizado é muito válido! Essas aulas práticas são válidas porque você é “pego de surpresa”! Então, pelo menos, você não vai chegar na hora..., você vai pelo menos tentar trabalhar com aquela expectativa de um primeiro contato. Aqui [nas aulas de simulação e *workshops*] pelo menos isso é proporcionado, esse primeiro contato aqui na faculdade. Pelo menos tem isso. Você fora daqui, você vai tentar trabalhar com isso que já vivenciou. Durante as aulas de simulação é comentado: O que vocês acharam? Como vocês se sentiram? Eles abordam tudo isso. Eles ‘passam’ o caso. Aí tem a simulação, o aluno é colocado frente a aquela situação e tem que dar a conduta. Depois disso, eles comentam, falam o que está certo, o que está errado, te orientam e perguntam o que a gente achou? Qual é a sensação? O que a gente esperava. A gente tem a oportunidade de se colocar. O aluno é sempre colocado em primeiro lugar.

Acho que de forma geral, sobre as expectativas, sobre a minha formação, acho que de forma geral, eu consegui abordar. Sou bem realista. Estudo bastante!

Quanto à residência, caso não aconteça, vou trabalhar e vou estudar bastante. Pretendo trabalhar umas três vezes por semana, dar plantão três vezes por semana. Faria assim: daria plantão, trabalharia três dias e estudaria o restante dos dias.

O próximo ano depende do que acontecer comigo no final deste. Não sei exatamente se eu trabalharia no PSF no ano que vem, que é uma forma de ganhar dinheiro, porque exigiria um pouco mais de tempo. Porque PSF você tem horas a cumprir, então talvez ocupasse um pouco mais do meu tempo. Então, assim, o meu objetivo pelo menos o ano que vem é eu ganhar dinheiro, mas não visando o dinheiro em si, mas um dinheiro que eu consiga sobreviver, mas que eu tenha mais tempo para estudar. Que o meu objetivo é a residência.

A entrevista foi encerrada, agradei a Eça pela contribuição, ela respondeu de forma gentil, sorriu e nos despedimos.

História oral de vida de Ata

Na primeira data que foi agendada, Ata não pode comparecer. Ficou de ligar e marcar novamente, o que de fato fez. Ficou marcado para 05/06/2012, na faculdade. Conseguiu-se uma sala desocupada e a entrevista foi feita sem interrupções e sem interferência de ruídos.

Ata nasceu em 17/06/1986, em Mauá/SP, e estava prestes a completar 26 anos (faltando 12 dias). A mãe tem curso superior completo e o pai tem 2º grau completo. Mora com amigas na cidade de São Paulo há cinco anos, para fazer o curso. É solteira, sem filhos, nunca trabalhou e sua família tem renda na faixa de R\$ 4.854,00 a R\$ 6.329,00. Ata está no 10º semestre, 5º ano, da faculdade. Sua aparência física é frágil, pequena, magra, mas quando fala sua voz soa alto e em bom tom e fala sem “rodeios”.

Ah! Eu sempre gostei, mas eu sempre tive muito medo de fazer Medicina, mais por não passar no vestibular, tanto que no colegial eu não prestei Medicina, eu prestei biologia, sempre gostei dessa área mais de saúde. Queria fazer biologia para fazer genética, porque já estava dentro da Medicina. Aí, acabei, fiz vestibular, não passei, porque não estudei 17 anos, não estava interessada. Aí comecei a fazer cursinho e no cursinho, eu falei: “Não! Eu vou perder esse medo e vou fazer Medicina.” Eu sempre gostei, sempre achei uma área interessante e vou, vou tentar. Aí, comecei a correr atrás, demorei três anos e meio para passar no vestibular. Três anos e meio de cursinho. Estou com 25 anos. Vou fazer 26 na próxima semana. Eu estou no décimo semestre. Falta um ano para me formar, será em junho do ‘ano que vem’, em junho de 2013.

Desde que comecei a fazer o cursinho até hoje sempre lidei com os prós e os contras, né. É cansativo para caramba! Tem época que eu fico um mês sem ver a minha família, não consigo voltar para casa. Tem que estudar, cansa, mas eu gosto demais! Acho que quando você chega ao hospital e os pacientes vem conversar com você, ainda é estranho! Os pacientes chamam de doutora, a gente não está acostumada, mas é muito gostoso! Vale muito a pena, vale o esforço. Se você gosta de verdade, vale o esforço. No começo tem as matérias chatas, que você odeia, que você sabe que nunca mais vai usar na vida (risos), mas vale a pena!

Primeiro e segundo anos são bem chatos! Tem muita matéria que para gente é assim, no começo a gente tem que saber, mas muita coisa que hoje eu não uso para nada. E eu sei que na minha vida, depois, com o que eu escolhi, eu não vou usar para mais nada. Eu quero cirurgia. (risos)

Pretendo começar agora em julho o cursinho para a residência, é quando eu entro para o sexto ano. Já quero começar a estudar para prestar no hospital que a gente faz o internato, quero passar lá no Mandaqui. Gosto de lá. Quero fazer a minha residência lá.

Cirurgia Geral são dois anos. Aí você pode escolher o que você quer fazer depois, se é pediátrica, plástica, vascular, ou continuar na GA (Cirurgia Geral Avançada) e fazer mais um ano. Aí

vai depender do que você escolher, isso eu não escolhi ainda. E lá, no Mandaqui, é bem concorrido! É bem concorrido e bem puxado!

Na família, eu sou a primeira médica, pioneira!

(Seu rosto se abre em um sorriso largo e seus olhos se iluminam)

Eu moro só com minha mãe e meu irmão. Os meus pais são separados desde que eu era pequenininha, eu tinha cinco anos quando eles se separaram e eu não tenho contato com o meu pai. A gente já brigou muito, ele ainda até me procura, mas eu não tenho mais contato. Tem o meu irmão, que faz engenharia, minha mãe foi professora durante muito tempo, agora está aposentada. O meu tio, irmão da minha mãe, que é como se fosse meu pai é engenheiro. Meus primos são pequenos. Eu sou a primeira médica da família. (risos). A primeira a encarar! Eu sou a mais velha. O meu irmão tem 21. Minha mãe foi professora de português e inglês. O meu pai não fez faculdade. Nem sei até que ano ele estudou. Não me interessa muito, acho que ele já me magoou muito para eu ficar procurando por ele.

Entendo que meu tio seja meu pai, foi ele que me criou, meu tio que é irmão da minha mãe. É ele sempre que me ajuda nos meus estudos. Sempre me ajudou em tudo, considero mais ele (risos).

Financeiramente é complicado! A faculdade mesmo, eu tenho financiamento do governo, eu não pago. Faço pelo Fies vou pagar depois. Porque o meu tio pagou o começo da faculdade, mas ele tem dois filhos também que agora estão na escola, então fica complicado. Eu acabei pegando o Fies porque a minha mãe não tem como pagar uma faculdade, mas ela me ajuda a me manter, ela e meu tio, os dois me mantêm em São Paulo, cada um paga uma parte, porque tem aluguel, tem comida, livro e tem - a gente quer comprar roupa -, mulher quer comprar roupa. A gente quer sair, sempre tem gasto. É complicado, mas o Fies aliviou muito.

Minha mãe mora no ABC, mora em Santo André. O tio também. Todo mundo de lá. Só eu que moro aqui. Eu moro com uma menina da faculdade. Comecei a morar esse ano com outra menina. Quando eu morava aqui perto da faculdade, eu morava sozinha, num apartamento pequenininho, agora estou morando com uma amiga minha, da minha turma.

Ah! Eu gosto de viajar, agora no feriado a gente vai viajar com as amigas, vai uma turma viajar, mas eu gosto às vezes até de ficar em casa, assistir filme. A gente sai bastante para barzinho, para uma balada, para dançar. Mas eu gosto de bastante coisa! Adoro ir para casa, ficar com a minha mãe, que a gente é muito ligada. A gente é bastante ligada, então eu gosto de ir para lá, ir ao Shopping. Só de sair do hospital e não ter que ficar lá o tempo inteiro, já dá uma distraída muito boa. Só de poder ficar em casa um pouco.

Sou totalmente sedentária! (risos) Sempre fui. (risos) Quando eu chego em casa eu quero dormir e aí tem que fazer trabalho, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo, e eu não quero fazer mais nada, não dá.

A minha vida pessoal... tem que adequar, né? Eu não namoro, mas você consegue adequar, quando você quer. Eu tenho amigas que namoram, fica mais complicado, porque tem menos tempo. Mas dependendo da pessoa, se a pessoa é compreensiva, às vezes é alguém da área também, alguém que faz Medicina, ou que já fez Medicina, que está recém-formado, acaba vendo que é isso mesmo, que ou aguenta, ou não fica junto, mas tem como adequar, sim. Não tenho namorado ninguém recentemente, não. Só tenho ficado com alguém, mas namorar não.

Ah! Não sei! Acho que se eu conhecesse alguém, estivesse junto com alguém que eu gostasse, eu pensaria em ficar junto. Mas a minha prioridade agora é pensar na minha vida, no meu estudo, é trabalhar e ter uma vida. Acho que as coisas vão acontecendo, não adianta a gente ficar atropelando ou querendo muito, porque parece que quanto mais a gente quer, menos a gente consegue. Então deixa ir acontecendo, a gente vai vendo o que vai acontecendo. A minha prioridade é continuar, estudar mesmo e conseguir as coisas que eu quero na vida profissional, mesmo.

Eu acho que fazendo residência no Mandaqui, se abrem muitas portas de trabalho. Você conhecer os preceptores, conhecer os médicos de lá ajuda, porque eles acabam te levando para as equipes deles. Você acaba trabalhando em outros hospitais com eles. Eu acho que a carreira vai crescendo aos poucos. É difícil, começo de carreira, eu sei que eu vou dar muito plantão, que eu vou viver de muito plantão, cirurgia, que é complicado, mas aos poucos, você vai crescendo e conquistando o seu espaço também.

Consultório a gente acaba tendo que ter. Você tem que ter para os seus pacientes que precisam de acompanhamento, para fazer ambulatório. Mas eu não sei se eu quero ter um consultório só meu ou se quero trabalhar dentro de um hospital.

Nunca desde o começo da faculdade, eu nunca quis, nunca pensei em ter um consultório meu. Eu sempre quis trabalhar em hospital, dentro de hospital. Eu não gosto de coisa muito calma, eu sou muito hiperativa, eu não gosto de ficar muito tempo parada, de ficar numa coisa sentada, não dá certo. (risos)

Depende do hospital o tipo de trabalho que você vai ter. Se você tem um hospital público é um tipo. Você pode fazer um concurso, você pode ser concursado, estabelecer um vínculo público, um vínculo com o Estado. Em hospital particular, depende muito do hospital. Cada hospital faz do seu jeito. Mas médico, se você não trabalha, você não ganha! Se você não tem um vínculo com o Estado, ou você trabalha, ou você não ganha. Em geral é isso, você não tem férias, você não tem vínculo. É autônomo, quando dá plantão, recebe por aquele período, por aquelas horas. que trabalhou.

O curso em si, aqui pelo menos, eu acho que não tem muito humanização. O que tem muito são as matérias, mesmo. No hospital a gente acaba pegando mais o jeito, que a gente vê o contato dos professores. Acho que a gente acaba se espelhando nos professores. Tem aqueles professores que a gente olha e fala: “Nossa! Jamais eu ia querer ser assim!” E tem aqueles que a gente olha e fala: “Nossa! Quero ser assim, me espelho nessa pessoa!”

Ai! Tem um professor nosso que ele é grosso com o paciente, grosso com a gente e você vê que é uma pessoa que não dá! Você não quer ser daquele jeito! Os pacientes se assustam, ele é pediatra. As crianças se assustam com ele! Eu jamais levaria... Se eu entrar num consultório e vir aquele pediatra, eu levo o meu filho embora! Em compensação, tem um que é otorrino, que é um amor de pessoa! Qualquer pessoa que entra no consultório dele, ele sabe conversar. Ele conversa com criança, ele conversa com adulto, tanto que ele operou o meu primo. Eu indiquei para a minha tia, dei o telefone do consultório dele, para ela levar o meu primo para passar com ele, que é criança, operou com sete anos. Indiquei para passar com ele, para ver, para atender, porque eu sabia que ele ia tratar muito bem! Acho que a gente acaba vendo. Digo: “Nossa! Esse profissional eu levaria, eu passaria, indicaria para alguém.” E outros que você fala: “Não! Jamais eu indicaria.”

(Comento que ela faz o exercício de se colocar no papel do paciente, com paciência de ouvir e ela concorda.)

É complicado..., às vezes, a gente está cansada, fica cansada, acaba cansada no hospital, mas acaba dando atenção, porque às vezes tem... Eu estou passando pelo pré-parto agora, aí eu fiz amizade com as pacientes. Teve uma que teve alta e que a filhinha dela ainda está na UTI, eu vou lá ver a neném dela, você acaba pegando... Você acaba se apegando, não tem porque não. Ah! Conversar cinco minutos não vai matar.

Não é um envolvimento que vai causar problema. Não! Você conversa, fica, a paciente conversa com você, pergunta. Ela perguntou como era fazer faculdade lá, como que era Medicina, ela é novinha também, faz faculdade, mas nada que vá atrapalhar.

Eu acho que não faz sentido essa frieza do médico para se defender. Lógico que tem situações que você tem que se fechar mais, dependendo do paciente, às vezes você atende pessoas que não dá para você fazer isso, mas você vê a situação que está ali, como é a situação, dá para você conversar com o paciente, não tem problema nenhum.

Eu não entrei na faculdade querendo cirurgia. No começo da faculdade eu nem sabia muito bem o que eu queria. Quando eu passei pela pediatria, eu gostei muito, eu gosto muito de criança, mais pelo contato assim, eu sou apaixonada por criança, eu tenho sobrinho, tenho primo, adoro criança! E quando eu passei no internato de pediatria, me decepcionei muito com a pediatria, com os pediatras e... No hospital que a gente passa, você vê, não é uma coisa legal! E... até então, no começo desse semestre, quando eu voltei das férias, eu falei: “Nossa! Vai ser o pior semestre da minha vida, porque eu vou passar por Ginecologia, Cirurgia, eu odeio os dois!” E eu comecei a passar pela cirurgia com muito medo, porque eu não me lembrava de mais nada de instrumentário, de nome de coisa, nada. Logo no começo, eu entrei na primeira cirurgia “super” nervosa, os residentes me ajudaram, me explicaram tudo. E logo depois, os residentes começaram a falar: “Meu! Você tem muito jeito para a cirurgia! Você faz as coisas direito, você tem muito jeito!” e eu me empolguei muito mais na cirurgia do que na pediatria, eu me apaixonei pela cirurgia. Que as minhas amigas chegavam a falar: “Meu! É você tem que fazer isso, Ata, você chega empolgada em casa! Você não tem vontade de não ir.” Eu não ligava de ficar até oito, nove da noite no hospital. Eu entrava em cirurgia todos os dias e até hoje a minha vontade é de estar lá, é estar lá! Eu gostei demais, eu me apaixonei pela cirurgia! Por mais que seja, eu sei que a residência é horrível! O pessoal usa... Os residentes que entraram agora (a turma), a maioria já emagreceu, você não para, é muita correria, mas eu tenho essa coisa de, se eu ficar dentro de um consultório parada o dia inteiro, eu surto! E na cirurgia, você tem consultório tem, mas você tem muito procedimento.

Tem os plantões é tudo emergência. Você atende clínica, mas você atende bastante emergência. Tudo que chega no Pronto Socorro de emergência chega para cirurgia. É a cirurgia que manda para o neurologista, para o ortopedista, tudo. É a cirurgia geral que atende.

É a cirurgia geral que atende todos os acidentados, todas as coisas que chegam no hospital no Pronto Socorro, faz a triagem.

Fim de semana, principalmente à noite, é muito. Mas, eu me apaixonei!

É mesmo assim, gosto de tomar iniciativa, agir, na faculdade, eu sempre fui a primeira a agir, eu sempre fui representante de sala, sou da comissão de formatura, eu sempre fui de “me enfiar” nas coisas para correr atrás, para brigar, para fazer as coisas. De assumir liderança. Sempre.

Eu acho o curso aqui tem as melhoras, tem as piores. Para a gente essa aula de terça-feira é uma coisa inútil, está atrapalhando a gente porque a gente vem aqui porque: “Ai! Vão dar meio ponto para você, se você vier aqui e fizer as provas.” Elas mandam a cada semana cem páginas para você ler, além de tudo que você tem que fazer lá no hospital, estudar para lá, porque não é só ir para o hospital, eu tenho prova a semana que vem, eu tenho portfólio para entregar, eu tenho prova prática.

Temos aula, prova, trabalho, apresento trabalho, tudo, no hospital. E a gente acaba vindo para cá, a maioria do pessoal acaba vindo para cá para assistir, para nem assistir aula para ficar, quantas vezes eu vim e fiquei estudando para a prova do dia seguinte de lá. Porque para mim é muito mais importante eu aprender o que eu estou fazendo, do que vir aqui ficar vendo aulas que eu já tive, inclusive iguais as que eu já tive, porque eu tenho slides iguaizinhos! Então isso, às vezes tem as piores, mas em compensação o *workshop* que teve sábado de cirurgia, foi ótimo!

Foi ótimo! Para gente foi muito proveitoso porque a gente pode fazer as coisas! Para você vir no sábado às 7 horas da manhã assistir uma aula de eletro, não dá. A gente está cansado. Então tem assim, a minha turma teve muito problema porque mudou o currículo, tem matéria que a gente não teve, matéria que a gente teve muito mal. Eu acho que a base da faculdade é muito problemática! A nossa farmacologia é péssima, a nossa fisiologia é péssima! Ou você corre atrás, ou você não sabe! A gente tem as aulas, mas por professores desatualizados, professores que não sabem passar o conhecimento e a gente acaba não aprendendo.

Chega no internato, os médicos começam a perguntar: “ Ah! Tal remédio, tal remédio”, a gente não sabe. A gente chega ao internato sem saber passar uma receita. A gente aprende tudo lá, eu acho. Tudo, a maioria das coisas que eu aprendi não foi aqui na faculdade! Foi dentro do Mandaqui, principalmente no Mandaqui, porque no estágio no hospital de pediatria, você não tem liberdade para fazer nada, você não tem liberdade. Os próprios residentes não tem liberdade! Então você acaba... É o Cândido. Você atende paciente, tá! Você aprende a fazer uma ótima anamnese e aprende a fazer exame físico, mas não aprende muita coisa. Eu acho que, o principal para gente lógico que, a gente gosta de fazer as coisas, então o Mandaqui é perfeito! Porque a gente tem liberdade. A sala de sutura é a gente que cuida, a gente que chama os residentes, vê. Ah! Está tudo certo, eles passam as medicações, assinam tudo, mas a gente que dá ponto, a gente tem muito mais prática lá. Eu acho que lá, os residentes estão mais abertos, eles explicam para gente as medicações, tudo, muito das coisas que eu aprendi, eu aprendi na prática, não foi na faculdade.

O pessoal de laboratório fala nem é com os residentes, é mais com o chefe de serviço. Às vezes até vai com os residentes, às vezes os residentes vão atrás também para pedir alguma amostra, alguma coisa assim para os pacientes. Na ginecologia, a gente tem muita amostra, às vezes para distribuir, para se precisar. No hospital, às vezes no hospital não tem, a gente tem guardado. Mas com a gente não tem contato nenhum.

Com os laboratórios de simulação, eu não tive muito contato. O núcleo foi montado no meu último semestre na faculdade, antes de eu ir para o internato. Eu tenho, eu estou tendo um pouco de contato agora.

Ele foi montado não no ano passado [2011], no ano retrasado [2010], só que o primeiro semestre que ele foi montado foi uma confusão, ninguém sabia mexer nos bonecos.

Os professores odiavam isso, ninguém vinha para cá. Tinha um ou outro professor que era apaixonado por isso. A gente vinha muito de vez em quando. Então eu mesma não tive mais contato. Quando eu estava na ginecologia, porque aí tem a “bendita” da boneca que simula o parto, mas fora isso, a gente não teve muito contato. E eu acho que para a gente agora do internato, voltar para treinar no boneco não tem graça nenhuma. Não tem. A gente tem muita coisa no primeiro *workshop* que a gente teve você vê. Ah! Vamos treinar sondagem de paciente no boneco. Eu já fiz em paciente de verdade. A gente acaba treinando lá no hospital. Ah! Vamos dar ponto no isopor, eu faço no paciente. Eu acho que para o pessoal que está entrando, que nunca chegou perto do paciente, é

legal. Você acaba vendo. O boneco simula até legalzinho. Ele faz, ele fica suado, ele geme, ele faz, os manequins “super” caros fazem bonitinho, as coisas. Mas para a gente que já teve contato, voltar do hospital para fazer isso, não acho que vale tanto a pena.

É bom para quem ainda não teve contato com o paciente. Que nem no sábado, que foi [*workshop*] de cirurgia [nos laboratórios da faculdade], foi legal porque a gente fez coisa que lá [no hospital] a gente não faz. Que é geralmente residente que faz, coisa de veia em peça de boi, é legal! Mas para a gente vir aqui num dia, uma coisa que não tem muito o porquê. Eu acho, eu sou totalmente contra voltar para a faculdade. É o que as coordenadoras novas querem. Trazer os internos de volta para a faculdade. Eu acho que já fiquei quatro anos aqui. Os últimos dois anos não é faculdade, não é nosso interesse, a gente quer ver a prática. A gente quer saber como atende um paciente, como faz no hospital. Não adianta a gente ver tudo lindo aqui! Que aqui tem, você chega tem todo o material, tem todas as coisas. Você vai no hospital não é assim. Tanto que na simulação a gente foi prender, nem lembro o que a gente foi fazer, acho que uma faixa, a gente foi enrolar para prender. Aí, a professora veio: — Não precisa prender desse jeito, tem fita crepe. A gente! Ah! Mas a gente não está acostumada com isso. Porque até a gente achar isso no Mandaqui, a gente já fez de outro jeito! A gente acaba se adequando ao que não tem. E para a gente voltar para ver tudo lindo aqui? A gente já viu tudo como é que é mesmo!

A ideia deles, pelo que eu estou sabendo da ideia deles que me contaram, é fazer para a gente treinar escrever com as “benditas” das provinhas de terça-feira e as provas práticas para o exame de residência.

Mas se você for ver por outro lado, acaba que a gente não está aproveitando.

E o que eu fiquei sabendo assim por fora (risos) é que não é voltado para a minha turma, não é voltado para a turma de sexto ano. Está voltado para a turma que está rodando comigo que entrou no quinto ano agora. Principalmente é para eles, vai treinar bem eles, porque eles vão passar o quinto ano inteiro fazendo isso.

A gente acabou caindo de paraquedas no meio da história. Porque já que eles vão ter fazer, nós vamos ter que fazer também.

A minha turma de treze alunos, tem três vindo às aulas de terça-feira. Os outros dez desistiram. Desistiram completamente, não vale a pena. Quantas vezes a gente tem muito mais coisas para fazer. Eu acho muito mais proveitoso ficar na minha casa. Às vezes, eu estou de pós-plantão, estou cansada, tenho coisas para fazer no dia seguinte, eu acho muito mais proveitoso ficar em casa, descansar e fazer o que eu tenho que fazer para o hospital, para o meu internato do que vir para cá.

É o pessoal praticamente todo mundo já desistiu. Porque não vale meio ponto vir aqui toda terça-feira que é o que elas querem. Elas botaram nota, para ganhar nota para incentivar. No *workshop* vem todo mundo porque só de você vir, já ganha meio ponto. Então, só a sua presença aqui da manhã inteira, você ganha meio ponto. Que nem sábado, foi casamento do irmão da menina que mora comigo. Para ela foi uma correria vir no *workshop*, mas ela veio, ficou aqui até o final. A gente saiu daqui foi para a cidade dela, se arrumar para poder ir ao casamento. E ela era madrinha! (risos)

Tem o laboratório de anatomia. É a gente mexe só no primeiro semestre mesmo, primeiro, segundo semestre que a gente passa por anatomia. É que depois tinha uma matéria que o meu grupo, minha turma já perdeu, que é de anatomia topográfica, que a gente pegava um cadáver do início e a gente dissecava o cadáver inteiro. Mas aí a faculdade não estava conseguindo mais cadáver, estava complicado e tiraram a matéria. Então a gente não teve. A gente treina assim, as coisas que a gente treina no *workshop* teve é língua de boi, é peça de porco. Aí a gente treina nisso. Era esôfago de porco e uma língua de boi, bem nojentos por sinal.

Acho que para escolher a profissão de médico não influenciou essa questão de *status*, não, mas a gente espera ganhar bem pelo menos. Depois de tudo que a gente gastou, tudo que a gente se esforçou, a gente espera. Mas eu sei que depende muito do trabalho também, você consegue ganhar bem, mas tem que trabalhar muito. Então não adianta fazer Medicina esperando que: “Ah! Só porque eu vou ser médico, eu vou ser rico, eu vou ter dinheiro”, não adianta. Você vê que, eu tenho professores que são muito bem de vida, tem cirurgiões inclusive, um que eu idolatro, para mim eu quero ser igual a ele, mas não é porque ele não trabalha, porque ele trabalha e muito! Muitas horas por dia e em vários hospitais, várias cirurgias, e tem que correr atrás.

(Ata encerra falando um pouco de seus planos pessoais.)

Casar, ter filhos, formar família... Tenho vontade. Tenho sim.

Está mais distante. Acho que para minha amiga que já namorou a faculdade inteira, já tem esse plano mais perto, porque já está namorando há um tempo. Mas agora eu que não tenho ninguém. Começar a namorar agora, conhecer alguém, tem muito tempo pela frente ainda, não precisa fazer as coisas correndo. Com calma, eu quero, não adianta também ter filho no meio da residência, não adianta. Para ter filho, eu quero ter uma estabilidade, quero trabalhar, quero ter uma vida boa, para poder dar uma estabilidade boa para eles, eu quero.

Agradei e nos despedimos. Ela sorriu quando comentei de seu esforço em chegar para a entrevista em um dia de chuva.

3.4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Apesar do momento de mudanças pelo qual passava o curso no período em que foram realizadas as entrevistas, como já foi comentado, e das resistências que naturalmente surgem diante de qualquer situação de mudança, as colaboradoras se manifestaram bem favoráveis diante da possibilidade de narrar suas histórias, conquistas e dificuldades. Houve atitude de interesse e compromisso, da parte de todas, em manter as datas e horários agendados e relatar com franqueza suas histórias, impressões, opiniões.

A análise das narrativas das colaboradoras foi feita partindo da questão central desse estudo, que é identificar quais são suas expectativas, como estudantes de Medicina, em relação ao futuro pessoal e profissional. Em especial, destacou-se na história das entrevistadas o que está relacionado com: 1) o porquê da escolha e as expectativas pessoais e profissionais; 2) a formação e a autoridade médica; 3) o trabalho como emprego e profissão; 4) a identidade e a subjetividade. A partir daí foram construídas as categorias de análise. Procurou-se depreender da narrativa como os sujeitos vêm sendo afetados nessa trajetória, e como isso os influencia em suas escolhas, na constituição das expectativas, no delineamento das visões, em suas vivências e nas mudanças ocorridas ao longo do processo.

Essa análise buscou contemplar a dimensão do indivíduo e a dimensão social que o envolve e afeta, ao analisar sua história de vida, suas experiências, expectativas, sonhos e projeções para seu futuro pessoal e profissional. O estudo parte da concepção histórico-social do indivíduo e de sua constituição como sujeito, cujo desenvolvimento está submetido à lógica do capital, em que sua subjetividade e construção de identidade respondem a uma concepção de vida e trabalho atrelada àquela lógica.

A seguir, a análise feita conforme as categorias construídas, a partir da narrativa das colaboradoras, conforme já indicado acima, quais sejam: escolha da profissão/ expectativas pessoais e profissionais; formação/ autoridade médica; trabalho/ profissão/ emprego; identidade/ subjetividade.

Essas categorias emergem das entrevistas, uma vez que aproximam os conteúdos apresentados pelas entrevistadas, embora se entenda que por vezes vários outros aspectos estão envolvidos e imbricados com os demais.

Apresentando novamente nossas colaboradoras, temos: Ani, com 25 anos, cursando o 10º semestre; Eka, com 25 anos, cursando o 9º semestre, Eça, com 30 anos, cursando o 11º semestre; e Ata, com 26 anos cursando o 10º semestre.

3.4.1. Escolha da profissão/ expectativas pessoais e profissionais

A reunião das expectativas tanto pessoais quanto profissionais à escolha da profissão se deveu em grande parte à forma como foram apresentadas nas histórias de vida das entrevistadas. Pode se entender, também, que ao escolher uma profissão, a pessoa projete seu futuro profissional e conseqüentemente a maneira como irá conduzir seus relacionamentos, família, amigos e tudo o mais que envolva a esfera pessoal. A sociedade tem seus padrões e dita suas regras, em que estão envolvidas as escolhas pessoais e profissionais, haja vista a importância da identidade profissional na vida pessoal do sujeito desta pesquisa, como já apresentado anteriormente no capítulo II.

Essa sociedade que apregoa a liberdade do sujeito, mas controla sua vida até em seus meios de divertimento, no que seria seu tempo livre, nos remete ao que Adorno (2011, p.104), pondera sobre a “não-liberdade, tão desconhecida da maioria das pessoas não-livres como a sua não-liberdade, em si mesma.” Pouca ou nenhuma consciência é possível sobre a não-liberdade quando os indivíduos têm a ‘garantia de escolha’ por todos os meios aparentes das atividades sociais. A começar, as pessoas são livres para escolher em quê e onde trabalhar, pelo menos é o que se anuncia. Fora de seus horários de trabalho, são livres para escolher sua maneira de aproveitar o tempo livre, pelo menos é o que se divulga. Estão “convictas de que agem por vontade própria” quando, na verdade, “essa vontade é modelada por aquilo do que desejam estar livres fora do horário de trabalho” (p.104). O autor

sinaliza, em seu comentário, como já discutido no capítulo II, o quanto a liberdade é uma ilusão manipulada segundo interesses de quem controla os meios de produção, de trabalho e capital.

Mas, mesmo em âmbito restrito, de forma não totalmente consciente, o sujeito faz escolhas, sejam elas grandes que envolvam a condução de sua vida, ou pequenas escolhas do dia a dia de cada um, e entre elas, uma das mais importantes é a escolha do trabalho, ou profissão.

A escolha da profissão pode estar relacionada com a forma como se quer ser visto pela sociedade, com a identidade que se quer assumir no mundo do trabalho, e com a repercussão social que tem essa identidade, tanto do ponto de vista de valorização quanto de respeito e autoridade. Ao escolher uma profissão é inerente a escolha pelo que ela representa no meio social ao qual a pessoa pertence, ou do qual quer fazer parte.

O fato de escolher uma profissão, que exige um preparo longo e dispendioso, em muitos aspectos, inclusive no financeiro, faz desse grupo que pôde escolher a Medicina, um grupo considerado privilegiado socialmente, na cultura capitalista. O curso de Medicina está entre os mais longos, apenas a graduação tem a duração de seis anos, sem considerar os tempos de residência e especialização, que se seguem à conclusão do curso. Estes podem durar outro tanto, e são tão necessários diante das exigências atuais de mercado, que se tornaram uma continuidade natural da formação. Também é, fundamentalmente, um dos cursos mais caros, senão o mais caro, dados os custos que o envolvem.

Mesmo que o aluno e sua família, não disponham de todos os recursos financeiros para bancar a graduação, e o estudante faça o curso tendo o auxílio de um financiamento, como o do Fies, ou ainda, que seja bolsista do Prouni, as despesas de manutenção dos materiais de estudo e da vida, são altas. Podem incluir até despesas com moradia, quando precisam morar em cidade diferente da residência da família, para ficarem próximos ao curso.

Tomando a escolha como ponto de partida nesta análise, é interessante destacar que na história das entrevistadas, a Medicina surge como: predileção pela área de saúde; sonho de criança ou adolescente; como a ideia de atuar em resgate inspirado por filmes ou programas de televisão, ou mesmo na emergência dentro dos hospitais, em que é exigida prontidão para a ação; vontade de ajudar em resgate e atendimento de vítimas; ou tradição familiar. Em dois casos já havia

médicos na família, como no caso de Ani, de quem pai e avô são médicos e no de Eça, de quem duas irmãs mais velhas já são formadas em Medicina.

Eka também tem a mãe que é da área de saúde, é enfermeira obstétrica e professora na faculdade de Enfermagem. Mãe que ela declara como sua inspiração: “ela é a minha maior motivação!”. Conta que faz tudo para que sua mãe sinta orgulho dela, que se inspira no esforço que a mãe faz para sustentar os filhos, para ter ânimo e força de enfrentar os próprios desafios de fazer o curso: “E acho que a inspiração foi ela! Minha maior inspiração veio de vê-la trabalhando, se esforçando, ela trabalha em três empregos para sustentar a mim e a meu irmão.”.

A escolha da profissão a partir do que gosta de estudar e de fazer foi um dos pontos levantados por Ata, que gostava da área de saúde, de áreas biológicas, de genética, mas tinha medo de enfrentar o vestibular de Medicina, até que se encorajou e partiu para um desafio de estudar muito. Como ela mesma disse, tinha passado até os 17 anos sem estudar: “demorei três anos e meio para passar no vestibular. Três anos e meio de cursinho.”.

Eça também referiu que a escolha estava ligada ao seu gosto pela Medicina: “Sempre quis a área médica, tanto animal como a área humana, mas fui para Veterinária.” Ao se formar em Veterinária, atuou dois anos, mas queria estudar Medicina. Foi incentivada pelos pais e hoje, aos 30 anos de idade, está prestes a se titular como *médica generalista*.

Diante da possibilidade de escolha da futura profissão, o que leva um indivíduo a escolher uma, e não outra? A escolha, em si, presume que o sujeito tenha todas as possibilidades diante de si. Esse já é um momento difícil, em que cada um procura analisar os parâmetros, modelos e referências que percebe em seu contexto como pontos de apoio para a decisão. Essa escolha profissional está ligada à identidade que a pessoa assumirá perante o grupo a que pertence e a sociedade como um todo. Aliado a isso, se tem que o ato de escolher implica no abandono das outras opções.

Tendo em vista essas implicações e concordando nesse sentido, temos a afirmação de Bock (1999) de que a escolha profissional envolve conflito, perda, risco e coragem. Sempre na escolha, na decisão entre mais de um caminho a seguir, haverá a perda do que foi preterido, o que em si pode gerar conflito. Quando a escolha está baseada em parâmetros do que mais gosta, ou do que percebe que

tem aptidão, como foi citado pelas entrevistadas, isso envolve coragem de assumir os riscos que suas preferências indicam como caminho a tomar.

Esforço para vencer as barreiras, como no caso de Ata, que precisava estudar o que não havia estudado em “17 anos”, para conseguir vencer a barreira do vestibular. E cada uma já vivendo o conflito entre suas perdas e ganhos, não apenas em termos do escolhido e não escolhido, mas como consequências de sua escolha. No caso delas, a dedicação exigida de tempo e esforço, tanto para a formação como para a atividade profissional que foi abraçada. De certa forma Eça, tenta equilibrar, ao pensar em uma especialização que lhe permita melhor “qualidade de vida”, exigindo menos dela no exercício da profissão. O que corrobora a afirmação de Bock (1998) de que a escolha profissional faz parte do projeto de vida de uma pessoa. A escolha significa fazer projeto de futuro.

Indica Bock (1998) que a escolha de profissão também requer de quem escolhe uma elaboração de características do sujeito e do mundo em que irá atuar. É preciso que a pessoa faça um exercício de se conhecer, mais do que descobrir vocação, diz o autor, é a hora de olhar para o seu passado, no nível pessoal e social, como também para o presente e futuro, em que é preciso conhecer as profissões e a realidade sociopolítica e econômica-cultural que dá contorno a essa decisão. Avaliar suas aptidões e o retorno que a profissão escolhida poderá lhe permitir.

A escolha envolve aspectos do mundo externo e do mundo interno do sujeito. Retomando o que nos indica Bohoslavsky (1998), na escolha de uma profissão há uma projeção de *quem* a pessoa quer ser, sendo muito influenciada por modelos, pessoas que o jovem admira e idealiza.

O que se pode observar em três casos é a presença de profissionais de saúde na família das estudantes, em dois casos já há médicos na família, como no caso de Ani, e de Eça. Ani demonstra admiração pelo avô: “Eu via o meu avô como uma pessoa que eu sempre admirei. Tinha muito orgulho dele porque ele era muito inteligente. Eu sempre me espelhei bastante no meu avô.” Embora Ani diga que nem sempre pensou em ser médica, desde criança queria ser paramédica, trabalhar em resgate.

Como já citado anteriormente, Bohoslavsky (1998), indica como fator importante na escolha de uma profissão a projeção de querer ser como alguém que a pessoa conhece e idealiza. No caso de Ani, além das figuras de pai e avô

médicos, a inspiração veio dos heróis das séries de TV, dos paramédicos, em suas palavras: “Quando criança eu queria ser paramédica por causa dos programas de televisão, queria trabalhar com resgate, essas coisas.”.

Situação em que também se pode perceber uma influência da indústria cultural, como já citado com Adorno e Horkheimer (1997), em que o indivíduo se deixa conduzir pela imagem do herói do cinema, ou de pessoas que lhe servem de modelo e a quem busca imitar.

Eça ao referir-se a sua escolha indica que sempre quis a Medicina, fosse animal ou humana. Mas ficou desgostosa com o mercado de trabalho como veterinária, o que a fez pensar em redirecionar sua carreira. Tendo duas irmãs médicas, se inspirou: “Minhas irmãs são médicas, aí eu resolvi fazer Medicina, tive a oportunidade e prestei vestibular.” Sua escolha abrange a ideia de montar uma clínica com as irmãs e com o namorado, que também está cursando Medicina e que irá se formar um ano depois dela.

No caso de Eka, sua mãe é enfermeira obstetra, o que faz pensar em seguir a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia. Mas não foi desde pequena que fez sua escolha. Ao observar a família, procurou os modelos, em quem se inspirar. Tendo os tios engenheiros, conseguiu perceber que não era aquilo que queria: “acompanhando a rotina deles, eu via que aquilo não era para mim. Aí eu me virei para biológicas” — e, dentro das biológicas, acabou escolhendo algo semelhante ao que a mãe faz: “Aí, de ver a minha mãe, assim na rotina dela, eu acabei conhecendo alguns médicos e acabei escolhendo que eu ia fazer aquilo, mas não foi assim desde pequena [...]. Foi depois mesmo.”.

Observar os modelos que ela conhecia e admirava foi uma das maneiras que a ajudou a escolher. O que se percebe nas escolhas também nos faz pensar sobre o nível de consciência e liberdade que cada um exerce ao escolher. Além de todas as influências sociais que dão o senso de realidade, e os limites de cada um, a escolha muitas vezes alcança pouco além, ou nem isso, do mundo mais próximo de convívio da pessoa e de acordo com os valores dela.

Já Ata se declara a primeira na família, “pioneira”, e sua expressão é de orgulho ao dizê-lo, por ter tido a coragem de enfrentar o desafio dessa escolha. As outras alternativas, que ela pensou, também eram ligadas a área de saúde. Em sua escolha, Ata não faz alusão a um modelo. Apenas sua preferência por área de estudo é elencada, assim como o fato de escolher algo próximo, que seria a

Genética, por medo de não ter competência para enfrentar o que realmente queria, que era a Medicina.

A influência das famílias pode ser percebida nas narrativas, nem sempre de uma forma direta, mas em todos os casos as escolhas foram aceitas e incentivadas, mesmo no caso de Ani, em que seu pai tentou dissuadi-la, mas quando percebeu sua vontade firme, passou a incentivá-la.

Conforme visto com Horkheimer e Adorno (1973c), a família recebe e exerce influência de caráter social. Mesmo sendo um refúgio para o indivíduo recarregar suas forças diante das exigências da sociedade, a família também exerce uma pressão no sentido de a pessoa adaptar-se e esforçar-se para “ser alguém”, mesmo que isso envolva aprender a satisfazer e agradar os outros. “Os outros” no caso das entrevistadas, são parte da sociedade representada de maneira próxima nas figuras dos residentes, dos atuais professores e possíveis futuros chefes. São aqueles que figuram as autoridades bem adaptadas em seu meio social, que atingem o esperado do que é ser um sujeito bem sucedido em suas tarefas sociais. Servem de modelos a serem seguidos mais de perto, nesse momento de suas vidas, por aqueles jovens que já fizeram a escolha do curso, e agora deverão fazer a escolha da especialização, da residência.

No caso de Ani, pela sua narrativa, seu pai a dispensaria de provar qualquer habilidade profissional, mas ela se sente desafiada e estimulada a ser uma boa profissional, escolhendo inclusive uma especialidade que vai lhe exigir muito, em suas palavras, que é a neurocirurgia. O estímulo que recebe do pai é para aproveitar, inclusive desencorajando-a do esforço e indicando sua visão de vida para a filha: “Não! Eu compro um hotel para você, você vai ser dona de um hotel, você vai só aproveitar, só!” O avô também não queria, conforme ela disse, sua visão era machista, por ele ser bem velhinho, em uma concepção “machista” de que “a mulher tem que ficar em casa cuidando dos filhos, que eu não deveria ser médica, porque eu não ia ter uma boa qualidade de vida, e nem proporcionar para os meus filhos.”

Essa visão “machista” declarada do avô pode ser inferida, de forma sutil, no “aproveitar” que seu pai lhe recomenda. Pode-se dizer que é como se a barreira colocada por eles a tivesse estimulado a ir em frente, à custa inclusive de não ter uma vida nos padrões femininos indicados por sua família, de casar e ter filhos. Haja vista o que ela diz quanto à sua escolha de profissão: “minha perspectiva não é a comum, a habitual, que é casar, ter filhos, assim tudo certinho, igual a toda mulher.

Eu acho que a minha profissão não vai me permitir [...]”. Não cabe nesse trabalho entrar em uma análise mais profunda desse caso quanto às motivações, sejam positivas ou interpretadas como desafio e necessidade de ocupar um espaço próprio, como indivíduo e não como a filha, a neta, mas vale destacar que provavelmente a motivação foi a de ter sua própria identidade, provar sua capacidade de conquistar por si mesma.

Quanto as suas escolhas e expectativas profissionais, as futuras médicas indicam que preferem trabalhar em hospitais, em vez de consultórios, mas não descartam a possibilidade e a necessidade de terem também esse atendimento. No caso de Eça, ela quer montar uma clínica com o futuro marido e as irmãs. Já Ata é enfática ao dizer que nunca pensou em ter um consultório dela: “Eu sempre quis trabalhar em hospital, dentro de hospital. Eu não gosto de coisa muito calma, eu sou muito hiperativa, eu não gosto de ficar muito tempo parada, de ficar numa coisa sentada, não dá certo. (risos)”.

Ao mencionarem suas expectativas, as entrevistadas elencam o desejo de ganhar dinheiro e de aprimorarem-se na profissão. O retorno financeiro é uma consequência esperada de quem investiu tanto em um curso e uma formação, tão dispendiosos. Dito de forma clara por Eça:

Em relação a dinheiro, eu acho que o investimento é muito alto. Além da responsabilidade que é muito grande. Não que eu diminua a responsabilidade de outros cursos, mas o dinheiro que se paga, o investimento que se faz é muito alto, então o que se recebe, eu acredito, que não seja muito para a carga de responsabilidade que se tem, dependendo da área que você estiver trabalhando, porque o médico acaba com a sua saúde para cuidar dos outros.

O retorno financeiro como algo almejado, pode ser visto também nas afirmações das outras entrevistadas, quando referem a prioridade em ganhar dinheiro para continuar se aprimorando para um mercado de trabalho competitivo em que, quem quiser ganhar bem, tem que trabalhar muito. Nas palavras de Eka: “Você tem que trabalhar muito, dar muito plantão para ter uma renda boa, pelo menos no começo.”.

Ao mencionarem suas expectativas, é possível identificar uma mudança na visão que tinham acerca da profissão de médico ao escolher o curso, e que têm agora, quando estão no final da graduação e diante da escolha da residência.

Em alguns relatos, como no caso de Eka, a visão do médico, era a de quem é atendido:

É, no começo eu achava que era tranquilo o trabalho do médico, era atender paciente. Era aquela realidade que eu tinha de quando ficava doente e ia ao médico. E você vê que não é assim, que é puxado. Você tem que trabalhar muito, dar muito plantão para ter uma renda boa, pelo menos no começo. [...] Acho que no início do curso era mais livre o conteúdo, agora é responsabilidade. É tensão, é antes era... Não sei te explicar, era fácil. Agora que começou a pesar, realmente o peso da minha escolha, da consequência da minha escolha. Mas antes eu não tinha noção do que era Medicina. Para mim era muito livro, muito conteúdo, mas pouco... Eu não pensava nessa relação que lá para frente eu vou ter com o paciente, porque no começo é tudo muito estudar células, estudar pedacinhos do corpo, você não tem noção do todo, a noção do todo que agora eu estou tendo de forma mais ampla.

O peso da escolha está sendo sentido no momento que se aproxima o final do curso e a aluna percebe a realidade de dar conta da saúde de outra pessoa. Uma pessoa inteira, não em pedacinhos, como era vista nas disciplinas dos primeiros anos, conforme seu relato. Pessoa real com quem terá uma relação de médico-paciente. Eka está cursando o 9º semestre.

Outra expectativa compartilhada é quanto ao estar responsável pelo paciente, sem supervisão de mais ninguém. Se em um primeiro momento existe a alegria de passar no vestibular, de haver conquistado o direito de cursar o escolhido, agora chegando ao final da graduação surge o medo de estar só diante do paciente, diante das situações, e errar!

Eça também declara seu medo diante do mercado de trabalho, mesmo e apesar de sua experiência anterior:

Como eu já conheço o mercado de trabalho, eu já sei o que me espera lá na frente. Ao longo desses anos estudei bastante, agora estou no sexto ano, meu medo, que eu acho que é o medo de todo mundo, é entrar para o mercado de trabalho e passar na prova de residência. A gente sai muito cru, tem muita carga teórica e pouca prática, você não tem a malícia de estar lá no dia a dia. E agora eu me formo no sexto ano. Juntamente com a faculdade estou fazendo cursinho para a residência, cursinho preparatório.

Essa é uma realidade dos alunos no final do curso, preparar-se para a conclusão satisfatória da graduação, dando conta da demanda da faculdade e de

preparar-se para o exame de residência fazendo cursinho, aos sábados, como Eça contou que faz.

Nas palavras de Ani, ao referir-se as suas expectativas profissionais, também aparece o medo, nesse caso o medo é de estar responsável pelo paciente, sem supervisão:

Quanto às minhas expectativas profissionais, quando me formar... A expectativa de me formar, eu tenho medo! (risos). A hora que o paciente for só meu e eu tiver que resolver tudo e que prescrever tudo. Hoje em dia eu me sinto muito mais segura para isso, sem dúvida, eu me sinto mais capacitada, mas dá um medo, dá um medo! Se eu fizer... E eu errar alguma coisinha com o paciente! É a vida dele! Eu posso estar prejudicando, em vez de ajudando. Dá um medo, principalmente no começo, que a gente não tem tanta experiência. Então dá um medinho! (risos).

O medo de errar é compartilhado também pela colega que já tem experiência profissional como médica veterinária. Ela não se surpreende com uma série de coisas, mas tem medo de errar com o paciente:

Eu, na verdade, tenho mais medo do que essa expectativa de: Ah! Vou ser doutora! Sabe? Tenho medo de fazer besteira. Medo de errar!

O medo de errar que Eça refere, também é compartilhado pelas colegas. Mesmo Eça sendo mais experiente, apresenta esse sentimento diante do futuro, em que estará sozinha responsável pelo paciente, sem a supervisão dos residentes e professores.

Retomando Ani, apesar do medo, ela espera “operar muito”, ter muito trabalho e ser bem-sucedida:

Quando for uma neurocirurgiã, eu acho que vou operar muito! (risos). A vida de neurocirurgião, pelo que eu vejo, é de bastante plantão. Depois de um tempo de formação é bastante eletiva também.

As entrevistadas enfatizam a responsabilidade diante da vida de outras pessoas, pertinentes à profissão que escolheram. Percepção que se torna mais clara no período do internato e que pode ser expressa pela satisfação do amadurecimento que vão conquistando e pelo receio diante da nova etapa que se descortina, de ser um profissional, não mais um estudante.

Seus planos revelam uma preocupação com o futuro quanto a ter uma colocação no mercado, o caminho para conquistá-la, que no entender de todas as

entrevistadas passa pela residência, e para a maioria depende de indicações de profissionais que já atuam na área.

As palavras de Ata retratam de certa forma o pensamento da maioria:

Eu acho que fazendo residência no Mandaqui, se abrem muitas portas de trabalho. Você conhecer os preceptores, conhecer os médicos de lá ajuda, porque eles acabam te levando para as equipes deles. Você acaba trabalhando em outros hospitais com eles.

Suas expectativas estão relacionadas com ter sucesso, fazer certo seu trabalho, ganhar dinheiro, estudar, especializar-se, melhorar sua condição profissional. Mais do que pensar em vida pessoal, namorar, casar, ter filhos, projetos que menciona, mas não como próximos de serem alcançados. Sendo que fazer a residência é o projeto mais próximo no momento, para todas. Em suas palavras:

Eu acho que a carreira vai crescendo aos poucos. É difícil, começo de carreira, eu sei que eu vou dar muito plantão, que eu vou viver de muito plantão, cirurgia, que é complicado, mas aos poucos, você vai crescendo e conquistando o seu espaço também.

As expectativas de Ani estão muito relacionadas com o tempo de residência que terá pela frente, de cinco anos no caso de neurocirurgia, e com a sua vida absorvida pela carreira, que ficará mais tranquila depois de bastante tempo:

Depois que você já está há bastante tempo na área, está conhecido, tem os seus pacientes, fica um pouco mais tranquilo, você não precisa depender tanto de plantão. Mas eu acho que no começo vai ser bem corrido. Vai ser muito plantão, vai ser cansativo, estressante, com certeza vai, mas ao mesmo tempo, gratificante!

Das quatro, apenas Eça tem namorado e já planeja o casamento e a constituição de uma família, mas é para depois do término de sua residência. Para ela falta apenas um semestre para graduar-se. Já para Ata, Ani e Eka, a prioridade é formar-se, trabalhar e fazer residência.

Como dito por Ata: “minha prioridade agora é pensar na minha vida, no meu estudo, é trabalhar e ter uma vida”. Sendo que “minha vida” não inclui um namorado no contexto em que foi dito. Planos para a vida pessoal como namorar, casar, ter filhos, constituir família, ficam adiados para depois da especialização.

No caso de Ani, ela não acredita que encontrará alguém que aceite o ritmo de vida que pretende ter, em suas palavras: “muitas vezes me vejo mãe, mas não me

vejo casada, porque eu acho muito difícil hoje em dia um homem aceitar o estilo de vida de uma médica, principalmente uma neurocirurgiã.”.

Eka comenta que seus planos estão relacionados a pagar o financiamento do Fies, que terá o prazo de dois anos para isso, e não sabe se conseguirá fazer a residência logo depois da faculdade, mesmo tendo escolhido a Ginecologia e Obstetrícia, em princípio, ainda tem dúvida se é isso mesmo que ela quer, sente-se insegura:

Então eu estou muito em dúvida ainda com relação à área. Eu estou insegura em escolher uma coisa e, depois, não ser aquilo que eu quero. Tanto em relação à qualidade de vida, de eu ter que trabalhar muito para conseguir dinheiro, para conseguir fazer uma residência direto. Não sei se vou ter condições de fazer direto a residência porque eu tenho que pagar o Fies, então é complicado! Eu estou bem insegura em relação ao futuro depois de me formar, do que fazer. Acho que a primeira linha vai ser trabalhar para pagar o meu Fies. O financiamento é de noventa por cento. Depois de formada tem a conta, com juros ainda.

Ao falar de suas expectativas pessoais, considera que embora tenha planos, não pode pensar nisso tão já:

A minha vida afetiva não está! (risos). Não está... Penso, quero constituir família, ter uma casa, emprego estável e tudo. Casar na igreja, bonitinho! (risos) Mas é a longo prazo. Primeiro preciso terminar a faculdade, acertar o Fies, para depois começar a pensar.

Ata também tem financiamento pelo Fies, cita que terá que pagar, mas sua referência é mais direcionada ao alívio financeiro que representou:

Financeiramente é complicado! A faculdade mesmo, eu tenho financiamento do governo, eu não pago. Faço pelo Fies vou pagar depois. Porque o meu tio pagou o começo da faculdade, mas ele tem dois filhos também que agora estão na escola, então fica complicado. Eu acabei pegando o Fies porque a minha mãe não tem como pagar uma faculdade, mas ela me ajuda a me manter, ela e meu tio, os dois me mantêm em São Paulo, cada um paga uma parte, porque tem aluguel, tem comida, livro e tem - a gente quer comprar roupa -, mulher quer comprar roupa. A gente quer sair, sempre tem gasto. É complicado, mas o Fies aliviou muito.

Esse é um exemplo de como, independente de pagar a faculdade ou ter o financiamento, os custos de manutenção da estudante podem ser altos, ainda assim. No caso de Eka, está em seus planos trabalhar para pagar o financiamento, já Ata não faz referência como pretende fazer isso. Quando se refere à vida futura, ela

ênfatiza o lado profissional, até porque disse que não tem namorado e que seria difícil começar agora um relacionamento, tudo o que faz é “ficar” com alguém, as vezes:

Ah! Não sei! Acho que se eu conhecesse alguém, estivesse junto com alguém que eu gostasse, eu pensaria em ficar junto. Mas a minha prioridade agora é pensar na minha vida, no meu estudo, é trabalhar e ter uma vida. Acho que as coisas vão acontecendo, não adianta a gente ficar atropelando ou querendo muito, porque parece que quanto mais a gente quer, menos a gente consegue. Então deixa ir acontecendo, a gente vai vendo o que vai acontecendo. A minha prioridade é continuar, estudar mesmo e conseguir as coisas que eu quero na vida profissional, mesmo.

A vida profissional é o que ela sente que pode conquistar nesse momento de sua vida. A vida pessoal fica em um segundo plano para ser observada, conforme for se apresentando.

Também o depoimento de Ani retrata um conformismo com a ordem de valores estabelecidos, em que uma mulher não alcançará a felicidade conjugal e familiar ao comportar-se fora dos valores administrados. Ela terá que optar entre a carreira e a vida pessoal.

Retomando Marcuse (2001, p. 35-36), quando faz referência à repercussão do capitalismo nas formas de desenvolvimento das pessoas: “a organização desse mundo por meio do processo de trabalho capitalista converteu o desenvolvimento do indivíduo em concorrência econômica e confiou a satisfação de suas necessidades ao mercado.”. O objetivo de todas as entrevistadas é conquistar uma condição financeira favorável, até porque é esperado da profissão que isso lhe seja garantido, não sem muito trabalho, mas garantido, como algo até natural dados os investimentos que são feitos.

Quando o sujeito diz: “Então deixa ir acontecendo, a gente vai vendo o que vai acontecendo.”, mesmo que seja no que diz respeito à vida pessoal, faz lembrar o que Horkheimer e Adorno (2011, p.47) disseram em relação ao célebre: “continuar ‘ir levando’ em geral se torna a justificação da cega permanência do sistema, ou melhor, de sua imutabilidade.” Isso imprime a condição de permanência da ordem estabelecida. A colocação dos autores refere-se mais a um conformismo com a ordem econômica e política estabelecida, mas o comportamento é o mesmo e de certa forma denuncia o que Marcuse chamou de cultura afirmativa, em que a felicidade da alma, entendida como as emoções, fica intangível no mundo material.

3.4.2. Formação / autoridade médica

Para as estudantes, conforme suas narrativas, formação em Medicina é constituída basicamente de três etapas, incluindo uma que vai além da graduação, mas é como se fizesse parte, sem a qual não se sentem completas como profissionais. A primeira etapa é compreendida pelos quatro anos iniciais da graduação em que os alunos vivenciam mais a sala de aula, mais a teoria e menos a prática, em que eles vão ao hospital, mas sua atuação é mais de observação, com poucas intervenções e em geral relacionadas a fazer a anamnese.

Suas opiniões sobre os primeiros anos variam entre ter as “matérias chatas”, dito por Ata, principalmente no primeiro e segundo ano, até opiniões mais isentas, como as de Eka e de Eça, que descrevem com mais clareza o que se passa nesse período dos quatro anos iniciais, em que as aulas são mais teóricas, em que acontecem visitas ao hospital, mas como diz Eka: “a gente não ‘põe a mão na massa’, a gente só observa.” Cita as áreas como cirurgia e enfermagem, em que observam os pacientes, sendo que, às vezes: “faz uma anamnese, um exame físico, até tem um contato” enfatizando novamente que a responsabilidade pelo paciente ainda não acontece, como no internato.

Eça faz uma explanação semelhante à de Eka, complementando que a frequência com que iam aos hospitais era de uma ou duas vezes por semana. Refere também as aulas práticas de laboratório, que aconteciam na faculdade.

A segunda etapa é constituída pelos dois anos de Internato em que os alunos vão para os hospitais, estagiar nas cinco grandes áreas da Medicina, ou seja: Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva. Esse é o momento em que terão a oportunidade de pôr em prática tudo o que aprenderam nos anos anteriores. É quando começam a ser chamados de doutores pelos pacientes, o que é muito representativo da realidade com que se defrontam, passarem a ser responsáveis pelos pacientes. Nas palavras delas:

Ani: Estar no Internato [...] da faculdade em si é a parte, é a hora que a gente se sente mais médico, que tem mais contato com a profissão, e principalmente com o paciente, para estudar o caso, então é a hora que a gente tem um pouco mais de responsabilidade.

Ani: Os pacientes tratam a gente por doutora. É... Alguns, em particular, que a gente acompanha por mais tempo no hospital, acabam criando um carinho também pela gente.

Eka: quando me chamam de doutora, ah! Não sei! É um nervoso! Às vezes você ouve que chama, ouve doutor, nem olha para trás, porque você nem acha que é com você. Eu não acho que é comigo ainda! Eu... Não caiu a minha ficha ainda! Só quando chama pelo meu nome, eu não respondo ainda por doutora, não sei, é muita responsabilidade ainda...

Ata: Tem que estudar, cansa, mas eu gosto demais! Acho que quando você chega ao hospital e os pacientes vem conversar com você, ainda é estranho! Os pacientes chamam de doutora, a gente não está acostumada, mas é muito gostoso! Vale muito a pena, vale o esforço. Se você gosta de verdade, vale o esforço.

Eça é a única que já tem uma experiência profissional e formação anteriores. Ela não se surpreende ao ser chamada de doutora. Nas palavras dela:

Eu não vejo mais essas coisas como uma novidade: *Ser chamada de doutora! Para mim, nossa! Vou ser médica! Nossa! Aquela coisa de fantasiar, já não tem.*

E a terceira etapa é a que está por vir após a graduação, a Residência Médica, entendida como uma continuação natural do curso de Medicina. Fica evidenciada a importância dada à especialização que, já durante a graduação, precisa ser definida e torna-se um alvo tão ou mais importante do que a conclusão do curso e a titulação médica. É uma das características da formação atual visando o mercado de trabalho, as especialidades, o que também irá influenciar a identidade desse profissional perante esse mesmo mercado. Nas palavras de Eka, a ênfase dada à residência:

Você tem um currículo melhor tendo residência, você está preparado para aquela especialidade que você escolheu. Tem isso! Você não tem preparo específico para aquela área que você quer se não fizer residência. Fora a concorrência, com certeza quem está mais preparado vai ter as melhores vagas, os melhores lugares, os melhores empregos. O treinamento que estamos tendo, em *workshops* e provas, é bom para as provas de residência, pelo menos espero que sim. Estou aproveitando! (risos).

Ao referir-se ao treinamento, Eka está falando da proposta de trabalho da instituição, implantada recentemente para os alunos do Internato, já citada antes. Em sua visão, é uma boa oportunidade de se preparar para as provas de residência. Visão não compartilhada explicitamente por Ata, que se prolonga em falar que julga

essa estratégia inadequada para os mais próximos do final do curso como ela, uma “perda de tempo”, no seu entendimento. Importante destacar que as alunas estão respectivamente no 9º e 10º semestres, ambas no 5º ano. Já Eça, no 11º semestre, fez comentários favoráveis às estratégias que têm sido utilizadas nessa nova proposta, retomados mais adiante no que se refere ao uso dos laboratórios de simulação.

Existe uma demanda bem grande no 6º ano com o Internato e os preparativos para a prova de Residência Médica que é encarada como uma continuidade natural dos estudos de formação. Não fazê-la é ficar com a formação incompleta e essa possibilidade só é considerada no caso de não passar na prova. Esse receio é comum aos estudantes.

As entrevistadas fazem referência à importância do apoio que têm recebido da família. As exigências de horários e atividades da formação não lhe permitem trabalhar, há total dependência dos pais, quanto à moradia, despesas, manutenção da vida.

Comentando sobre os relacionamentos nos pequenos grupos de trabalho e entre todos os colegas, há relatos que divergem, uma vez que algumas se mantiveram no mesmo grupo de estudos formado desde o início do curso e outras não. No caso de Ani vale destacar o apoio mútuo entre todos os integrantes: “a minha turma, é uma turma que se uniu muito, o meu grupo está bem mais unido no internato”, inclusive o apoio que se dão nos plantões: “O colega cobre a minha falta.”.

Esse apoio reflete de forma positiva na formação, em que os colegas, os pares se auxiliam mutuamente, o que foi explorado em um estudo indicado no início desta pesquisa: de Dick (2012). Os resultados da pesquisa indicaram que “os estudantes de Medicina podem apoiar uns aos outros trabalhando em pares, tanto do mesmo ano como mais adiantados”. Embora não tenha sido formalmente explorado o papel dos pares para apoiar os estudantes de Medicina, na Universidade de Dundee, onde o estudo foi conduzido.

Como relatado por Eka, o grupo ajudou-a na elaboração de material de estudo e divisão de tarefas: “Eu tinha um grupo anterior no curso, a gente se dava super bem, fazia resumos juntos, dividia, porque não dá tempo, [...] o tanto de matéria que tem que estudar.”. Mas esse grupo foi desfeito quando entraram no internato, pois tinha ficado muito grande, assim ela e mais três colegas tiveram que

mudar de grupo: “[...] eu fui sorteada para sair do meu grupo e fui parar em outro grupo, eu estou com um grupo que não tenho muito contato.” Não houve comentários negativos em relação aos colegas, apenas uma referência a perda que sentiu.

Como já foi indicado anteriormente, atualmente há recursos tecnológicos no ensino na área da Medicina que são considerados um avanço como, por exemplo, é o caso da educação por meio da Simulação Realística em Saúde, usada como estratégia de treinamento. Isso implica uma reformulação no ensino que passa por três aspectos mencionados por Alves (2007): relação educativa, recursos didáticos e espaço físico.

Há professores que têm dificuldade de assimilar as mudanças tecnológicas e incorporá-las a sua prática educativa, por diversos motivos, inclusive a dificuldade de assimilar mudança. Mesmo entre os que utilizam, há aqueles, que por um motivo ou outro, não as assimilam por completo e acabam por fazer um uso inadequado, deixando de explorar toda a capacidade dos recursos disponíveis.

As mudanças na prática do ensino, indicadas pelas diretrizes curriculares, requerem que o professor tenha uma atitude de mediador na construção do conhecimento do estudante e que esteja familiarizado e habilitado com os mais diversos recursos de ensino.

As novas tecnologias, indica Alves (2007), são pensadas, nas análises que vêm sendo feitas, como algo que acrescenta no trabalho didático, mas sem que haja uma reflexão sobre como essas tecnologias provocarão mudanças, tanto na forma de ensinar, como na relação entre professor e aluno, e também alterações na concepção dos espaços escolares.

Como exemplo dessa situação tem-se comentários de Ata sobre o uso de Simulação Realística na aprendizagem da Medicina. Disse que teve poucas aulas na grade curricular, que as teve em um período em que o laboratório ainda estava sendo implantado e que havia os professores que “eram apaixonados” e os que não gostavam de usar os manequins.

Por um lado, se tem o discurso de Ata, em que há a valorização da situação real, concreta, vivida no hospital, o que sem dúvida é muito importante. Por outro lado, o laboratório de simulação realística pode ser usado como um local em que é permitido e admitido o erro e, o mais importante, há análise e discussão pertinentes

a cada caso. A iatrogenia⁵⁰, a ocorrência de eventos adversos, os erros médicos, deixam de ser um assunto velado e evitado, para serem tema de discussão com vistas à melhoria da segurança do paciente.

O que se pode perceber no relato das estudantes é que não está muito claro este aspecto para todas. Em alguns casos é visto como algo que não acrescenta, principalmente se o aluno já está atendendo pacientes “reais”.

No relato da estudante Ata, cursando o final do 10º semestre, a Simulação não é bem aceita. Refere que usou muito pouco, que está no Internato em uma fase que fica mais no hospital em contato direto com os pacientes. Em sua opinião é mais adequado para o pessoal dos primeiros anos “que nunca chegou perto do paciente”. Comenta que os manequins simulam muito bem situações reais, ficam suados, gemem, mas considera que, para quem já teve contato com o paciente real, não é válido voltar do hospital para o Laboratório de Simulação.

A estudante Ani, cursando o 10º semestre, também refere que acha importante o uso do Laboratório de Simulação, principalmente nos primeiros anos da faculdade. No entanto, quanto à sua compreensão do que é preciso para o aprendizado, ela comenta: “Nada como o viver mesmo, o dia a dia mesmo, a vida real. É muito diferente!”. Ela entende que faz sentido o uso da Simulação, pois permite o erro, só que o aluno tende a não valorizar a experiência como uma representação da situação real, que não leva a sério e acaba por tentar “qualquer coisa assim”, se arriscando sem pensar muito sobre o que está fazendo, sendo que, na vida real, “vai parar para pensar mais, antes de fazer alguma coisa.” Mas ela reflete sobre o que disse e retoma: “com certeza é muito útil, [...] principalmente nos primeiros anos da faculdade”, corroborando a ideia da colega de que é uma experiência importante enquanto não existe o contato com o paciente real. Pode-se considerar que tanto há o aspecto do aluno que pode tender a desvalorizar como do mediador nessa abordagem, no sentido de como está sendo conduzida a experiência no laboratório.

Na opinião de Eça, estudante do 12º semestre, em vias de se formar, e que já possui uma graduação anterior na área de saúde, o uso da Simulação Realística é muito válido: “Essas aulas práticas são válidas porque você é ‘prego de surpresa!’” Em sua análise, quando o estudante se deparar com a situação concreta diante do

⁵⁰ De acordo com o Dicionário Houaiss (2012), iatrogenia é a geração de atos ou pensamentos a partir da prática médica. Empregado frequentemente para designar os erros da conduta médica.

paciente poderá trabalhar com essa experiência já vivida, o que pode diminuir a expectativa do primeiro contato, pois o laboratório “proporciona esse primeiro contato aqui na faculdade.”.

Eça aborda também a importância de poder discutir o caso clínico, ou a emergência etc. com a equipe sob a orientação dos professores. Nessa oportunidade além de analisar o aspecto técnico do procedimento do estudante, se a conduta foi adequada ao caso e orientá-lo quanto ao procedimento correto, os professores indagam sobre questões que envolvem a subjetividade “perguntam o que a gente achou? Qual é a sensação? O que a gente esperava...”. Eça comenta que além de poder se colocar mais livremente o aluno “é sempre colocado em primeiro lugar.”.

Como se pode observar pelos comentários dos alunos que foram apresentados, não há um consenso sobre o que pode ser a Simulação Realística na Educação em Medicina, do ponto dos estudantes. Os comentários refletem opiniões pessoais, que podem estar por vezes influenciadas pelas opiniões de professores ainda resistentes ao uso da nova tecnologia. Comparações entre a situação real e a apresentada em laboratório, como se tratasse do mesmo nível de experiência quanto a sua relevância, demonstram um lapso no entendimento ou mesmo na aplicação do recurso.

A situação de beira de leito é valorizada pelos médicos e professores, como já comentado, o que também surge nesses depoimentos dos alunos. No capítulo I foi citado o editorial de uma revista do ano de 2004, em que há uma referência a um professor do final do século XIX, início do século XX, em que este privilegia o contato com o paciente, ressaltando que o esperado de um médico é que saiba usar sua habilidade de observação, seus sentidos e sua sensibilidade. Sem dúvida é muito importante, pode-se dizer, fundamental. O problema que se percebe é que esta citação é colocada em oposição ao uso da Simulação Realística. “Na vida real é diferente”, é o que alega Ani, mas a tecnologia não pretende se contrapor, suprimir a experiência do real, pelo contrário, a ideia é preparar melhor o estudante para vivenciar a experiência com o paciente. Fica a questão: se o estudante refere dessa forma, não estaria reproduzindo o que ouviu de outros, principalmente daqueles a quem atribui autoridade? Não se tem a resposta para essa questão, fica como algo que poderá ser investigado em estudo voltado para a análise dessa tecnologia, como uma ferramenta metodológica do curso de Medicina.

Outra aluna, Eça, refere que têm sido muito importantes essas aulas em que podem vivenciar na simulação do que terão que lidar na prática. Vale destacar que ela é aluna do 11º semestre, um semestre a mais do que Ata, e que vivenciou também a instalação dos laboratórios de simulação. Mas diferente da colega, sua visão é positiva a respeito desta experiência:

O laboratório de simulação no aprendizado é muito válido! Essas aulas práticas são válidas porque você é “pego de surpresa”! Então, pelo menos, você não vai chegar na hora..., você vai pelo menos tentar trabalhar com aquela expectativa de um primeiro contato. Aqui [nas aulas de simulação e *workshops*] pelo menos isso é proporcionado, esse primeiro contato aqui na faculdade. Pelo menos tem isso. Você fora daqui, você vai tentar trabalhar com isso que já vivenciou. Durante as aulas de simulação é comentado: O que vocês acharam? Como vocês se sentiram? Eles abordam tudo isso. Eles ‘passam’ o caso. Aí tem a simulação, o aluno é colocado frente a aquela situação e tem que dar a conduta. Depois disso, eles comentam, falam o que está certo, o que está errado, te orientam e perguntam o que a gente achou? Qual é a sensação? O que a gente esperava. A gente tem a oportunidade de se colocar. O aluno é sempre colocado em primeiro lugar.

Retoma-se o fato de que esse curso de Medicina, em que estão os sujeitos desta pesquisa, é um curso já adequado às DCN de 2001. O PPC já foi pensado nessas perspectivas, como por exemplo, quanto ao uso de tecnologias, professor mediador, que precisa estar familiarizado com elementos do ensino etc., o que fica evidenciado no depoimento acima.

Mesmo assim, ainda podem ser encontrados modos de pensar, que estão mais afinados com a antiga orientação do currículo mínimo, em que o professor transmite seu conhecimento do “alto de sua sabedoria” e o aluno a recebe do seu “lugar de quem nada sabe”.

Quanto à autoridade médica, conquistada ao longo da história, ela se faz presente junto à sociedade, às famílias, aos pacientes e também perante os alunos que estão se formando para serem médicos. Mesmo que ela possa estar menos forte atualmente, como pode ser visto em alguns depoimentos de alunos, ao se referirem ao *status* do médico, elencados mais adiante, na categoria identidade, ela continua sendo bastante influente.

Isso pode ser percebido quanto ao papel do professor como modelo e sua influência sobre os alunos, na forma de lidar com os pacientes, como pode ser conferido nas palavras de Ata:

O curso em si, aqui pelo menos, eu acho que não tem muito de humanização. O que tem muito são as matérias, mesmo. No hospital a gente acaba pegando mais o jeito, que a gente vê o contato dos professores. Acho que a gente acaba se espelhando nos professores. Tem aqueles professores que a gente olha e fala: “Nossa! Jamais eu ia querer ser assim!” E tem aqueles que a gente olha e fala: “Nossa! Quero ser assim, me espelho nessa pessoa!”.

É importante destacar que a aluna faz distinção entre o curso e o hospital como se fossem duas coisas separadas, o que não são, o hospital é parte integrante do curso. Tanto que os alunos têm aula, fazem trabalho, apresentam seminários, nas dependências do hospital e os preceptores são professores da faculdade.

Na passagem acima há mais dois aspectos a serem considerados: 1) o professor como modelo na forma de tratamento dos pacientes e como isso se torna fundamental na questão de humanização do atendimento; e 2) a força da influência do modelo sobre a subjetividade e a formação de identidade profissional do aluno. O quanto eles se espelham nos professores e valorizam atitudes e circunstâncias, de acordo com o que lhes é transmitido. Ata exemplifica sua afirmação com um exemplo:

Ai! Tem um professor nosso que ele é grosso com o paciente, grosso com a gente e você vê que é uma pessoa que não dá! Você não quer ser daquele jeito! Os pacientes se assustam, ele é pediatra. As crianças se assustam com ele! Eu jamais levaria... Se eu entrar num consultório e vir aquele pediatra, eu levo o meu filho embora!

Esse modelo bem pode ser entendido como de uma autoridade que se impõe pela força, ou pensa que se impõe, retomando Adorno (1995b, p.64) quando afirma que “o critério de personalidade é, em geral, poder e a força; domínio sobre pessoas [...]”. O que importa para essa ‘personalidade’ é que tem o poder, seja graças a uma posição social, ou a uma condição de autoridade que a sociedade lhe atribui, ou ambos. Essa pessoa ‘forte’ usa sua personalidade para submeter os outros. O que o autor indica que seria esperado é que fosse preservada a força do Eu, como indivíduo que não se identifica com uma caricatura de si mesmo.

Retomando Ata que relata suas impressões em relação às atitudes de professores, médicos, e de como isso é observado e sentido por ela:

Em compensação, tem um que é otorrino, que é um amor de pessoa! [...] “Nossa! Esse profissional eu levaria, eu passaria, indicaria para alguém.” E outros que você fala: “Não! Jamais eu indicaria.”.

Disse que indicou esse professor para a tia levar o primo de sete anos, que acabou passando por cirurgia, e que foi muito bem atendido. Essa observação demonstra a importância do comportamento dos professores frente às situações que pretendem ensinar e como isso é percebido pelos alunos. Esse é um caso muito claro de exemplo de atitude a ser, ou não, seguida.

Mas há também que se considerar situação em que isso não está tão claro e os valores do professor contaminam os do aluno de forma mais subjacente, menos direta.

Outro aspecto encontrado nos relatos das entrevistas diz respeito ao tratamento de pacientes, visto de forma diferente entre as estudantes. Pode parecer um paradoxo falar-se de humanização no atendimento, humanização da Medicina, pois afinal é uma ciência que lida com pessoas e com algo muito forte que é sua saúde e, conseqüentemente, sua vida, mas o tecnicismo está muito impregnado nas práticas e valores dessa profissão, a ponto de parecer contaminar o modo de ver o paciente. O que se pode observar nessa situação é o indivíduo transformado em um ser que se distancia cada vez mais do outro, como aborda Benjamin (1992) sobre os efeitos do uso da tecnologia. Cada vez mais os aparelhos e sistemas servem de intermediários entre as pessoas, promovendo distanciamento físico e emocional, brevidade nas comunicações e perda da perplexidade.

Retomando Adorno e Horkheimer (1997) também se pode considerar que a subjetividade burguesa que se constitui de maneira própria no caso do médico, é a de um sujeito exaurido em suas forças vitais e intelectuais, pela materialidade do cotidiano exaustivo. As relações pessoais e os outros ficam reduzidos ao “contato social de pessoas que não se tocam intimamente.” (p. 73) É a lógica do sistema isolando cada um em prol do que seria a segurança e preservação da sociedade.

Esse não é um fato novo, o tratamento frio e distante seria uma forma do médico defender-se emocionalmente de tantas demandas com as quais deve lidar, e o cuidar, falar e ouvir, tanto o paciente como seus familiares, ficariam por conta dos outros profissionais de saúde. Isso pode ser percebido no comentário de Eça:

Quanto ao humanismo no curso... Como a rotina é muito árdua, você aprende a lidar com os sentimentos. Não que você seja mais frio, mas se você não lidar com o que você sente você vai se perder ali, entendeu? Você não vai conseguir ajudar, então, você tem que ter uma visão fria das coisas. Manter uma distância emocional.

Eça, em seu depoimento acha “natural” essa postura do médico, um dado que pode até ser considerado como cultural, haja vista o quanto está imbricado com a formação. E continuando, disse que entende que a formação prepara tanto tecnicamente como no sentido humano:

Na formação, tanto tecnicamente como do ponto de vista humano, você aprende a lidar com os dois. Na faculdade, você aprende muita teoria, mas os professores, eles passam essa visão de lidar com pessoas. Porque podia ser seu pai ali, podia ser sua mãe, então, essa visão com certeza o desenvolvimento emocional também é embutido.

Há uma ambiguidade nesses comentários de Eça, pois ao mesmo tempo em que defende a postura de distanciamento, alega que alguns desses pacientes poderiam ser seu pai ou sua mãe. Por um lado, há uma consciência de humanidade presente nessas colocações e há também um exercício de consciência. Por outro, essa consciência que permite identificar a existência do outro também restringe a compreensão da dimensão desse outro, uma vez que o próprio sujeito que percebe tem sua subjetividade negada.

Retomando Adorno e Horkheimer (1997), quando abordam a forma de vida burguesa, indicam o quanto o indivíduo tem sua consciência limitada por uma negação do esforço em prol de sua individuação, optando pela imitação como forma de adaptação. Imitação que perpetua a mercadorização da vida.

Somado a isso, há a questão de pertencer a um grupo. Os estudantes estão prestes a concluir sua graduação e querem ser aceitos no grupo de profissionais. No caso, o grupo de médicos, que tem como característica a autoridade.

Retomando Adorno (1989) e seu estudo sobre a personalidade autoritária, tem-se a sua referência a uma forma de indução, produzida pela ideologia, que faz com que as pessoas tenham atitudes semelhantes entre si em um grupo do qual fazem parte ou querem fazer. A necessidade de se ajustar, de se relacionar com seus pares pode gerar um condicionamento em que são assumidas atitudes, valores e opiniões que caracterizam o grupo.

Já Eka, ao referir-se a alguns colegas, demonstra estranhamento com a posição de frieza e distância que eles mantêm, relatando que eles seguem o protocolo (uma forma pré-determinada de como proceder nos atendimentos, uma característica da Medicina), mas não demonstram respeito pelo paciente:

Eu vejo que alguns colegas não têm respeito pelo paciente. Eu não sei... Se é uma coisa... Eu acho que deveria ter uma aula, um curso especializado para relação médico-paciente, porque tem muito, muito dos meus colegas que não... Não sei se é a criação deles, se é o jeito deles, eles não têm respeito, não têm! Não se importam! Sabe?! Estão ali, tratam, fazem porque têm que fazer; seguem o protocolo [clínico]⁵¹, as diretrizes [terapêuticas]⁵², mas você vê que não se envolvem com o paciente. Tecnicamente⁵³ fazem o correto, mas o paciente é só um número. Eu já não!

Eka demonstra indignação com essa postura, disse sentir falta de uma orientação mais específica para como conduzir a relação médico-paciente. Além do protocolo, dos modelos já estabelecidos, Eka busca um esclarecimento, sente falta de uma disciplina específica que aborde o que ela não sabe e que os modelos não responderam. Corroborar o que já foi indicado no capítulo II em que Becker (*apud* Adorno, 1995a) em seu diálogo com Adorno refere que os jovens além da mania por modelos, buscam esclarecimento e que, sendo assim, o princípio do esclarecimento, da consciência, precisa ser aplicado na prática educacional.

Em sua opinião, acha a formação mais técnica, demonstrou uma posição diferente da de Eça, com relação aos próprios sentimentos diante do paciente, e continuou:

Eu já me emociono, eu choro, eu sofro junto, eu abraço, eu beijo o paciente! Sabe?! Então eu não sei se isso pode me prejudicar de alguma forma, se é certo, se é errado, eu não tenho um preparo da faculdade em relação a isso: até onde você pode se envolver com o paciente? Até onde é melhor manter a distância? Isso eu sinto um pouco falta assim, do curso.

Essa atitude pode ser interpretada como imitação de um modelo a ser seguido, como condição de pertença a um grupo, que para aqueles indivíduos faz sentido. Pode ir além e ser uma característica do próprio indivíduo que não enxerga o outro – paciente – como “o outro” igual a si mesmo. Ou ainda, uma forma de se defender dos próprios sentimentos. São questões a serem exploradas diante da necessidade de humanização da Medicina, mas que aqui não se reúne todos os elementos necessários para tanto, tampouco é esse o objetivo desta pesquisa.

⁵¹ Protocolo Clínico: conjunto de normas reguladoras de cada situação clínica.

⁵² Diretrizes terapêuticas: linhas gerais de diagnóstico e tratamento da doença.

⁵³ Os PCDT (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas) têm o objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o algoritmo de tratamento das doenças com as respectivas doses adequadas e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos. Observando ética e tecnicamente a prescrição médica, os PCDT, também, objetivam criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz. (SUS, 2012)

Ata também disse que não vê sentido na frieza do médico e que, às vezes, mesmo cansada procura dar atenção aos pacientes, e relatou uma situação:

Eu estou passando pelo pré-parto agora, aí eu fiz amizade com as pacientes. Teve uma que teve alta e que a filhinha dela ainda está na UTI, eu vou lá ver a neném dela, você acaba pegando... Você acaba se apegando, não tem porque não. Ah! Conversar cinco minutos não vai matar.

Em sua opinião não é um envolvimento que vá causar problema. É uma conversa. E continuou: “Eu acho que não faz sentido essa frieza do médico para se defender.” Ponderou que há situações em que terá que agir de forma mais ‘fechada’, mas que é algo que pode ser avaliado, percebido. De forma geral não vê problemas em conversar com os pacientes sobre assuntos de suas vidas pessoais.

O que se percebe nessas passagens é um exercício de consciência que Maar (2006), fazendo referência a Adorno, define como o pensar em relação à realidade, ao conteúdo, em que o sujeito e o que ele não é ficam mais claros. É um quando o pensar não se restringe ao lógico formal, mas busca um sentido mais profundo. É um pensar que é a capacidade de fazer experiências. Elas experimentam e refletem sobre seus atos, defendendo-os mesmo quando vão no sentido oposto do que é praticado pela maioria dos colegas, como indicam em seus depoimentos.

As referências que Ani faz ao hospital são mais genéricas quanto à relação médico-paciente, mas indicam um aspecto muito importante, não abordado pelas colegas, que é a perda de um paciente, que possa inclusive ter sido causada por erro médico.

No dia a dia, tem dias e dias, na verdade! Tem dia que é tranquilo, [...] tem dias que fica estressante, em que se vê bastante a parte burocrática do hospital, que também cobram muito a gente. Também tem a parte triste de se perder um paciente. Muitas vezes acaba se observando erros médicos e a gente se chateia. Poxa! Era meu paciente e aquele médico perdeu... ‘comeu uma bola’ então, tem todo esse lado! É uma montanha russa de emoções! Você nunca sabe o que você vai sentir amanhã.

Junto com a questão burocrática da profissão institucionalizada, Ani faz uma referência à perda de paciente, contrapondo os diferentes agentes estressores a que se vê submetida. A ênfase maior colocada nessa questão, não foi o de lidar com a perda em si, o que pode ser interpretado como fracasso, mas lidar com o erro, que ela acredita ter identificado, do médico responsável. A identidade profissional é

abalada em ambos os casos, tanto pela sensação de fracasso próprio, como na identificação da falha do colega, ou futuro colega.

De certa forma, Ani já está abordando aspectos do trabalho médico, da profissão que escolheu e de como lidar com as emoções, no que ela chamou de montanha-russa, porque nunca sabe como será o dia seguinte.

3.4.3. Trabalho / profissão / emprego

Em sua trajetória na formação para o trabalho o sujeito vivencia suas expectativas e as possibilidades de concretizá-las. O trabalho constitui-se em uma via privilegiada para a satisfação de necessidades humanas, entre elas a de ser reconhecido como alguém hábil, competente em seu círculo profissional, social e familiar. O trabalho também possibilita ao sujeito o desenvolvimento constante, o sentimento de inserção em um grupo e a capacidade de prover o sustento.

Retomando Hanna Arendt (1993) e as três atividades humanas fundamentais que são: o labor, o trabalho e a ação e suas características, seja de sobrevivência, ou o que o homem produz e com o qual modifica o mundo natural, ou ainda a ação, a atividade sem mediação da matéria, e que se estabelece na relação entre os seres humanos, com a política e a história, poderia ser dito que de alguma forma o trabalho médico abrange todas elas.

Nessa perspectiva o trabalho médico, em cuidar e tratar da saúde dos indivíduos, permite a sobrevivência, modifica o mundo natural à medida que busca a melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas, e empresta durabilidade e permanência ao caráter efêmero da vida temporal, com as pesquisas, e entre elas, as que visam retardar o envelhecimento.

De outra forma, tem-se o conceito de trabalho associado a emprego. De acordo com Bendassolli (2007), como vista na modernidade, a ideia de trabalho associada à ideia de emprego foi altamente expandida, tanto que mesmo atualmente o conceito de trabalho ainda esteja muito imbricado com o de emprego, embora já possa ser sentido um enfraquecimento dessa categoria.

Uma das grandes prioridades, demonstrada por Eka quando falou de seus planos de trabalho, que também chamou de emprego, para conseguir dinheiro:

Enquanto não entrar na residência vou trabalhar em clínica, clínica geral, atender paciente PS, dar plantão à noite, encaixar conforme for possível, o emprego que der eu vou encaixando. [...] Eu pretendo pegar um trabalho em cada dia da semana num lugar diferente, conseguir trabalhar com PS mesmo, pronto-socorro, atendimento de clínica geral e juntar dinheiro.

A futura médica tem como objetivo claro conquistar uma condição financeira que lhe permita dar conta inclusive do empréstimo do Fies, conforme já comentado anteriormente. Sua vida já está planejada, assim como de todos, mesmo antes que se tenha pensado sobre isso.

De acordo com Souza e Faiman (2007, p.26), o sujeito que busca sua inserção no mundo, seu espaço social, tem no trabalho, talvez, a maior referência de valor que um indivíduo pode conquistar na sociedade. Esse significado atribuído ao trabalho é, por sua vez, resultado de valores que uma “comunidade atribui à educação, à atividade produtiva e à condição financeira como determinantes da posição social de uma pessoa.”.

Conforme apontado no capítulo II, para Bendassolli (2007), o trabalho em sua forma “forte” significa o emprego que garante entre outras coisas, a ascensão social, um vínculo empresarial, uma carreira com progressão automática, o acúmulo de experiência e a defesa de um “*lugar seu*”, espaço do indivíduo na sociedade a que pertence.

As entrevistadas referem a importância de seus contatos com residentes e professores no hospital como fonte de indicação de trabalho.

Para três das entrevistadas, o trabalho assume mais a característica de emprego dentro de uma instituição, que é o hospital. Já se preparam desde o internato com planos de residência em hospitais em que já conhecem o corpo médico, ou mesmo em outros locais, mas contando com a indicação dos conhecidos para conseguir trabalhos nos hospitais, mesmo que seja, no início, na forma de plantões. Aborda a questão do emprego em Medicina como algo natural e desejável. Diferente da noção de consultório e de Medicina como exercício de atividade liberal. O que está representado nas palavras de Eka:

Acho que o emprego virá talvez por indicação da minha mãe, ou com colega de classe mesmo, ou com os próprios residentes que a gente está tendo contato agora. Bem ou mal eles já sabem como a gente é, como a gente trabalha, então eles têm condições de indicar para algum lugar.

Ata também fez referência à importância dos contatos que vão sendo feitos, desde a residência, como fonte de indicações para trabalho, “portas que se abrem”, aspecto já abordado quando comentou-se da residência e retomado aqui: “Você conhecer os preceptores, conhecer os médicos [...] ajuda, porque eles acabam te levando para as equipes deles. Você acaba trabalhando em outros hospitais com eles.”

Ani também disse que gostaria de fazer a residência no hospital em que está fazendo o internato, pelos motivos de conhecer a equipe. Em sua escolha de especialidade, o hospital é tomado como ponto de partida, mas com mudanças ao longo da carreira, quando terá “seus pacientes”:

[...] Quando for uma neurocirurgiã, eu acho que vou operar muito! (risos). A vida de neurocirurgião, pelo que eu vejo, é de bastante plantão. Depois de um tempo de formação é bastante eletiva também. Depois que você já está há bastante tempo na área, está conhecido, tem os seus pacientes, fica um pouco mais tranquilo, você não precisa depender tanto de plantão. Mas eu acho que no começo vai ser bem corrido. Vai ser muito plantão, vai ser cansativo, estressante, com certeza vai, mas ao mesmo tempo, gratificante!

Somente Eça falou de um projeto de clínica particular, que terá com as irmãs e o futuro marido, em uma visão de atividade liberal e empresarial. Pretende escolher inclusive uma especialidade que lhe permita atender em consultório, sem a correria dos plantões, o que lhe permitirá melhor qualidade de vida.

Surgem também as expressões: mercado, chefe, carreira, em alusão à concepção de trabalho médico dentro de critérios que definem o trabalho como emprego, mas em que deixam claro o quanto o sucesso dependerá de seus esforços.

Horkheimer e Adorno (2011, p. 43) referem que a forma de atingir objetivos, que antes eram conquistados por esforço, têm sido substituídos pela “ideia de prêmio”, em uma estratégia de atingir as massas e influenciar a forma de pensar, de agir e, também, a de sentir. No caso destas estudantes, em seus relatos não se percebe a troca do esforço pela ideia de prêmio. Todas falaram dos muitos esforços que já fizeram, que estão fazendo e que ainda terão pela frente. A ideia do prêmio parece configurar-se como receber uma excelente indicação para trabalho. Surgem aqui as expectativas de verem seus esforços logrando êxito quanto ao seu futuro profissional, suas escolhas trazendo bons resultados traduzidos em forma de boa colocação no mercado de trabalho.

3.4.4. Subjetividade / identidade

Adorno (1995a) sinaliza a importância da tarefa de fortalecer a resistência, em vez de fortalecer a adaptação, por meio da educação, de maneira a auxiliar no desenvolvimento de subjetividade emancipada. Em outra obra, Adorno e Horkheimer (1997), como já dito anteriormente, falam da esfera do trabalho e das relações econômicas, na constituição da subjetividade burguesa e do peso que têm. No cotidiano, diante de tantas exigências, o sujeito é exaurido em suas forças vitais e intelectuais gastas na materialidade do cotidiano. O espaço que, como sujeito, ele teria para si é esvaziado. O indivíduo pouco tem como expressão livre e exercício da consciência e do discernimento.

A subjetividade é alimentada de fora por sonhos e promessas de conquistas e realizações que estejam de acordo com a lógica da cultura afirmativa sob a qual se vive, a do capital. Promessas, imagens idealizadas na manipulação dos desejos e sentimentos, em que a indústria cultural, entendida como entretenimento, auxilia no amortecimento de consciências, como já indicado anteriormente neste trabalho, conforme Adorno, Marcuse e Benjamin. Está posto que tudo o que o sujeito precisa para ser bem sucedido é produzir, trabalhar muito. Mesmo quando há um pai e um avô que dizem que a “menina” não precisa trabalhar, ela decide que sim e vai à luta pela conquista de um espaço que é contrário ao que queriam lhe destinar. Sua subjetividade é ameaçada por ser mulher e pela condição machista da cultura em que família está inserida. Sua resposta é construir para si uma identidade que reproduz a distinção de sua família, não na figura da mãe que auxilia o pai, mas nas figuras do pai e do avô, que se destacam socialmente, como médicos que são, mas que não querem que ela seja. Mas ela quer ir além, escolhendo para si uma especialização que a diferencia em seu meio, haja vista apenas o tempo necessário de residência, cinco anos.

Pensando o sujeito deste estudo, as estudantes de Medicina, pode-se inferir que o seu alvo é o de serem médicas bem-sucedidas.

Retomando a questão de gênero, vale destacar que além da pesquisa já citada anteriormente, de Diderichsen *et al* (2011), em que as mulheres constituíram 60% dos entrevistados, também há o caso da pesquisa de Shamsdin e Doroudchi

(2012) em que dos 85 alunos que responderam 23 (cerca de 28%) eram rapazes e 62 (aproximadamente 72%) moças, com tema de avaliação dos estudantes quanto ao processo de orientação acadêmica em uma universidade iraniana. Ainda se tem também o estudo de Gibis *et al.* (2012) direcionado a estudantes de Medicina, do qual retornaram 12.518 questionários preenchidos (cerca de 15,7% de todos os estudantes de Medicina na Alemanha, em 2010). A idade média foi 24,9 anos, com 64% do gênero feminino e 36%, masculino. Esses resultados não mostram a relação de gênero do total de estudantes, mas evidencia o percentual de respostas às pesquisas, o que nos oferece um número significativo de mulheres escolhendo a Medicina como profissão. Com relação a isso, existe uma pesquisa que apresenta resultados quanto à feminização da Medicina, apresentada a seguir.

Conforme dados da *Pesquisa Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades* (2011), desenvolvida em parceria entre Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), está havendo uma feminização da Medicina no Brasil. No ano de 2009, pela primeira vez, entraram no mercado mais mulheres do que homens. Os dados revelam também que:

[...] pela primeira vez, no grupo de médicos com 29 anos ou menos, as mulheres passaram a ser maioria. Em 2011, dos 48.569 médicos dessa faixa etária, 53,31% são mulheres e 46,69% são homens. Por outro lado, nas faixas mais avançadas, o cenário permanece predominantemente masculino. Do total de 10.799 profissionais com 70 anos ou mais, apenas 18,08% são mulheres. (CFM, 2011).

E, ao se observar os dados da tabela 2 da referida pesquisa, constata-se que os homens estão em maior número entre os profissionais em atividade. Dos 351.779 médicos ativos no país, 206.639 são do sexo masculino (58,7%) e 145.140 são do feminino (41,2%). O que indica que deva permanecer por alguns anos ainda o predomínio dos homens na Medicina, apesar do crescimento do número de mulheres na profissão.

A feminização da Medicina também está ocorrendo em outros países, como nos indica o texto do CFM, que comenta a pesquisa:

Este crescimento da participação das mulheres confirma uma tendência consistente, que se observa ao longo das últimas décadas e que se acentuou nos últimos anos. A feminização da Medicina também segue uma tendência mundial. Levantamento da Organização para Cooperação e

Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2007) mostra que a proporção de mulheres médicas em 30 países estudados cresceu 30% entre 1990 e 2005. (CFM, 2011).

As mulheres médicas, colaboradoras desta pesquisa, têm como projeto para os próximos anos, concluir a graduação, trabalhar na área médica, fazer a residência e aprimorar-se para o mercado de trabalho, em que pretendem permanecer e crescer. E buscam o trabalho na forma institucionalizada, seja em hospitais ou com a criação de uma clínica particular, em sociedade com membros de sua família.

Como visto no capítulo II, Bendassolli (2007) discute o vínculo entre trabalho e identidade no âmbito da psicologia social. Para tanto, considera o contexto social em que os trabalhadores estão inseridos e suas consequências em suas identidades. O autor pondera sobre o enfraquecimento do trabalho como instituição e indica que há reflexos na formação da identidade dos indivíduos. Mas, mesmo enfraquecido, o trabalho ainda ocupa uma posição central na construção das identidades, sendo uma das principais formas de “acesso à renda e de organização de rotinas sociais e individuais”. (p.24)

O trabalho mais conhecido e caracterizado pela forma de emprego vem diminuindo na contemporaneidade, o que tem modificado a organização do trabalho. Essas diversas mudanças e transformações pulverizaram conceitos e valores estabilizados. Em sua análise, Bendassolli (2007) defende que essa é uma época de perda de fundamentos, expressa na fragilidade das crenças e no esgarçamento de vínculos e relações. Na narrativa das entrevistadas o que se percebe é que continuam acreditando e investindo no trabalho, seja assalariado ou na forma de prestação de serviços, como inserção no mundo com uma identidade profissional, e como meio de organizar a vida e prover o sustento.

Retomando Ciampa (2011), quanto à construção da identidade, é necessário para que uma pessoa seja identificada e reconhecida como única, mais do que um nome, mais do que uma atividade, mais do que uma localização, é preciso que seja apresentada também a personagem, quem dá a forma das relações. Trazendo a sua concepção de identidade para o objeto deste estudo, o estudante de Medicina, o que se pode dizer dele já formado é que sua identidade será composta por: é o fulano de tal, médico com tal especialidade, que atende em tal lugar de tal e de tal forma, se expressando em tais características de relação. Não basta o nome, o papel social e a localização, é preciso identificar também a personagem e isso acontece pela

atividade no mundo em relação aos outros. É preciso mostrar como se dá essa relação.

Associado ao trabalho do médico é preciso considerar-se a autoridade social que vem atrelada ao papel. Não é apenas o fulano de tal, especialista em tal e qual, é o título que vem antes: doutor. Com o título está associada toda a representação que a sociedade tem do médico e o valor que lhe atribui. Essa figura de autoridade do médico foi construída em um processo histórico, como já dito.

Essa autoridade conquistada alçou grande prestígio e, durante muito tempo, formou a nata da sociedade brasileira, ao lado de engenheiros e advogados. Profissões que, independente do que se passa na contemporaneidade, continuam tendo grande representatividade no imaginário social, com posições de poder e autoridade.

O trabalho médico continua tendo importância nas vidas das pessoas, tanto para quem o exerce como para os demais, família e comunidade. É visto como gerador de boa renda, assim como fator importante na identidade de quem o exerce.

Tomando por base as colocações de Ciampa (2011), pode-se supor que o estudante que está prestes a concluir o curso está diante de uma metamorfose em que morrerá a identidade de aluno dando lugar à do médico formado.

Essa autoridade, esse *status* do médico, que já ocupou e ainda ocupa posição muito destacada na sociedade, atualmente vem sofrendo questionamentos, conforme a colocação das alunas. Como disse Eka:

A visão que a sociedade tem do médico... Totalmente errada, eu acho! (risos) Eles acham que é outro mundo, que é um ser superior, sabe? Eu não vejo assim. Um *status*. Eu não acho, eu não vejo mais assim um médico não. Acho que de conviver com eles e ver que eles são pessoas normais ou piores do que muitas outras, para mim esse *status* não existe assim.

Eça também tem uma opinião sobre o *status* e o poder do médico que divide entre o que ela pensa e o que ela considera que a sociedade julga:

O fato de ser médico e essa relação de *status*, autoridade, sentido financeiro, realmente existe. Você vê que além do médico ser..., a sociedade trata um médico como se fosse uma... Como eu digo? Como se o médico realmente tivesse essa relevância. Eu na verdade, a minha opinião é que, se a gente não estiver trabalhando em conjunto, eu acho que o médico sozinho não é nada! Sempre precisa ter uma equipe multidisciplinar.

Você sempre tem que ter ajuda do enfermeiro, do psicólogo, do terapeuta, do fisioterapeuta, de todo mundo que está envolvido.

Sua afirmação da necessidade de trabalhar em equipe que se apresenta para o médico atualmente está relacionada com uma nova competência prevista e indicada nas DCN, para a qual a formação deve contribuir.

Na opinião de Ata, também se percebe uma noção que abrange parte do *status*, mas complementa que é conquistada por muito esforço:

Acho que para escolher a profissão de médico não influenciou essa questão de *status*, não, mas a gente espera ganhar bem pelo menos. Depois de tudo que a gente gastou, tudo que a gente se esforçou, a gente espera. Mas eu sei que depende muito do trabalho também, você consegue ganhar bem, mas tem que trabalhar muito. Então não adianta fazer Medicina esperando que: “Ah! Só porque eu vou ser médico, eu vou ser rico, eu vou ter dinheiro”, não adianta. Você vê que, eu tenho professores que são muito bem de vida, tem cirurgiões inclusive, um que eu idolatro, para mim eu quero ser igual a ele, mas não é porque ele não trabalha, porque ele trabalha e muito! Muitas horas por dia e em vários hospitais, várias cirurgias, e tem que correr atrás.

Ata deixa clara sua expectativa de ganhar bem, mas enfatiza também o quanto é preciso trabalhar e se esforçar para atingir esse objetivo. Seus modelos de médicos de sucesso, aos quais “idolatra”, figuras que admira e quer seguir, são pessoas que trabalham muito.

Ani acha a profissão linda, mas também enfatiza a questão que exige muito esforço. Os profissionais de sucesso trabalham muito, especialmente na área que pensa se especializar — Neurocirurgia. Com relação ao *status*, embora ela não faça nenhuma menção direta, seu comentário a respeito da profissão do pai e do avô, que são médicos, demonstra uma posição de destaque na comunidade de que fazem parte, na qual mãe atua como secretária, organizando o consultório do pai e sendo também membro do Conselho de Saúde da cidade.

Mesmo as alunas dizendo que não valorizam o aspecto do *status*, porque agora elas têm contato com a realidade do médico ser humano, reconhecem que a sociedade valoriza. E essa valorização está atrelada à identidade que buscaram para si.

Importante também levar em conta que é um grupo do qual elas passarão a fazer parte e que tem imbricado com suas características, uma em especial que é a da autoridade. Sobre isso se pode retomar o que foi dito por Adorno (1989) sobre o

comportamento relativo a grupo e sua ideologia. O indivíduo tende a imitar e se condicionar “ao pensamento, as opiniões, atitudes e valores mais ou menos prontos e que caracterizam os grupos a que pertencem.” Tornando, nesse caso, a identidade profissional bastante forte, ficando uma questão sobre sua consequência em relação à subjetividade.

Nessa análise das entrevistas se buscou depreender das narrativas das entrevistadas quais suas expectativas com relação ao futuro, bem como os significados de escolha profissional e trabalho se relacionam com suas expectativas. Surgiram também os aspectos da formação e do contexto social e suas influências sobre a subjetividade e a identidade das entrevistadas. Pode ser percebido que o trabalho ocupa uma posição central em suas vidas. Todas colocam como objetivo a formação, a continuação dos estudos na residência médica com vistas a uma melhor qualificação para o mercado.

Na sequência, apresentam-se as considerações finais, em que são retomados os objetivos e hipóteses iniciais desta pesquisa em relação às análises já realizadas e o referencial teórico que as sustenta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discorrer sobre os efeitos da formação remete ao contexto em que ela se dá. Para o indivíduo, como sujeito social, tudo se passa em meio à cultura e à sociedade que permeiam a constituição de uma identidade. A formação, entendida em sua forma mais ampla e não apenas a escolarização, como já dito, é parte desse processo.

Retomando Marcuse (2001), vive-se à época do capitalismo, na lógica regulada por seus interesses, em que a própria cultura é resultado desse jogo econômico. Para o autor o mundo está organizado por meio do processo de trabalho capitalista, o que fez com que o indivíduo tivesse seu desenvolvimento transformado em concorrência econômica e sua satisfação se dê apenas para atender as necessidades do mercado, mesmo que nem sempre se dê conta disso. A formação não escapa desta lógica, menos ainda os cursos de graduação, de formação profissional, que preparam para atuar nesse mercado.

Nesta pesquisa, objetivou-se identificar os efeitos da formação e da concepção de trabalho na construção da identidade profissional, assim como as possíveis influências nas expectativas pessoais e profissionais do estudante de Medicina.

Estando a formação imersa em um meio social em que a lógica do capital é a forma de administrar a sociedade, a valorização do trabalho como forma de reconhecimento social e de gerar ganho continua ocupando um lugar de centralidade. Podem ocorrer mudanças nas concepções relativas ao o que é o trabalho, em como ele se dá e em que formas se apresenta, mas ele continua sendo o meio de obter recursos para organizar e manter a vida. Sendo assim, o investimento em formar-se bem para o trabalho tem sido, histórica e crescentemente, bastante valorizado.

No caso da graduação em Medicina, o que se percebe é que a formação profissional ultrapassa a graduação e se estende para o período da residência médica, como continuação natural e necessária para habilitar para o mercado de trabalho. Ao final da graduação, o sentimento das alunas entrevistadas é de formação em andamento. Mesmo com a perspectiva de titulação, ninguém pensa em

parar, ao contrário, preenchem sua agenda de projetos com muitos planos profissionais.

Além do acima exposto, o que se pode observar nesta pesquisa, quanto à concepção de trabalho, é que este vai além de organizar e manter a vida. O trabalho escolhido assume relevância que supera, pelo menos em parte, a importância da vida pessoal. E isso se deve também a uma noção de tornar-se apto, ser competente, estar habilitado, e, em especial, a uma dose muito grande de responsabilidade gerada pelas atribuições inerentes à atividade.

Quanto à identidade profissional, pode-se perceber pelas narrativas que estão sendo constituídas ao longo da formação, que estão diante da iminência de serem confirmadas como médicas e, neste momento, surgem receios. Ao mesmo tempo, estão prestes a fazer parte de um grupo considerado bastante seletivo e elitizado e manifestam alegria e orgulho em pertencer. Essa presença de sentimentos contraditórios pode ser considerada pertinente aos momentos de mudança, em que algo é deixado para trás, e algo novo vai acontecer. É a metamorfose da estudante para a profissional que está acontecendo, como já indicado com Ciampa (2011).

Essa identidade associada ao trabalho vai sendo constituída de tal forma que assume maior relevância do que a pessoal, nesse momento. É sua entrada no grupo, é a sensação de pertença a uma coletividade, como já visto com Freud (2011), é um espaço social sendo conquistado em que a atividade profissional identifica o indivíduo, como visto com Bendassolli (2007).

Outra consideração que pode ser feita é quanto à influência da formação na construção da identidade profissional, tendo como pressuposto que os indivíduos se engajam em uma cultura pela intermediação dos mais experientes, sejam eles pais, professores, amigos etc. No caso específico da graduação, o que se pode perceber é uma reproduzibilidade de formas de pensar, de sentir, de modos de atuar usuais no contexto em que estão se inserindo, como um processo de adaptação, um mostrar-se apto a pertencer para ser acolhido, como visto com Adorno (1989; 1995b). Como já indicado, as identidades profissionais dos estudantes, futuros médicos, estão sendo construídas também com as influências que recebem desses modelos com os quais convivem durante o curso.

As narrativas demonstram, como já visto, o quanto suas expectativas profissionais e pessoais foram sendo influenciadas tanto pelos contextos familiares quanto pelo meio que passaram a frequentar durante a graduação.

Quanto à valorização da profissão de médico, são perceptíveis os fatores de *status* que a profissão confere, no reconhecimento próprio, como também na fruição de melhores ganhos financeiros.

Aliando essa valorização com o reconhecimento que recebem por parte dos pacientes, as respostas são de responsabilizarem-se, fazendo o melhor e não errando. O medo do erro é comum a todas. Um dado a mais no sentido do reconhecimento da própria responsabilidade perante o paciente e a sociedade, além de também estar associado à mudança de identidade que estão prestes a concretizar, pela formalidade da certificação e pelo simbolismo da formatura.

Seus investimentos de esforços estão voltados para a carreira, cuja maior expectativa é a de alcançar sucesso. O trabalho, na concepção das entrevistadas, tem grande importância, vai além de fazer o que gosta: em suas falas, abordam a questão do emprego em Medicina, em uma visão institucionalizada da profissão, como algo natural e desejável. Buscam vínculos com as instituições, projetam trabalhar em equipe, fazer parte de serviços especializados ou corpos clínicos de destaque. Suas perspectivas de trabalho e seus projetos não priorizam exercer a Medicina como atividade liberal, mas não excluem a possibilidade de atender em consultório, dado que reflete a influência do contexto social em que o sistema, administrado pelo capital, mantém a perspectiva do grande empregador que sugere segurança.

Essa ideia de segurança é gerada pela própria estrutura social, em que o homem mantém-se na promessa de segurança que o coletivo pode lhe proporcionar frente aos seus medos de destruição pela natureza, como já indicado anteriormente com Freud (2011); o que não deixa de ser um aprisionamento, no âmbito da cultura capitalista. Com relação à primeira hipótese levantada nesta pesquisa, de que na visão das estudantes o curso tem uma concepção mais tecnicista e menos humanista, esta é confirmada nos depoimentos, ao levar-se em conta que todas buscam uma especialização, que lhes confira maior competência técnica, atendendo uma demanda surgida na década de 1960 e que se mantém até hoje. É perceptível a importância da especialização, representada pela residência médica, para sentirem-se aptas a atuar no mercado. Embora nem todas façam alusão direta a uma menor participação do humanismo na formação, isso pode ser depreendido de seus comentários, como já citado nas análises.

Com relação à segunda hipótese, houve uma confirmação quanto à visão da realidade do trabalho de médico. Suas expectativas profissionais são de ter sucesso na carreira e de ter que trabalhar muito para conquistá-lo. O que mudou para elas, em geral, entre o início e o final da graduação, foi a maneira de encarar a profissão, que passou de uma visão de paciente que é atendida e de espectadora de situações para a visão do profissional, com a qual começam a se identificar. Também perceberam as características humanas dos profissionais com os quais convivem, desmitificando a figura do médico, reconhecendo modelos admiráveis a serem seguidos e os que preferem nem encontrar, seja na vida pessoal ou profissional.

A terceira hipótese refere-se ao fato de que as expectativas que o indivíduo tem do trabalho e de si mesmo estão diretamente relacionadas com a cultura e a valorização que seu contexto atribui à atividade profissional que escolhe e desempenha.

Independente do que as DCN e o PPC indicam como perfil do egresso, muito deste profissional, que estará atuando no mercado de trabalho, é um reflexo do que ele aprendeu vendo, ouvindo e reproduzindo dos modelos com os quais conviveu ao longo de sua formação, assim como das relações estabelecidas, nesse processo. Para que se conquiste um novo perfil de futuros profissionais, que esteja de acordo com as novas diretrizes, parece importante que seja dispensada maior atenção à formação dos formadores.

Nem sempre os profissionais que ministram as aulas são profissionais com uma visão também do campo da educação. Como é histórica a ênfase à condição de habilidade técnica e a vivência prática do profissional que ensina, também tem sido historicamente direcionada menor atenção aos aspectos pedagógicos, algo que, na atualidade, parece representar alvo de esforço e preocupação das instituições no sentido de proporcionar uma formação mais bem articulada, inclusive para atender o que instituem as Novas Diretrizes Curriculares.

A partir do exposto, percebe-se a necessidade de ampliar a discussão a respeito da *humanização* do atendimento ao paciente junto aos responsáveis pela formação médica, por mais estranho que pareça que possa haver algo de desumanização no processo formativo do médico. No decorrer da pesquisa surgiram questões, como: Os estudantes eram mais *humanizados* ao ingressarem no curso? Será o modelo de formação responsável pela *desumanização* dos alunos que a recebem? Ou, ainda, a questão da *humanização* no atendimento tem sido

suficientemente abordada durante a formação? Nessa direção, outras questões que podem ser investigadas são como o profissional médico deve lidar com as próprias emoções? Cabe a ele lidar com as emoções dos pacientes, dos familiares, dos cuidadores? De que maneira?

Estas são algumas das questões específicas da Medicina, uma área com características tão amplas, dinâmicas e por vezes contraditórias.

Nesse sentido, embora não se possa afirmar que as informações colhidas na pesquisa empírica representam a totalidade dos alunos, pode-se perceber que representam uma nova forma de pensar que pode muito bem estar retratando o pensamento de muitos.

Conforme afirmado nas narrativas, estão ocorrendo mudanças na maneira de pensar a profissão de médico, na forma de encarar a relação médico-paciente e na visão de trabalho de equipe. Parece estar ocorrendo um entendimento da importância da humanização do atendimento e da relevância da necessária colaboração entre os diversos profissionais de saúde envolvidos com o paciente. Essas mudanças que parecem estar se configurando podem beneficiar a todos os envolvidos, sinalizando um ganho de qualidade nas relações sociais.

As dificuldades nesse aspecto não são privilégio da Medicina, em todas as profissões há algum tipo de dificuldades que precisam ser enfrentadas. Imersa na cultura capitalista a sociedade, como um todo, está submetida à lógica que regula suas relações, como já visto com os autores da Teoria Crítica, ao longo deste trabalho. Entre elas pode-se destacar a negação da subjetividade e a “coisificação” do indivíduo, que tem sua vida administrada em prol dos interesses do capital. É relevante que todos os envolvidos no processo de formação estejam atentos às características desta sociedade, sua cultura capitalista e suas influências sobre formandos e formadores. Influências que podem ocorrer tanto por meio de modelos profissionais que os formadores representam, quanto por conteúdos apresentados. Essa mudança, com vistas ao desenvolvimento de futuros profissionais conscientes, começa pela mediação oferecida pelos cursos de graduação. Isso sugere a necessidade de pesquisas sobre os formadores e seu trabalho pedagógico no âmbito da Medicina.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor W. **Introdução à “A Personalidade Autoritária” (1950)**. Traduzido por Francisco Rüdiger de acordo com a versão editada em Critical Theory ana Society – A Reader, organizado por Douglas Kellner e Stephen Bronner. Nova York: Routledge, 1989. Disponível em: <<http://adorno.planetaclix.pt/>> Acesso em: 07 ago.2012.

_____. Educação – para quê?. In: **Educação e Emancipação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1995a.

_____. Glosa sobre a personalidade. In: **Palavras e sinais – modelos críticos 2**. Petrópolis: Vozes, 1995b.

_____. Sujeito e Objeto. **Palavras e Sinais** - modelos críticos 2. Petrópolis: Vozes. 1995c.

_____. Tempo livre. In: ADORNO, Theodor W. **Indústria Cultural e Sociedade**. 7 imp. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

_____. Teoría de la seudocultura (1959), In: **Sociológica**, Madrid, Taurus, 1979, pp. 175-199.

ADORNO, Theodor W.; HORKHEIMER, Max. **Dialética do Esclarecimento**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores. 1997.

ALVES, Gilberto Luiz. Em busca da historicidade das práticas escolares. Em: NASCIMENTO, Maria Isabel Moura [et al.], (orgs.). **Instituições Escolares no Brasil: conceito e reconstrução histórica**. Campinas, SP: Autores Associados: HISTEDBR; Sorocaba, SP: UNISO; Ponta Grossa, PR: UEPG, 2007. pp. 255-266.

AMARAL, Fernando T. V. e TRONCON, Luiz E. A.. Participação de estudantes de medicina como avaliadores em exame estruturado de habilidades clínicas (Osce). **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2007, vol.31, n.1, pp. 81-89. ISSN 0100-5502.

AMIN, Z. *et al.* *Motivation, study habits, and expectations of medical students in Singapore*. **Med Teach**. 31(12): e560-9, 2009 Dec. [MEDLINE PMID: 19995157]. Biblioteca virtual em Saúde - BVS. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-19995157>>. Acesso em: 25 out.2012.

ANDERSON, L. C.; PICKERING, N. J. *The student code: ethical and professional expectations of medical students at the University of Otago*. **N Z Med J**. 123(1318): 43-9, 2010 Jul 16. [MEDLINE PMID: 20651867]. Biblioteca virtual em Saúde - BVS. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-20651867>>. Acesso em: 25 out.2012.

ARAGÃO, Elizabeth Fiúza. **Tempo de Trabalhar: os descaminhos de jovens universitários rumo ao mercado de trabalho**. 01/10/2005. 246p. Tese; resumo. (Doutorado em Sociologia). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2005. Disponível em: <<http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=200534822001018008P3>>. Acesso em: 14 mai.2012.

ARCOVERDE, Tarcísio Lins. **Formação médica: (des)construção do sentido da profissão – a trajetória da representação social**. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade Regional de Blumenau – FURB. Blumenau, 2004.

ARENDT, Hanna. **A condição humana**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

AZEVEDO, J. M. L. **A educação como política pública**. 3ed. Campinas: SP; Autores Associados, 2004. (Coleção polêmicas do nosso tempo, v. 56)

BAUMAN, Zygmunt. **Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BENDASSOLLI, Pedro Fernando. **Trabalho e identidade em tempos sombrios: insegurança ontológica na experiência atual com o trabalho**. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.

BENJAMIN, Walter. A obra de arte na era de sua reprodutibilidade técnica. In: **Sobre arte, técnica, linguagem e política**. Lisboa: Relógio D'água, 1992.

BOCK, Silvio. Como escolher o futuro. In: **Dicionário das Profissões**. São Paulo: Klick Editora, 1999. Disponível em: <<http://www.nace.com.br/doc/jt.pdf>>. Acesso em: 07 ago.2012.

_____. **Escolha profissional** (entrevista) São Paulo: Escola Móbile, 1998. Disponível em: <<http://www.escolamobile.com.br/escolha-profissional-entrevista-com-silvio-bock/>>. Acesso em: 07 ago.2012.

BOHOSLAVSKY, Rodolfo. **Orientação vocacional: a estratégia clínica**. 11 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 7.955, de 13 de Setembro de 1945**. Diário Oficial da União - Seção 1 - 15/09/1945 , página 14.905 (Publicação Original). Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-7955-13-setembro-1945-416594-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 29 jan.2012.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 20.931, de 11 de Janeiro de 1932**. Diário Oficial da União - Seção 1 - 20/01/1932 , Página 1190 (Retificação). Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20931-11-janeiro-1932-507782-retificacao-81166-pe.html>>. Acesso em 29 jan.2012.

BRASIL, ITAMARATY. **Ministério das Relações Exteriores**. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas/mecanismos-inter-regionais/agrupamento-bric>>. Acesso em: 24 mai.2011.

BRASIL. **Lei nº 3.268, de 30 de Setembro de 1957**. Diário Oficial da União - Seção 1 - 01/10/1957 , Página 23.013 (Publicação Original). Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-3268-30-setembro-1957-354846-norma-pl.html>>. Acesso em 29 jan.2012.

BUENO, Ronaldo da Rocha Loures; PIERUCCINI, Maria Cristina. **Abertura de escolas de medicina no Brasil**: relatório de um cenário sombrio. Associação Médica Brasileira / Conselho Federal de Medicina. São Paulo, janeiro de 2004. Disponível em: <http://www.amb.org.br/escolas_abertura.pdf>. Acesso em: 12 mar.2012.

BUFFA, Ester e NOSELLA, Paolo. **Instituições Escolares**: por que e como pesquisar. Campinas, São Paulo: Alínea, 2009.

CALDEIRA. Marina Pires do Rio. **História da Criação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. São Paulo, Faculdade de Medicina, USP. Disponível em: <www.fm.usp.br/ccex/centrodahome>. Acesso em 03 maio.2011.

CAROD-ARTAL F. J.; VÁZQUEZ-CABRERA, C. B. **Paleopatologia neurológica nas culturas pré-colombianas da costa e do planalto andinos (II)**. História das trepanações cranianas. **REV NEUROL**, 2004;38:886-894 PMID: 15152360 - Historia y Humanidades - 01/05/2004. Disponível em: <<http://www.revneurolog.com/sec/resumen.php?i=p&id=2004066>>. Acesso em: 22 set.2011.

CENTRO DE POLÍTICAS SOCIAIS - CPS/FGV. **Qual a faixa de renda familiar das classes?**. Disponível em: <<http://cps.fgv.br/node/3999>>. Acesso em: 29 maio.2012.

CFM/CREMESP – Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Pesquisa Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. 30 nov.2011. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22508:estudo-de-demografia-medica-no-brasil-aponta-desigualdade-na-distribuicao-de-medicos-em-todo-o-pais&catid=3>. Acesso em: 29 ago.2012.

CIAMPA, Antonio da Costa. **A estória do Severino e a história de Severina**. São Paulo: Brasiliense, 2011.

_____. **A identidade social e suas relações com a ideologia**. Dissertação. Mestrado em Psicologia Social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1977.

COELHO, Luiz Osvaldo Viola. **Opiniões de estudantes de medicina sobre sua formação profissional e motivação durante o curso**. 01/12/1997. 269p. Dissertação; resumo. (Mestrado em Educação). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul. Educação. 1997. Disponível em: <<http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=199733742005019001P0>>. Acesso em 14 maio.2012.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

DICK, Jocelyn. Medical Students and peer support: a discussion based on findings from a BMSc research project. **Scottish Universities Medical Journal**, Dundee. Vol 1 Issue 1: page 14:22 Published online: Feb 2012. Disponível em: <<http://sumj.dundee.ac.uk/data/uploads/volume1/SUMJVol1-p14-22.pdf>>. Acesso em: 05 ago.2012

DIDERICHSEN, Saima *et al.* Swedish medical students' expectations of their future life. **International Journal of Medical Education**. 2011; v. 2, p.140-146 ISSN: 2042-6372 DOI: 10.5116/ijme.4ec5.92b8 140 © 2011. Disponível em: <<http://www.ijme.net/archive/2/students-expectations-of-their-future-life/>>. Acesso em: 05 ago.2012

EDITORIAL-RAMB. Os caminhos da educação médica. **Rev. Assoc. Med. Bras. - RAMB**, São Paulo, v. 50, n. 3, Sept. 2004 . Disponível em: <<http://www.>

scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2012.

ERIKSON, Erik Homburger. **Identidade, juventude e crise**. Trad. Álvaro Cabral. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

Escolas Médicas do Brasil. Escolas por Estado. Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br/estado.php>>. Acesso em: 17 ago.2011.

FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. A Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. **Educar**, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006. Editora UFPR. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n28/a03n28.pdf>>. Acesso em: 15 maio.2011.

FERRINHO, Paulo *et al.* *Profile and professional expectations of medical students in Mozambique: a longitudinal study*. **Human Resources for Health**. 2010, Vol.8, p.21-21. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=81c43b14-c7e0-4bed-8cfb-16a0e620a051%40sessionmgr112&vid=16&hid=125>>. Acesso em: 25 out.2012.

FERRINHO, Paulo *et al.* *The training and professional expectations of medical students in Angola, Guinea-Bissau and Mozambique*. **Human Resources for Health**. 2011, Vol.9(1), p.9. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=125&sid=81c43b14-c7e0-4bed-8cfb-16a0e620a051%40sessionmgr112>>. Acesso em: 25 out.2012

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 29 imp. (2011). Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREUD, Sigmund. **O Mal-estar na Civilização**. São Paulo: Penguin & Companhia das Letras, 2011.

FRONZA, Fabiola Lucy. **Diretrizes Curriculares Nacionais: mudanças no Ensino Superior?**. 01/02/2009. 110p. Dissertação; resumo. (Mestrado em Educação). Universidade do Vale do Itajaí. 2009. Disponível em: <<http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=2009441005015003P0>> Acesso em: 14 maio.2012.

GARCIA, Maria Alice Amorim e SILVA, Ana Laura Batista da. Um Perfil do Docente de Medicina e Sua Participação na Reestruturação Curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP,

(1), 2011. p. 58-68. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a09v35n1.pdf>>. Acesso em: 03 ago.2012.

GIBIS, Berthard *et al.* *The career expectations of medical students: findings of a nationwide survey in Germany.* **Deutsches Ärzteblatt International.** 2012; 109(18): 327–32. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0327. Disponível em: <<http://www.aerzteblatt.de/int/archive/article?id=125459&src=search>>. Acesso em: 05 ago.2012.

GÖTZ, K. *et al.* *Aspirations of medical students: "planning for a secure career" - results of an online-survey among students at five medical schools in Germany.* **Dtsch Med Wochenschr.** 136(6): 253-7, 2011 Feb. [MEDLINE PMID: 21287428]. Biblioteca virtual em Saúde - BVS. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-21287428>>. Acesso em: 25 out.2012.

GUSMÃO, Sebastião Silva. **História da medicina:** evolução e importância. Sociedade Brasileira de História da Medicina. Disponível em: <<http://www.sbhbm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=93>>. Acesso em 03. mai.2011.

HADDAD, Ana Estela *et al.*(orgs.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde:** 1991-2004. INEP/MEC. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Texto_de_Referencia.pdf>. Acesso em: 09 jan.2012.

HOUAISS. **Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Online. Disponível em: <<http://houaiss.uol.com.br>>. Acesso em: 18 jul.2012.

HORKHEIMER, Max e ADORNO, Theodor W. *Sociologia e Investigação Social Empírica.* **Temas Básicos de Sociologia.** 2 ed. São Paulo: Cultrix, 1973a.

_____. *A Indústria Cultural – o iluminismo como mistificação das massas.* In: ADORNO, Theodor W. **Indústria Cultural e Sociedade.** 7 imp. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

_____. *Estudos da Comunidade.* **Temas Básicos de Sociologia.** 2 ed. São Paulo: Cultrix, 1973b.

_____. *Família.* **Temas Básicos de Sociologia.** 2 ed. São Paulo: Cultrix, 1973c.

LUMMA-SELLENTIN, Antje. *Medical students' attitudes towards group and self-regulated learning.* **International Journal of Medical Education.** 2012;3:46-56 ISSN: 2042-6372 DOI: 10.5116/ijme.4f4a.0435 46 © 2012. Disponível em:

<<http://www.ijme.net/archive/3/group-and-self-regulated-learning.pdf>>. Acesso em: 05 ago.2012.

MACEDO, Douglas Henrique de. **O mundo do trabalho na graduação médica: a visão dos recém-egressos**. 01/06/2010. 127p. Dissertação; resumo. (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2010. Disponível em: < <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=2010333009015053P0>>. Acesso em: 14 maio.2012.

MARCUSE, Herbert. **Cultura e Psicanálise**. São Paulo: Paz e Terra. 2001.

MAAR, Wolfgang Lee, *Materialismo e primado do objeto* em Adorno. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, 29(2): 133-154, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/trans/v29n2/v29n2a11.pdf>>. Acesso em: 09 ago.2012.

MEC. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais – Medicina**. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União. Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 03 maio.2011.

_____. Ministério da Educação. **Instituições de Ensino Superior Credenciadas**. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 20 ago.2011.

_____. Ministério da Educação. **O que é o Fies?** Disponível em: <<http://sisfiesportal.mec.gov.br/fies.html>>. Acesso em: 30 jul.2012

_____. Ministério da Educação. **Programa Universidade para Todos – ProUni**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=205&Itemid=298>. Acesso em: 30 jul.2012.

_____. Ministério da Educação. **Residências em Saúde**. 1977. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&Itemid=507>. Acesso em: 20 ago.2012.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de História Oral**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2000.

MENDONÇA, Ana Waleska Pollo Campos. A universidade no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**. Mai/Jun/Jul/Ago de 2000. nº 14. Disponível em: <http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE14/RBDE14_09_ANA_WALESKA_P_C_MENDONCA.pdf>. Acesso em: 15 mai.2011.

MIZOI, Cristina Satoko; KANEKO, Regina Mayumi Utiyama; MOREIRA FILHO, Carlos Alberto. **einstein: Educ Contin Saúde**. 2007, 5(3 Pt 2): 100-101 Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/712-100-101.pdf>>. Acesso em: 29 out.2011.

MOROSINI, M. C. Qualidade da educação universitária: isomorfismo, diversidade e equidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.5, n.9, p.89-102, 2001.

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego / CBO - Código Brasileiro de Ocupações. **Médicos clínicos — médico generalista**. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>>. Acesso em: 30 jul.2012.

PARANHOS, Michelle Pinto. A política educacional para a formação dos trabalhadores e a especificidade do projeto capitalista brasileiro: o ideário educacional em função da (des)qualificação do trabalho. **Boletim Técnico do Senac**. Rio de Janeiro, v. 36, n.2, maio/ago. 2010. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/362/artigo3.pdf>>. Acesso em 20. out.2010.

PETITAT, André. **Produção da escola. Produção da sociedade**: Análise sócio-histórica de alguns momentos decisivos da evolução escolar no ocidente. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994. Parte II, pp. 141-210.

PIMENTA, Melissa de Mattos. **“Ser jovem” e “ser adulto”**: Identidade, representações e trajetórias. São Paulo, jan/2007. Tese (doutorado Sociologia/FFLCH), Universidade de São Paulo.

PROUNI. **Programa Universidade para Todos**. Disponível em: <<http://siteprouni.mec.gov.br/>>. Acesso em: 30 jul.2012.

ROCHA, Diego. **Governo tomará medidas para aumentar o número de médicos no Brasil**. Portal do MEC. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17565:governo-tomara-medidas-para-aumentar-o-numero-de-medicos-no-brasil&catid=212>. Acesso em 13 mar.2012.

ROGGERO, Rosemary. A vida simulada no capitalismo: percurso metodológico da pesquisa. In: CROCHIK, José Leon e SASS, Odair (orgs.). **Teoria crítica e formação do indivíduo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. pp. 55-91.

_____. **A vida simulada no capitalismo**: formação e trabalho na arquitetura. São Paulo: Letra e Voz, 2010a.

_____. **Instituições, Organização e Práticas Escolares**. Anotações feitas em aula. São Paulo: PPGE – UNINOVE. Out. 2011.

_____. Pensando uma educação para o desenvolvimento sustentável: a questão dos jovens do Brasil. **Boletim Técnico do Senac**. Rio de Janeiro, v. 36, n.1, jan./abr. 2010b. p.27-37. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/361/artigo3.pdf>>. Acesso em: 19 out.2010.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA. **História**. Disponível em: <<http://www.santacasasp.org.br/portal/pub.aspx?p=67307073303554666E6A733D&s=>>>. Acesso em: 21 ago.2011.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. **1910 – História geral da medicina brasileira**. v. 2. São Paulo: Hucitec, 1991.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Histórias de médicos: vida de trabalho entre a prática liberal e a medicina tecnológica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro. Vol. IV (2). out. 1997 p.345-363. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai.2011.

_____. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, Fev. 1995.

SCLIAR, M. **Cenas médicas**: uma introdução à história da Medicina. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2002.

_____. **A Paixão transformada**: história da medicina na literatura. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SHAMSDIN, Azra & DOROUDCHI, Mehrnoosh. *Student evaluation of the academic advising process in an Iranian medical school*. **International Journal of Medical Education**. 2012; 3:17-20 ISSN: 2042-6372 DOI: 10.5116/ijme.4f29.a809 17 © 2012. Disponível em: <<http://www.ijme.net/archive/3/student-evaluation-of-academic-advising.pdf>>. Acesso em: 05 ago.2012.

SILVA, Julieta Freitas Ramalho da. A formação do médico. In: MARCO, Mário Alfredo de (org.). **A face humana da medicina**: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SNIADOCKI, Marcin; KISZKIELIS, Marta; WYDRA, Dariusz. *Surgery course evaluation. Expectations of medical students in surgery rotation? From bench to bedside*. **Polski przegląd chirurgiczny**. 2011, Vol.83(10), pp.554-61. PMID: 22189283 [PubMed - indexed for MEDLINE]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22189283>>. Acesso em: 25 out.2012.

SOUZA, Maria Elizabet Lautert de; FAIMAN, Carla Julia Segre. Trabalho, saúde e identidade: repercussões do retorno ao trabalho, após afastamento por doença ou acidente, na identidade profissional. **Saúde, Ética & Justiça**. 2007;12(1/2):22-32.

TANG, Wen *et al.* *Students' evaluation indicators of the curriculum*. **International Journal of Medical Education**. 2012;3:103-106 ISSN: 2042-6372 DOI: 10.5116/ijme.4fcc.d2a6 103 © 2012. Disponível em: <<http://www.ijme.net/archive/3/students-evaluation-indicators.pdf>>. Acesso em: 05 ago.2012.

THOMPSON, Paul. História oral: patrimônio do passado e espírito do futuro. In: Karen Worcman e Jesus Vasquez Pereira (coords.). **História falada: memória, rede e mudança social**. São Paulo : SESC SP. Museu da Pessoa: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2006. 280p.

UNIFESP. **A Universidade da Saúde: Escola Paulista de Medicina 70 anos, 1933-2003**. São Paulo: Reitoria da Universidade Federal de São Paulo, dez/2003.

_____. **Uma história da Unifesp**. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/reitoria/75anos/historia/index.htm>>. Acesso em: 17 ago.2011.

URTIAGA, Maria Elizabeth de Oliveira. **A mediação da cultura docente na formação médica**. 01/11/2001. 140p. Dissertação; resumo. (Mestrado em Educação). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 2001. Disponível em: <<http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=20015842003016014P2>>. Acesso em: 14 maio.2012.

VENTURA, Magda Maria. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Pedagogia Médica*. **Rev. SOCERJ**, setembro/outubro 2007; v. 20 n.5. p.383-386.

WUILLAUME, Susana Maciel. **O processo ensino-aprendizagem na Residência Médica em Pediatria: uma análise**. Tese. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

Anexos

Anexo 1

Questionário socioeconômico

Gostaríamos de saber algumas informações sobre você. Por favor, marque com um X a alternativa que se aplica a você, ou escreva ao lado a informação solicitada.

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Data da nascimento: ____/____/____ Natural de: _____(cidade/UF)
3. Escolaridade:

() Superior incompleto	() Superior completo
() tem outra formação, qual? _____	
4. Escolaridade da Mãe

() 1º grau incompleto	5. Escolaridade do Pai
() 1º grau completo	() 1º grau incompleto
() 2º grau incompleto	() 1º grau completo
() 2º grau completo	() 2º grau incompleto
() Superior incompleto	() 2º grau completo
() Superior completo	() Superior incompleto
() Pós-graduação. Qual? _____	() Superior completo
	() Pós-graduação. Qual? _____
6. Há quanto tempo (em anos/meses) mora em São Paulo? _____
7. Situação atual:

() Solteiro(a)	() mora com os pais,
() mora com a mãe	() mora com o pai
() mora com parentes, quem? _____	() mora com outros, quem? _____
() sozinho	() Convive com esposo(a) ou companheiro(a)
() Separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)	
8. Você tem filhos? () Não () Sim. Quantos? _____
9. Qual a sua situação quanto ao emprego?

() Trabalho emprego fixo/com direitos trabalhistas	() Trabalho emprego fixo/sem direitos trabalhistas
() Trabalho por conta própria regularmente	() Trabalho por conta própria, às vezes
() Estou desempregado(a) / não estou trabalhando	() Nunca trabalhei
() Estou aposentado	() Tenho benefício continuado
() Outra. Qual? _____	
10. Faixa de renda familiar

() acima de R\$6.329,00	() de R\$4.854,00 a R\$6.329,00
() de R\$1.126,00 a R\$4.854,00	() de R\$705,00 a R\$1.126,00
() até R\$705,00	
11. Você está prestes a se formar. Diante dessa possibilidade quais são suas expectativas pessoais e profissionais? Há uma pesquisa acontecendo com relação a esse tema. Você gostaria de participar desse estudo, colaborando com a narrativa de sua história de vida que trouxe você até esse momento?

() sim – Nome _____ telefone _____ cel _____ para contato.
12. Você gostaria de acrescentar alguma informação ou fazer algum comentário _____

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

História Oral

Nome do

Colaborador: _____

Endereço: _____

Telefone para

contato: _____ Cidade: _____ CEP: _____

E-mail: _____

1. Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa acadêmica, em nível de mestrado, sobre as expectativas de estudantes de Medicina em vias de completar a formação, cujo título é **Formação, trabalho e identidade: expectativas pessoais e profissionais de futuros médicos**
2. A entrevista será gravada e transcrita, e os dados disponibilizados para uso acadêmico pela pesquisadora Maria Elizabet Lautert de Souza e suas palavras podem ser citadas em publicações acadêmicas.
3. A entrevista pode durar de 45 minutos a duas horas. Não há riscos previstos para a participação nesta entrevista. No entanto, você pode retirar-se da entrevista a qualquer momento sem prejuízo, antes da execução e entrega de uma cessão de direitos. Você também terá a oportunidade de fazer disposições especiais ou restrições na carta de cessão. No caso de você optar por retirar-se durante a entrevista, qualquer gravação feita da entrevista será destruída, e nenhuma transcrição será feita.
4. Sem prejuízo do disposto do parágrafo cinco abaixo, após a conclusão da entrevista, a gravação e conteúdo da entrevista pertencem à pesquisadora, e as informações da entrevista podem ser usadas da maneira que determinar, inclusive uso futuro por pesquisadores em apresentações e publicações.
5. A pesquisadora concorda que não vai usar ou exercer qualquer dos seus direitos à informação na entrevista antes da assinatura do termo de consentimento e da carta de cessão de direitos da entrevista, gravada, transcrita e autorizada para seu uso no todo ou em partes.
6. A carta de cessão de direitos será submetida a você para sua assinatura antes da entrevista juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido.

7. Restrições sobre o uso da entrevista podem ser colocadas na carta de cessão por você e será aceito como alterando os direitos sobre o conteúdo da entrevista, tais como restrições específicas, como o uso de pseudônimo e tratamento de informações de identificação pessoal.

8. Garantia do Sigilo: Os pesquisadores asseguram a privacidade dos colaboradores quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

9. A pesquisa será desenvolvida em data e local previamente combinado de maneira que fique adequado ao colaborador.

10. Ao assinar a carta de cessão de direitos, a cópia gravada e uma cópia da transcrição serão mantidos na posse de Maria Elizabet Lautert de Souza, Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Nove de Julho, Rua Francisco Matarazzo, 612.

11. Se você tiver dúvidas sobre o projeto de pesquisa ou procedimentos, você pode entrar em contato com a pesquisadora Maria Elizabet Lautert de Souza, e-mail: elizabet.lautert@uol.com.br; e/ou com a orientadora Profa. Dra. Rosemary Roggero, e-mail: roseroggero@uol.com.br.

Endereço do Comitê de Ética da Uninove: Rua. Vergueiro nº 235/249 – Liberdade – São Paulo – SP CEP. 01504-001 Fone: 3385-9059

12. Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

* Não assine este termo se ainda tiver alguma dúvida a respeito.

São Paulo, _____ de _____ de 2012.

Nome (por extenso): _____

Assinatura: _____

1ª via: Instituição

2ª

via:

Colaborador

Anexo 3

Carta de Cessão

São Paulo, _____ de _____ de 2012.

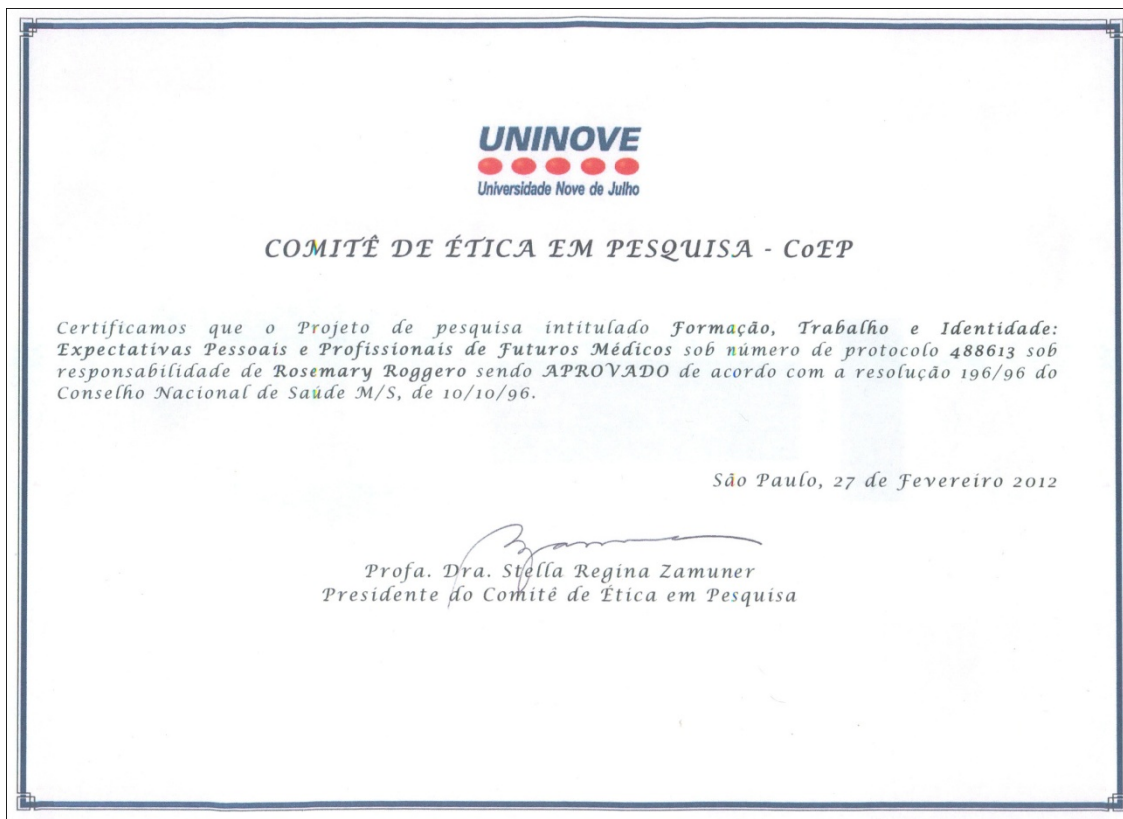
À

Universidade Nove de julho

Eu, _____, estado civil _____, documento de identidade _____, declaro para os devidos fins que cedo os direitos autorais de minha entrevista gravada nas datas _____ para Maria Elizabet Lautert de Souza usá-las integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data. Da mesma forma autorizo a transcrevê-la. Abdicando de direitos meus e de meus descendentes quanto ao objeto dessa carta de cessão, subscrevo a presente.

Assinatura do Entrevistado/Colaborador

Anexo 4



Anexo 5

CAAE



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0512.0.241.000-11	
Projeto de Pesquisa			
Formação, trabalho e identidade: expectativas pessoais e profissionais de futuros médicos			
Área(s) Temática(s) Especial(s)		Grupo	Fase
Não se aplica			Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF	Pesquisador Responsável	Assinatura	
86025287872	MARIA ELIZABET LAUTERT DE SOUZA		
Comitê de Ética			
Data de Entrega	Recebimento:	Assinatura	
19/12/2011			

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.



<http://portal2.saude.gov.br/sisnep/cep/caae.cfm?VCOD=488613>

19/12/2011

Anexo 6

Andamento do projeto

Título do Projeto de Pesquisa

Formação, trabalho e identidade: expectativas pessoais e profissionais de futuros médicos

Situação

Data Inicial no CEP

Data Final no CEP

Data Inicial na CONEP

Data Final na CONEP

Aprovado no CEP

19/12/2011 16:10:51

13/04/2012 13:14:07

Descrição

Data

Documento

Nº do Doc

Origem

1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet

18/12/2011 09:55:34

Folha de Rosto

FR488613

Pesquisador

2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)

19/12/2011 16:10:51

Folha de Rosto

0512.0.241.000-11

CEP

3 - Protocolo Aprovado no CEP

13/04/2012 13:14:07

Folha de Rosto

488613

CEP

Anexo 7

Grade curricular completa — Medicina

sem	Unidade Curricular/Disciplina	CH
	1 Bases Fisiológicas da Medicina I	68
	1 Bases Morfológicas da Medicina I	272
	1 Higiologia I	68
	1 Medicina Celular e Molecular I	68
	1 Medicina, Paciente e Sociedade I	136
	1 Introdução ao Raciocínio Clínico I	68
	1 Estudos Orientados I	34
	1 Atividades Complementares	20
		734
sem	Unidade Curricular/Disciplina	CH
	2 Bases Fisiológicas da Medicina II	68
	2 Bases Morfológicas da Medicina II	272
	2 Higiologia II	68
	2 Medicina Celular e Molecular II	68
	2 Medicina, Paciente e Sociedade II	68
	2 Sistemas Integrados e Bases da Medicina I	68
	2 Introdução ao Raciocínio Clínico II	68
	2 Estudos Orientados II	34
	2 Atividades Complementares	20
		734
sem	Unidade Curricular/Disciplina	CH
	3 Bases Fisiológicas da Medicina III	102
	3 Bases Morfológicas da Medicina III	136

	3 Higiologia III	68
	3 Medicina Celular e Molecular III	136
	3 Medicina, Paciente e Sociedade III	34
	3 Sistemas Integrados e Bases da Medicina II	136
	3 Atividades Optativas I	68
	3 Estudos Orientados III	34
	3 Atividades Complementares	20
		734
sem	Unidade Curricular/Disciplina	CH
	4 Bases Fisiológicas da Medicina IV	136
	4 Bases Morfológicas da Medicina IV	136
	4 Medicina Celular e Molecular IV	136
	4 Psicologia Médica	68
	4 Semiologia e Fundamentos da Medicina I	136
	4 Atividades Optativas II	68
	4 Estudos Orientados IV	34
	4 Atividades Complementares	20
		734
sem	Unidade Curricular/Disciplina	CH
	5 Bases Morfológicas da Medicina V	136
	5 Higiologia IV	68
	5 Medicina, Paciente e Sociedade IV	34
	5 Semiologia e Fundamentos da Medicina II	340
	5 Sistemas Integrados e Bases da Medicina III	34
	5 Atividades Optativas III	68
	5 Estudos Orientados V	34
	5 Atividades Complementares	20
		734
sem	Unidade Curricular/Disciplina	CH

	6 Atenção Integral à Saúde do Idoso	68
	6 Doenças Infecciosas e Parasitárias	68
	6 Endocrinologia	68
	6 Oftalmologia	68
	6 Regiões Cefálica e Cervical	136
	6 Semiologia e Fundamentos da Medicina III	68
	6 Sistema Locomotor	136
	6 Atividades Optativas IV	68
	6 Estudos Orientados VI	34
	6 Atividades Complementares	20
		734
sem	Unidade Curricular/Disciplina	CH
	7 Aparelho Cárdio-Circulatório	122
	7 Aparelho Reprodutor	122
	7 S. Nervoso e Atenção à Saúde Mental I	122
	7 Sistema Tegumentar	122
	7 Sistema Urinário	122
	7 Atividades Optativas V	68
	7 Estudos Orientados VII	34
	7 Atividades Complementares	20
	7 Trabalho de Conclusão de Curso I	34
		766
sem	Unidade Curricular/Disciplina	CH
	Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança	122
	8 Medicina de Urgência e Trauma	122
	8 S. Nervoso e Atenção à Saúde Mental II	122
	8 Sistema Digestório	122
	8 Sistema Respiratório	122

	8 Atividades Optativas VI	68
	8 Estudos Orientados VIII	34
	8 Atividades Complementares	20
	8 Trabalho de Conclusão de Curso II	34
		766
sem	Unidade Curricular/Disciplina	CH
	9 Internato - Clínica Médica	480
	9 Internato - Pediatria	480
	Estudos Orientados IX	34
		994
sem	Unidade Curricular/Disciplina	CH
	10 Internato – Cirurgia	480
	10 Internato - Tocoginecologia	480
	Estudos Orientados X	34
		994
sem	Unidade Curricular/Disciplina	CH
	11 Internato - Diagnóstico por Imagem	480
	11 Internato - Pronto Socorro	480
	Estudos Orientados XI	34
		994
sem	Unidade Curricular/Disciplina	CH
	12 Internato - Higiologia V	480
	12 Internato - Estágio Optativo	480
	Estudos Orientados XII	34
		994

Unidades Curriculares Pré-Internato	5028
Ativ Optativas e Est Orientados 1º a 12º	816
Atividades Complementares	160

TCC	68
Total Pré-internato	6072
Internato-Estágio Optativo	480
Internato	3360
Total Internato	3840
Total Curso	9912